

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله -
كلية العلوم الاجتماعية
تخصص تنظيم وعمل



عنوان الأطروحة:

علاقة المؤسسة العمومية الاستشفائية مع المريض في ظل التغيرات التنظيمية الاستشفائية

دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية سعداوي بالمختار عين وسارة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم اجتماع تنظيم وعمل

إعداد الطالبة: إشراف الأستاذ الدكتور:

- قاسمي الحسني أشواق - محمد بومخلوف

السنة الجامعية : 2017-2018

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله -
كلية العلوم الاجتماعية
تخصص تنظيم وعمل



عنوان الأطروحة:

علاقة المؤسسة العمومية الاستشفائية مع المريض
في ظل التغييرات التنظيمية الاستشفائية
دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية سعداوي بالمختار عين وسارة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم اجتماع تنظيم وعمل

إشراف الأستاذ الدكتور:

- محمد بومخلوف

إعداد الطالبة:

- قاسمي الحسني أشواق

أعضاء لجنة المناقشة:

الأستاذ: حويطي أحمد رئيسا

الأستاذ: بومخلوف محمد مقرا

الأستاذ: جعيج مختار عضوا

الأستاذ: فرارسامية عضوا

الأستاذ دحماني علي عضوا

السنة الجامعية : 2017-2018

بسم الله الرحمن الرحيم

إهداء

أهدي عملي المتواضع و كل ما شكله لي من محطات في الحياة إلى الأعزاء:

♥ والدتي الغالية التي تنحني الكلمات و الأحاسيس أمام حبها و حنانها و شموخها و إيمانها الذي يمنحنا الحياة و الأمل و الاستمرار.

♥ والدي الكريم الذي نحيا تحت ظل تواضعه و سعة علمه و روعة فنه.

♥ أختي الحبيبة أماني التي أحيا بحبها و رمز الوفاء و الحكمة و الطيبة وإلى زوجها الأستاذ: ضياء قاسمي الحسني.

♥ أخوتي الذين أفتخر بهم بأخلاقهم و أرفع رأسي شامخا بحبهم عبد الحفيظ ، طه وإلى الذي تمنيت أن يكون حاضرا معي و يخط بأنامله الشريفة على عملي، تأكد بأن ابتسامتك خالدة و رقيق و زهدك في قلبي دوما، إلى روحك الطاهرة أخي و توأم روحي

أنس هشام.

♥ وإلى خالتي خديجة التي تعلمت منها معاني الصبر و الإرادة.

♥ خالتي فاطمة الزهراء التي احتوتني بقلبها قبل المكان حبا و إخلاصا.

إلى السيد عبد القادر شقيرين و عائلته الكريمة : إيمان و إسلام و نور و محمد الذين احتضنوني بكرمهم و بحبهم و احتضنوا آلامي وأفراحي.

إلى: خالاتي و عماتي العزيزات .

إلى العزيزات: كلثوم وأسماء و صفية.

إلى: سيرين و محمد و عائشة و أنس.

إلى كل مريض تحية و دعاء واعتذارا .

إلى كل الذين قابلتهم في حياتي و تعلمت منهم .

شكر وتقدير

أتقدم بالشكر الجزيل و التقدير إلى: الأستاذ الفاضل بومخلوف محمد الذي تشرفت بإشرافه على عملي و لأسلوبه الراقي و المحترم في المعاملة، و إلى الذي رسخ لدينا معاني الإلتقان في العمل وحب العلم وتقدير الإنسان.

إلى الأستاذ الكريم: محمد الرؤوف قاسمي الحسني.

كل الحب و التقدير إلى أخي الأستاذ : قاسمي الحسني طه على كل الجهود التي بذلها معي.

إلى الذين ساندوني بنصائحهم ودعمهم المعنوي.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر إلى أعضاء لجنة المناقشة الموقرين على تشريفهم لي بقبول مناقشة هذه الأطروحة وعلى الجهد والوقت الثمين الذي بذلوه في مراجعتها

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
إهداء	أ
شكر وتقدير	ب
فهرس المحتويات	ث
فهرس الجداول	ش
فهرس الأشكال	ص
فهرس الملاحق	ظ
مقدمة	1
الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث	7
تمهيد:	7
1.1 موضوع البحث:	7
1.1.1 أهمية الموضوع:	7
2.1.1 أسباب اختيار الموضوع:	8
3.1.1 أهداف البحث:	9
4.1.1 الإشكالية:	9
5.1.1 الفرضيات:	15
6.1.1 تحديد المفاهيم:	15
7.1.1 الدراسات السابقة:	17
8.1.1 المقاربة السوسيولوجية:	34
2.1 منهج البحث وتقنيات جمع البيانات	35
1.2.1 المناهج المستعملة للدراسة	35
2.2.1 أدوات البحث:	37
3.2.1 مجتمع البحث:	43
4.2.1 عينة الدراسة:	44
5.2.1 المجال الزمني للدراسة:	46
خلاصة:	46

48	الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغيرات
48	تمهيد:
48	المبحث الأول: ماهية التغير التنظيمي
49	المطلب الأول: مفهوم التغير التنظيمي
49	الفرع الأول: تعريف التغير التنظيمي
52	الفرع الثاني: أنواع التغير التنظيمي
53	المطلب الثاني: أسباب وأهداف التغير التنظيمي
54	الفرع الأول : أسباب التغير التنظيمي
57	الفرع الثاني :أهداف التغير التنظيمي:
58	المطلب الثالث: مقاومة التغير التنظيمي
58	الفرع الأول: مفهوم مقاومة التغير التنظيمي
59	الفرع الثاني :أسباب مقاومة التغير التنظيمي
61	المبحث الثاني: أهم التحولات في فكر التنظيمات وكيفية تبلور النموذج الحديث
62	المطلب الأول: التطورات النظرية والتطبيقية للتنظيمات
62	الفرع الأول: تطور الاهتمام بدراسة التغير في علم الاجتماع
66	الفرع الثاني: تطور النظريات والتنظيمات في مواجهة التغيرات
81	المطلب الثاني: شروط واستراتيجية التغير التنظيمي
81	الفرع الأول : شروط التغير ضمن التنظيمات المعاصرة
83	الفرع الثاني : استراتيجية التغير التنظيمي
86	المبحث الثالث: طموحات التنظيمات المعاصرة
86	المطلب الأول: البحث عن النوعية والفعالية
87	الفرع الأول : النوعية
90	الفرع الثاني : الفعالية في التسيير
93	المطلب الثاني: الأساليب التنظيمية المعاصرة لتطبيق التغير
93	الفرع الأول : المدخل القائم على المشاركة
95	الفرع الثاني :المدخل القائم على التفاوض
97	خلاصة
99	الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية.

99	تمهيد:-----
100	المبحث الأول: تطور مكانة المريض ضمن التنظيمات الاستشفائية-----
100	المطلب الأول: الاتجاهات النظرية للصحة والمرض والعلاج-----
101	الفرع الأول : الصحة بين البعد البيولوجي و الاجتماعي-----
105	الفرع الثاني : تطور مفهوم سوسيولوجيا الصحة-----
111	الفرع الثالث : الاتجاهات النظرية لدراسة الصحة و المرض وتأثير العولمة-----
121	المطلب الثاني: التطور التاريخي لمكانة المريض وحقوقه-----
121	الفرع الأول :تطور مفهوم المريض " من مستهلك إلى فاعل "-----
125	الفرع الثاني: حقوق المرضى-----
127	الفرع الثالث : نوعية العلاج-----
131	المطلب الثالث: أهمية العلاقات العامة في اندماج المريض-----
131	الفرع الأول : مفهوم العلاقات العامة-----
134	الفرع الثاني : أهمية و أهداف العلاقات العامة-----
135	الفرع الثالث : فن التعامل مع المريض-----
138	المبحث الثاني: البناء الجديد للتنظيمات الاستشفائية-----
138	المطلب الأول: التصور السوسيولوجي التنظيمي للتنظيمات الاستشفائية-----
138	الفرع الأول : التصور المعاصر للمستشفى-----
142	الفرع الثاني : تغير بناء التنظيمات الاستشفائية-----
145	المطلب الثاني: بناء السلطة في التنظيمات الاستشفائية.-----
145	الفرع الأول : تقسيم السلطة المتطرف-----
148	الفرع الثاني : نسق السلطة المزدوج-----
151	خلاصة:-----
154	الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري-----
154	تمهيد:-----
154	المبحث الأول: مبررات وطبيعة التغيرات التنظيمية الاستشفائية-----
155	المطلب الأول : التغيرات التنظيمية الاستشفائية جزأ من اصلاحات الدولة-----
155	الفرع الأول :أهداف التغيرات التنظيمية الاستشفائية-----
157	الفرع الثاني : مراحل التغيرات التنظيمية (الاصلاحات الادارية)-----

المطلب الثاني: دوافع ومحاور التغييرات التنظيمية الاستشفائية	161
الفرع الأول: الدوافع الداخلية للتغييرات التنظيمية الاستشفائية	162
الفرع الثاني: محاور التغييرات التنظيمية الاستشفائية (الإصلاحات الإستشفائية)	165
المبحث الثاني : خصوصية النظام الصحي الجزائري	166
المطلب الأول : تطور النظام الصحي الجزائري	167
الفرع الأول: المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية للصحة	167
الفرع الثاني : مراحل تطور النظام الصحي الجزائري	170
المطلب الثاني: خصوصية القرارات بالنظام الصحي الجزائري	178
الفرع الأول : تداخل الفاعلين ضمن النظام الصحي	178
الفرع الثاني : كيفية اتخاذ القرار في النظام الصحي الجزائري	183
خلاصة	188
الفصل الخامس: التغيير التنظيمي بين تناقضات العصرية والبيروقراطية وبين خصوصية اتخاذ القرارات في المجال الصحي	191
تمهيد	191
المبحث الأول: تحليل لوتيرة التغييرات التنظيمية الاستشفائية	191
المطلب الأول: أهم التغييرات التي مست التنظيمات الصحية	191
الفرع الأول: التغييرات المتعلقة بالمريض	192
الفرع الثاني : التغييرات من الناحية التنظيمية والتسييرية	194
المطلب الثاني: تحليل لمسار التغييرات التنظيمية الاستشفائية	197
الفرع الأول: المحاور الايجابية	197
الفرع الثاني : مظاهر عجز التنظيمات الاستشفائية	199
المبحث الثاني: التغيير ضمن الآلية البيروقراطية	206
المطلب الأول: مظاهر البيروقراطية في مواجهة التغيير	206
الفرع الأول: سياق البيروقراطية	206
الفرع الثاني : مظاهر البيروقراطية وعوامل اضعاف الفعالية والنوعية	211
المبحث الثالث: محددات اتخاذ القرارات	217
المطلب الأول: النظريات المختلفة للقرارات وسيورها ضمن التنظيمات الاستشفائية	217
الفرع الأول: مفهوم اتخاذ القرارات	217

220	الفرع الثاني: سيرورة و أساليب اتخاذ القرارات-----
221	الفرع الثالث : سيرورة القرارات بالتنظيمات الاستشفائية-----
224	المطلب الثاني : تأثير الجماعات والصراعات على صنع القرارات -----
224	الفرع الأول : مفهوم الجماعات -----
226	الفرع الثاني :تأثير الجماعات-----
229	الفرع الثالث : تأثير علاقات الصراع على القرارات-----
233	خلاصة:-----
236	الفصل السادس: تقديم الدراسة الميدانية -----
236	تمهيد: -----
236	المبحث الأول: تقديم المؤسسة ميدان الدراسة -----
236	المطلب الأول: تقديم عام للمؤسسة -----
236	الفرع الأول: تنظيمها -----
237	الفرع الثاني : الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية سعداوي المختار-----
239	المطلب الثاني: النشاطات والموارد البشرية-----
239	الفرع الأول: مؤشرات التغطية الصحية -----
240	الفرع الثاني: الموارد البشرية -----
240	المبحث الثاني: تقديم مجتمع الدراسة -----
240	المطلب الأول: مجتمع الدراسة-----
240	الفرع الأول : بالنسبة للفتة الأولى -----
241	الفرع الثاني: بالنسبة للفتة الثانية و الثالثة -----
242	المطلب الثاني: خصائص العينة -----
242	الفرع الأول: خصائص العينة بالنسبة للفتة الأولى -----
244	الفرع الثاني: خصائص العينة بالنسبة للفتة الثانية -----
246	الفرع الثالث: خصائص العينة للفتة الثالثة -----
250	خلاصة:-----
253	الفصل السابع: مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي -----
253	تمهيد: -----
253	المبحث الأول : عدم تحقيق نوعية العلاج وفعالية الخدمات الصحية-----

254	المطلب الأول : الاستقبال والشفافية
254	الفرع الأول : الاستقبال
258	الفرع الثاني: الشفافية
262	المطلب الثاني: التكفل بالمريض
262	الفرع الأول: تنظيم المواعيد الاستشفائية
265	الفرع الثاني : شروط التكفل بالمريض
280	الفرع الثالث: شروط الإقامة
282	المبحث الثاني: افتقار العلاقة العلاجية للتفاعل والتشارك
283	المطلب الأول: طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض
283	الفرع الأول: المؤشرات النوعية للفحص
287	الفرع الثاني: طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض في المؤسسة
293	المطلب الثاني: غياب فاعلية حقيقية للمريض في المؤسسة
293	الفرع الأول : حقوق المرضى بالمؤسسة
298	الفرع الثاني: ضعف مشاركة المرضى في التنظيم
303	نتائج الفرضية الأولى
310	الفصل الثامن : التجاذب بين السلطات و عقلانية القرارات
310	تمهيد:
310	المبحث الأول: القرارات بين الموضوعية وبين الحدود الميدانية التنظيمية
310	المطلب الأول: خصوصية القرارات بالمؤسسة ومعايير اتخاذها
310	الفرع الأول : مدى اتخاذ القرارات طبقا للمعايير الموضوعية
313	الفرع الثاني : خصوصية القرارات ضمن مسار العلاج
315	المطلب الثاني: عدم استغلال وسائل التحفيز ووسائل التسيير الحديثة
315	الفرع الأول : ضعف وسائل التحفيز
316	الفرع الثاني : ضعف استغلال وسائل التسيير الحديثة
317	المبحث الثاني: تأثير ميكانيزمات البيروقراطية على القرارات ضمن المسار العلاجي
317	المطلب الأول: ميكانيزمات البيروقراطية بالمؤسسة
317	الفرع الأول : ميكانيزمات البيروقراطية على المستوى الداخلي
321	الفرع الثالث : ميكانيزمات البيروقراطية على المستوى الخارجي

324	المطلب الثاني: التجاذب بين السلطة الرسمية والسلطة غير الرسمية
324	الفرع الأول: غلبة السلطة غير الرسمية :
325	الفرع الثاني: أوجه التجاذب بين السلطة التقنية المهنية والإدارية
327	المطلب الثالث: طبيعة القرارات
327	الفرع الأول : غلبة القرارات الروتينية على الاستراتيجية
329	الفرع الثاني : بقاء المركزية في القرارات
332	نتائج الفرضية الثانية
337	الفصل التاسع: تحليلات التعارض بين البيئة التنظيمية وسياسة التغيير
337	تمهيد:
337	المبحث الأول: المشاكل التنظيمية
337	المطلب الأول: العلاقة بين الادارة والمستخدمين
338	الفرع الأول : الثقة في الادارة
340	الفرع الثاني : التكفل بالانشغالات
342	الفرع الثالث : دور الهيئات الإدارية و الاستشارية :
344	المطلب الثاني: شروط العمل
344	الفرع الأول : شروط الأمن
346	الفرع الثاني : تكيف الموارد مع الاحتياجات
348	المطلب الثالث: المشاكل التي تؤثر على فعالية العلاج
348	الفرع الأول : المشاكل التنظيمية الداخلية
352	الفرع الثاني : المشاكل الناتجة عن المحيط
354	المبحث الثاني: طبيعة العلاقات الداخلية
354	المطلب الأول: مظاهر البيروقراطية
354	الفرع الأول : تقسيم العمل بدلا من التعاون
356	الفرع الثاني : ضعف الاتصال الداخلي
359	المطلب الثاني: ضعف استغلال المرونة والاستقلالية لأهداف التغيير
360	الفرع الأول: المرونة في العلاقات بين المستخدمين
361	الفرع الثاني : استقلالية الأفراد في اتخاذ القرارات
361	المبحث الثالث: سياسة التحفيز وادارة الموارد البشرية لم تخدم أهداف التغيرات

362	المطلب الأول: مظاهر ضعف تسيير الموارد البشرية
362	الفرع الأول : من ناحية التوظيف
362	الفرع الثاني: تسيير التغيب
366	المطلب الثاني: مظاهر نقص التحفيز
366	الفرع الأول : الترقية و المنح
367	الفرع الثاني : التكوين .
369	الفرع الثالث : التحفيز المعنوي
373	نتائج الفرضية الثالثة
380	الاستنتاج العام:-
385	خاتمة
392	قائمة المراجع
400	قائمة الملاحق

فهرس الجداول، الأشكال والملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
44	الجدول التكراري الخاص لأفراد مجتمع الدراسة	1
45	نسبة أفراد العينة إلى مجتمع الدراسة	2
69	الفروقات بين فكر فايول وتايلور	3
84	مراحل التغيير التنظيمي	4
239	المؤشرات الصحية لكل ساكن	5
239	مؤشرات الأيام الاستشفائية (المعدل الشهري)	6
240	توزيع الموارد البشرية حسب الأسلاك	7
241	الجدول التكراري الخاص لأفراد مجتمع الدراسة	8
241	نسبة أفراد العينة إلى مجتمع الدراسة	9

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
237	الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية سعداوي المختار	1
242	الدائرة النسبية لتوزيع العينة حسب مدة الإقامة	2
243	الدائرة النسبية لتوزيع العينة حسب المصالح الاستشفائية	3
244	توزيع المفردات حسب الجنس	4
245	توزيع أفراد العينة حسب الرتبة	5
245	توزيع المفردات حسب الأقدمية	6
246	توزيع أفراد العينة حسب السن	7
247	توزيع المفردات حسب السلك	8
248	توزيع العينة حسب السن	9
248	توزيع العينة حسب الجنس	10
249	توزيع المفردات حسب المصالح الاستشفائية	11
250	توزيع المفردات حسب سنوات الأقدمية	12
255	الرسم البياني لنوعية الاستقبال	13
256	نسبة توفر أعوان الاستقبال	14
258	الدائرة النسبية لنشر جداول العمل	15
259	الدائرة النسبية لتمييز المستخدمين	16
261	الدائرة النسبية لوجود الاشارات التوضيحية	17
262	الدائرة النسبية لاحترام المواعيد الاستشفائية	18
263	التمثيل البياني لأسباب تأخر المواعيد الاستشفائية	19
264	الدائرة النسبية للإبلاغ عن تأجيل المواعيد	20
266	التمثيل البياني يتعلق بمدى سهولة التشخيص	21
266	الدائرة النسبية لأسباب التأخر في التشخيص	22
268	أسباب التأخر في التكفل	23

273	الدائرة النسبية لمسار علاج المريض	24
273	الدائرة النسبية لسهولة الحصول على العلاج	25
279	الرسم البياني لتقييم نوعية الوجبات المقدمة	26
280	الرسم البياني لتقييم النظافة	27
281	الرسم البياني لتقييم تهيئة المصالح	28
282	الرسم البياني للمعدل الزمني للفحص بالدقائق	29
283	الدائرة النسبية للمعدل الزمني للانتظار بالدقائق	30
284	طريقة متابعة المرضى	31
288	الرسم البياني لعوامل ارتياح المرضى	32
290	الدائرة النسبية لنوعية المعاملة	33
292	الدائرة النسبية لمعلومات عن الحالة الصحية	34
293	احترام الحقوق القانونية للمرضى	35
294	الاعلام بحرية الاختيار	36
295	الرسم البياني للاختيار بين القطاع العمومي والخاص	37
297	وجود سجل الاقتراحات	38
297	التكفل بالاقتراحات	39
298	الدائرة النسبية الخاصة بزيارات الجمعيات	40
299	الدائرة النسبية الخاصة بالتكفل بالشكاوى من طرف الجمعيات	41
308	معايير اتخاذ القرارات بالمؤسسة	42
311	تمثيل للقرار ضمن سيرورة العلاج	43
316	الاحتياجات المعبر عنها من طرف المستخدمين	44
319	ترتيب تأثير الفاعلين بالمؤسسة	45
322	طبيعة العلاقات في المؤسسة	46
324	طبيعة القرارات	47
326	مركزية القرارات	48

329	تكيف القرارات الاستراتيجية مع الواقع التنظيمي	49
335	الدائرة النسبية لمدى ثقة المستخدمين بالإدارة	50
337	الرسم البياني لمدى التكفل بالانشغالات	51
338	أسباب عدم التكفل بالانشغالات	52
340	دور الهيئات الإدارية والاستشارية	53
342	شروط الأمن	54
343	شروط الأمن حسب الأسلاك	55
344	توفر الموارد والوسائل	56
345	التكيف مع الاحتياجات	57
346	مشاكل المستخدمين التي تؤثر على فعالية العلاج	58
348	مدى الضغط في العمل	59
350	تكيف التغيرات مع الاحتياجات الحقيقية	60
351	علاقات التعاون بين المستخدمين	61
353	قنوات نقل الانشغال	62
355	توفر الاتصال بين المصالح "أفقيا"	63
356	كيفية استخلاف المستخدمين	64
357	استقلالية القرارات	65
359	تسيير الغياب	66
362	رأي المستخدمين حول توزيع منحة المردودية	67
363	احترام شروط الترقية	68
364	تكيف مواضيع التكوين مع المهام	69
366	تقدير العمل من طرف رئيس المصلحة	70
367	عوامل رضا المستخدمين	71

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	رقم الصفحة
ملحق رقم (01)	استمارة الاستبيان الموجه للمرضى	i
ملحق رقم (02)	استمارة دليل المقابلة	vi
ملحق رقم (03)	استمارة استبيان الموظفين	viii

مقدمة

مقدمة

المجتمعات اليوم في حراك سريع وأمام تحديات كبيرة وتحولات سريعة ومتزايدة جعلت الدول تبحث وتقيم عمليات التغيير المقصودة تكيفاً مع هذه التحولات الاقتصادية والاجتماعية كتغيير فيالتقاليد ونمو روح الفردانية لدى الأفراد والاستقلالية والبحث عن النوعية فيالحياة، هذا النمط المتسارع والتقارب بين المجتمعات بحكم الثورة التكنولوجية والانفجار في المعلومات انعكس على التنظيمات حيث أصبحت تسير ضمن نماذج معينة حسب ما تتطلبه قواعد العولمة، انتقل فيها تسيير التنظيمات من التسيير المغلق نحو التفتح على المحيط والتنافس وأصبح بقاء واستمرارية التنظيمات مرهونا برضا المواطن.

هذه التغييرات مست العديد من الأنظمة ومن أهمها الأنظمة الصحية والتي تطورت معها عدة مفاهيم لينتقل مفهوم الصحة من البعد البيولوجي إلى بعد أشمل يتعلق بتحقيق توازن الإنسان ببيئته وإلى ظهور فاعلين جدد ضمن هذا النظام، وإلى نمو عدة دراسات ومقاربات حول الصحة والمرض من البيولوجية إلى الماركسية والرمزية إلى غاية عولمة الممارسة الصحية، بالإضافة إلى ظهور مفاهيم جديدة حول اقتصاد الصحة وسوسيولوجيا الصحة، وأدى إلى انتهاج الأنظمة الصحية للتغييرات التنظيمية الاستشفائية أو ما يسمى بالإصلاحات كحل استراتيجي للمشكل النابع من الازدياد المستمر لحاجات السكان وارتفاع النفقاتالصحية، وبالتالي أثر على التنظيمات الاستشفائية في بنائها و مهامها وفي العلاقات الاجتماعية داخلها، اليوم التنظيمات الاستشفائية أصبحت تحتل مكانة جوهرية ليس فقط نظرا لمهامها المتعلقة بحياة الناس و إنما أصبحت تشكل حاجساً للحكومات بإيجاد الكيفيات والآليات اللازمة للتكيف مع الحاجيات المتزايدة و المتغيرة والمتسارعة في محيط يتميز بالتعقيد والشكّ والسرعة لم تعد مقيدة بإطار مكاني فيمكن التعامل مع المريض عن طريق التكنولوجياالمختلفة، وأصبحت تشكل مجالا خصباً للدراسات الامبريقية و السوسيولوجية كونها عرفت تعقيدات في تنظيميها وفي تقسيم العمل وتطورا تقنيا علميا وتكنولوجيا أدى إلى نمو تخصصات عدة وتغير في علاقات العمل، أين أصبح تطبيق علوم الادارة وسوسيولوجيا المنظمات ضروريا، والتكامل بين هذين المجالين أكثر من ضرورة لمواجهة التحديات الجديدة وتحقيق توازن التنظيمات ضمن المجتمع.

التغييرات شملت تطورا في مجال حقوق الإنسان ، الكفاح الذي عرفته التنظيمات لإعطاء قيمة للعامل وظهور النقابات، وكذا تبلور مفهوم "الصحة ليس لها ثمن ولكن لها تكلفة" ، ساهم في ارساء أفكار تتعلق بحقوق المرضى و فكرة الزبون بدلا من المنتفع، وبأن تحقيق الفعالية والانتاجية لا بد له من تامين المورد البشري، فحسب "مينزبرغ" فإن التنظيمات مثل التنظيمات الصحية تتميز بأزمات هيكلية و تنظيمية لا بد من دعم المورد البشري لحل هذه الأزمات، وساهم في ظهور توجهات حديثة منها الادارة بالمشاركة ، الادارة بالأهداف، ادارة الجودة الشاملة ،بالإضافة إلى دراسات "مايو" التي بينت أهمية البعد الإنساني الاجتماعي بالتنظيمات وإلى اعطاء أهمية للاستراتيجيات التي يقوم بها الفاعل وأهمية السلطة غير الرسمية التي تكلم عنها "بيتر بلو" وبأن الحقيقة معقدة حيث الأفراد قادرون على اعادة توجيه القواعد وتحريفها ، بالإضافة إلى وجود تحالفات خارجية التي لها تأثير على قرارات المؤسسة.

الجزائر كغيرها من الدول تبنت هذه التغييرات نتيجة لضغوط دولية و الاتجاه نحو اقتصاد السوق والالتحاق بركب العولمة، عن طريق برامج الاصلاحات الادارية الاقتصادية والتصحيحات الهيكلية، والتي هدفها الرئيسي تحقيق الشفافية، تخفيف الاجراءات، التكفل بانشغالات المواطن، والتغييرات التنظيمية الاستشفائية (الاصلاحات) التي هي جزءا من هذه التغييرات والتي تهدف أساسا إلى تحقيق الفعالية في التسيير وترشيد النفقات و تحقيق نوعية في العلاج وارضاء المريض من الناحية الكمية والنوعية بتحسين شروط التكفل بالمرضى وتحسين الاستقبال.

كل هذه التغييرات التي عرفتها التنظيمات والتحديات نحاول ابرازها من خلال موضوعنا الذي يتناول العلاقة بين المؤسسة العمومية الاستشفائية وبين المريض، في ظل التغييرات التنظيمية الاستشفائية، في سياق التطورات التي أشرنا إليها وفي سياق النظام الصحي الجزائري بما يحمله من تأثيرات وتفاعلات.

وهو موضوع يكتسي أهمية من حيث مواكبته للأحداث و لمختلف التغييرات الداخلية والخارجية التي تعرفها التنظيمات الاستشفائية التي تشكل مجالا خصبا من الناحية السوسيولوجية والتنظيمية لمعرفة ميكانيزمات العلاقات و تشكيلها في مواجهة التحديات الجديدة، خاصة ضمن التنظيمات الصحية الجزائرية باعتبار أن هذه التغييرات وإن كانت هناك دوافع داخلية لتبنيها المتعلقة

أساسا بسوء التسيير إلا أن مفاهيمها لم تولد من بيئتها ، سواء تعلق الأمر بفعالية التسيير أو بحقوق المرضى و بتطور دور الفاعلين ، كالمجتمع المدني والجمعيات والمجالس المنتخبة.

ونسعى من خلال دراستنا إلى تشخيص للواقع التنظيمي الداخلي بما يحمله من تحديات ومشاكل، ذلك أن التنظيمات الاستشفائية العمومية هي تنظيمات بيروقراطية، وإذا كانت التغييرات أو الإصلاحات الادارية بعد التوجه نحو اقتصاد السوق وما نتج عنه من تكاليف اجتماعية كغلق المؤسسات الاقتصادية الكبرى وعدد من المصانع التي لم تثبت فعاليتها واللجوء إلى خصخصة المؤسسات، فإن هذا الاتجاه قد ترجم ضمن التنظيمات الاستشفائية إلى التنحي التدريجي للدولة في تمويلها وإذا كان مبدأ مجانية العلاج مبدأ قد حمى التنظيمات الاستشفائية إلا أن هذا لم يغير من المشاكل التي يعاني منها المريض والمستخدمين والمسيرين، ذلك أن هذه التنظيمات العمومية هي تنظيمات بيروقراطية بالدرجة الأولى سیرت لعدة سنوات بمنطق المركزية في اتخاذ القرارات، وسیرت وفق الميزانية العمومية التي لا تعكس العمل بالنتائج والنشاطات بقدر ما تعكس العمل بالوسائل، الجمود في تطبيق القوانين، صعوبة أداء الرقابة وغياب مؤشرات التقييم، وكل ما تتميز به من استراتيجيات الفاعل وتعدد أشكال البيروقراطية ورفع سقف الحماية والاهتمام بالجانب الشكلي الاجرائي، وما ترك ذلك آثارا في سلوك وثقافة الأفراد وتعودهم على هذا النمط في العملي تأصل تقاليد البيروقراطية داخل هذه التنظيمات، في مقابل استيراد مفاهيم التسيير الحديثة والمطالبة بالتنوعية.

وإذا كانت البيئة التنظيمية والهيكلية لدى الدول المتطورة تحاول التكيف مع هذه التغييرات ووعي الفاعلين الخارجيين في تطوير الصحة العمومية بصفة عامة منها المرونة في الهياكل التنظيمية حسب كل تنظيم، تطور القطاع الخاص، تطور في النظام المحاسبي والتنظيمي بشكل يسمح بتحقيق فكرة المنافسة وتحقيق الإيرادات وتفعيل النشاطات على الإجراءات ،فان النظام الصحي الجزائري رغم صياغته لعدة محاور للتغييرات الاستشفائية منذ البدء في تطبيقها من سنوات التسعينيات منها المتعلقة بتحسين الاستقبال، زيادة الموارد، تحسين شروط المرضى، الغاء عقد الاحتكار، امكانية اجراء عقود الاذعان، اجراءات التوأمة، إلا أن القطاع الصحي ما زال يعاني من مشاكل عديدة منها عدم التوازن في توزيع الموارد البشرية والمادية بين أرجاء الوطن، الجمود وثقل في الاجراءات الادارية، عدم تطور فكرة الزبون، المركزية في اتخاذ القرارات، تدمير المريض.

ولهذا نتساءل: هل يمكن أن نجري التغيير في الجزائر بما تعانيه من رواسب التسيير الضعيف وصعوبة المشاكل الصحية حيث يعاني النظام الصحي الجزائري من الازدواجية الابدميولوجية وضعف البيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وهليممكننا تطوير علاقة بين المريض والتنظيمات الاستشفائية بنفس الرؤى المطلوبة ضمن قواعد التحديث الحالية؟

نسعى من خلال دراستنا إلى اعطاء رؤية حقيقية ومتكاملة ونقل الخبرات لمختلف الفاعلين: المرضى والمستخدمين والاداريين والمجتمع، بدراسة مفصلة تقف على أهمالمشاكل وعلى طرق التسيير، وعلى مختلف الصعوبات والاختلالات مقارنة مع المعطيات النظرية والامبريقية في مجال التغييرات التنظيمية وقواعد عصرنة الادارة.

نسعى من خلال الدراسة أيضا إلى اعطاء الرؤى الكامنة وترجمة السلوكات المختلفة، التي قد تترجم ظاهريابنقص الموارد أو الوسائل وهي أعمق من ذلك تتعلق بميكانيزم بيروقراطي يمارس بشكل متقن، يصعب معها الوصول إلى تحسين صورة المؤسسة ومعرفة المشكلالحقيقي، كما نسعى إلى نقل واقع المريض، وما هي طبيعة علاقته مع هذه التنظيمات، وإلى طبيعة اتخاذ القرارات ضمن النظام الصحي الجزائري بصفة عامة وكيفية بلورتها ومحدداتها، وصعوباتها، ليس لأنها تتعلق بحياة الإنسان واستعجاليتها وإنما إلى تركيبها المكونة من قرارات جزئية مترابطة فيما بينها يتخذها الفاعلون مهما كانت رتبتهن.

كما سنتطرق أيضا إلى دراسة البيئة الخارجية وتأثيرها وسيرها ومدى الاحاطة بأعبائها الاستراتيجية كالجمعيات والمجتمع المدنيوالمجالس المنتخبة، والتي أصبح لها دور فاعل ضمن هذه التغييرات في تحقيق المشاركة الحقيقية للمريض وتحقيق الوساطة وتقريب الرؤى بين المريض والمؤسسة العمومية الاستشفائية ومدى تأثيرها على تحقيق نتائج التغييرات التنظيمية الاستشفائية من قبل التنظيمات العمومية الاستشفائية.

كل هذه الأبعاد النظرية والتطبيقية سنبنينا من خلال دراستنا، حيث قسمنا الدراسة إلى الجانب النظري و الجانب التطبيقي، في الجانب النظري سنتطرق من خلالالملى المفاهيم النظرية حول التغيير التنظيمي وتطوره، التطور التاريخي للمنظمات إلى غاية تبلورها ضمن التصور الحديث.

بالإضافة إلى شروط وطموحات التنظيمات المعاصرة في ظل هذه التغيرات وكذا الأساليب اللازمة لإقامة تغيير تنظيمي ناجح، ثم سنتطرق إلى خصوصية التغيير ضمن التنظيمات الاستشفائية وكذا التغيير الجذري بها وتغير مفهوم سوسيولوجيا الصحة وتطور مكانة المريض وأهمية العلاقات العامة في تقريب الصحة من المواطن وتكوين التصور السوسيولوجي المعاصر للتنظيمات الاستشفائية وتغيير في بناء وعلاقات السلطة بداخلها والتي جعلتها أكثر تعقيدا وأمام تحديات أكبر.

وسوف نتعرض إلى سيرورة وخصوصية التغيير في النظام الصحي الجزائري: أهدافه ومراحل تطور التغيرات التنظيمية الاستشفائية وخصوصيته وكيفية اتخاذ القرار ضمنه.

أما الجانب التطبيقي: سنتطرق من خلاله إلى تحليل لوتيرة ومسار الإصلاحات منذ الشروع بها، ثم دراسة التغيير ضمن الآلية البيروقراطية بما أن التنظيمات الصحية العمومية قائمة على التنظيم البيروقراطي أساسا، ثم نتعرف على اشكالية اتخاذ القرارات وتأثير الجماعات على صنع القرارات.

ثم من خلال المؤسسة محل الدراسة، نتطرق إلى مكانة المريض ضمن التنظيمات الاستشفائية الجزائرية من خلال المؤشرات المختارة من الناحية التنظيمية تخص نوعية العلاج ومن جانب المشاركة والعلاقات والوقوف على طبيعة العلاقة بين هذه التنظيمات والمعالجين والمريض.

كما نتطرق إلى العراقيل التي تحد من عقلانية القرارات بالتنظيمات الاستشفائية ودور الفاعل والتجاذب بين السلطات وذكر ميكانيزمات البيروقراطية، ثم سنتطرق إلى تجليات التعارض بين البيئة التنظيمية وسياسة التغيير بالوقوف على أهم المشاكل التنظيمية ومشاكل البيئة.

الفصل الأول

الإطار المنهجي للبحث

الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث

تمهيد:

سنتعرض في هذا الفصل إلى موضوع البحث الذي سوف نتناول من خلاله الأسباب التي حفزتنا لاختيار هذا الموضوع وأهدافه، عرض الإشكالية التي يقوم عليها الموضوع، ضمن الوضعية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الحالية للجزائر، ثم الفرضيات التي قمنا باختيارها للإجابة على التساؤلات، بالاستناد إلى المقاربة السوسيولوجية المناسبة لدراسة المؤسسة الاستشفائية كنسق مفتوح ومتفاعل مع البيئة، بالإضافة إلى التحاليل الاستراتيجية للفاعل الاجتماعي.

كما نتكلم عن بعض الدراسات التي تناولت الموضوع، سواء على المستوى الدولي أو على المستوى الوطني، بالإضافة إلى تقديم منهجية البحث وتقنيات جمع البيانات كالمناهج المستعملة في البحث وأدوات البحث وعينة الدراسة وخصائصها.

1.1 موضوع البحث:

سنقدم من خلاله الأفكار الأساسية التي يقوم عليها البحث بإبراز أهمية البحث وأسباب اختياره، ثم طرح التساؤلات العامة للبحث والفرضيات بالإضافة إلى المقاربات السوسيولوجية وتحديد أهم المفاهيم التي يدور عليها البحث.

1.1.1 أهمية الموضوع:

تتجلى أهمية الموضوع بعد الأهمية التي تحتلها التنظيمات الاستشفائية في حياة الناس عامة إلى أهمية التغيرات التي تحدثها الدول المتطورة والنامية للتكيف مع الاحتياجات الكمية والنوعية للمجتمع، ويمكن حصرها بالنسبة لهذه الدراسة في العناصر التالية:

1. مواكبة الأحداث العالمية والتاريخية التي تحدث في قلب المجتمعات والتنظيمات وعولمة التسيير ضمن قوالب الحداثة و العصرنة، انطلاقا من تساؤل عن كيفية تأقلم التنظيمات الصحية العمومية بالجزائر و ما تتميز به من تقاليد عمل مختلفة وقواعد التسيير العمومية وتأصل روح البيروقراطية مع سباق العصرنة وشروطها ، وبالتالي من خلال الدراسة يمكننا الاحاطة بكافة التغيرات العالمية وكذا السياق البيئي والداخلي للمؤسسات العمومية الصحية في الجزائر.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

2. معرفة أسرار العلاقة بين المريض والطبيب أو الهيئة المعالجة بصفة عامة، ومعرفة المشاكل الداخلية التي تؤثر على هذه العلاقة، أي معرفة البعد الإنساني والاجتماعي لهذه العلاقة.

3. هو موضوع متجدد ويحمل العديد من الأبعاد التي تعطي قيمة مضافة في التحليل، وبمجالا خصبا للبحث نظرا لغنى المؤسسة الاستشفائية بالتفاعلات الاجتماعية، تعدد الأسلاك والتخصصات المختلفة، تنوع السلوك وتنوع العلاقات، خصوصا في ظل التغيرات التي أثرت على بنائها الوظيفي والعلاقاتي، فهذا يعطي لنا نظرة عن طبيعة الأفراد بموروثهم الثقافي والفكري وطريقة تفاعلهم مع المعطيات الجديدة.

2.1.1 أسباب اختيار الموضوع:

إن من الدوافع التي جعلتنا نهتم بهذا الموضوع هي:

1. الرغبة في إثراء رصيدنا المعرفي من خلال الوقوف على التفاصيل الدقيقة للعلاقات داخل هذه التنظيمات بما تتميز به من تعقيدات وكذا تشعب العلاقات، ومختلف ميكانيزمات البيروقراطية المستعملة.

2. التذمر العام لدى المواطنين على الخدمات الصحية، رغم الاستثمارات العديدة في هذا القطاع، ورغم الخطابات العديدة التي تنادي بتحسين الخدمات الصحية، ولد لدينا شعورا بمعرفة الأسباب الواقعية والميدانية للفراغ الحاصل بين المؤسسات الاستشفائية وبين المريض.

3. الرغبة في نقل خبرة ميدانية واقعية تمتد إلى ستة عشر سنة في التسيير ، منذ الشروع في تطبيق التغيرات التنظيمية الاستشفائية، وذلك بالإلمام بالواقع الحقيقي المعيش سواء بتصوير خبرات وتجارب المستخدمين وتفاعلاتهم مع مختلف التغيرات، خلال فترات من الزمن و جمع بعض تصورات المرضى عن المؤسسات الاستشفائية، فالعمل لعدة سنوات في القطاع الصحي والوقوف على تطبيق التعليمات المتعلقة بالتغيرات الاستشفائية والتواصل المباشر بالمستخدمين بكافة الفئات ، يسمح لنا بتكوين فكرة ميدانية وشهادات عن واقع المستشفيات، معرفة مشاكل المستخدمين عن قرب وبمنحنا مجالا لتفسير بعض سلوكياتهم من خلال تفاعلهم مع المرضى ومعرفة أسراروميكانيزمات العلاقات التفاعلية، وخاصة فيما يتعلق بالسلطة غير الرسمية ومواضع العقلة الكامنة المستعملة من طرف الفاعلين و بالتالي إثراء للجانب النظري بمعطيات أعمق في إطار منهجي.

3.1.1 أهداف البحث:

من خلال هذه الدراسة نسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. الوقوف على وضعية المريض الاجتماعية داخل التنظيمات الاستشفائية العمومية، وهل تطورت داخل التنظيمات الاستشفائية الجزائرية حسب متطلبات العصرنة وحقوق المرضى.
2. معرفة الأسباب الحقيقية وراء الفراغ بين التنظيمات الاستشفائية والمريض.
3. دراسة تأثير البيروقراطية والتعريف بميكانيزمات السلطة، التي تستعمل من طرف الفاعلين الاجتماعيين التي قد تعرقل عصرنة وتحقيق نوعية في العلاج وتكبح عملية التغيير.
4. التعريف بطبيعة المستشفى وتعقيداتها والتي تشكل صعوبة في حد ذاتها في مواجهة التغيير.
5. معرفة المشاكل الحقيقية الداخلية التي يعاني منها المستخدم، مهما كانت درجته السلمية ومدى تأثيرها على أداء العمل وعلى العلاقة بينه وبين المريض.
6. معرفة طبيعة القرار ضمن التنظيمات الاستشفائية في ظل المعطيات الحالية وماهي العراقيل الناتجة عن البيئة الداخلية والخارجية التي قد تحد من عقلانيته.

4.1.1 الإشكالية:

موضوع دراستنا يتناول العلاقة بين المؤسسة الاستشفائية والمريض في ظل التغيرات التنظيمية الاستشفائية، وذلك في سياق التحولات التي تعرفها المجتمعات السريعة و العميقة والتي مست كافة القطاعات، نتيجة ذلك عرفت التنظيمات الاستشفائية تغيرات جذرية وخصوصاً في نهاية الخمسينيات التي عُرفت بالتحولات والثورات الطبية والعلمية والتي ساهمت في خلق عدة تخصصات طبية وتقنية وشبه طبية والعديد من المصانع البيولوجية، الأمر الذي أدى إلى تعقيد التنظيمات الاستشفائية، انتقل فيها نموذج التنظيم الاستشفائي من بيئة ثابتة نسبياً إلى بيئة ديناميكية وأصبحت التنظيمات بما تضمه من عدد وتنوع للموارد من أكثر التنظيمات في المجتمع حركة وتعقيداً حيث تتداخل التخصصات العلاجية والوقائية، الفنية والعملية والخدمات الاجتماعية بصورة يصعب فصلها وتمييزها في إطار الحركة والنشاط الدائب الذي لا يحتمل التأخير أو التقاعس، كما أصبحت تشكل مجالا خصبا لتطور العلاقات الاجتماعية التفاعلية داخليا وفي علاقاتها مع المحيط، ويعود تعقيداً إلى كونها تشتمل على عدة فاعلين تتعارض مصالحهم في كثير من الأحيان والتنافس قوي فيها حول

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

مورد نفيس هو مورد الصحة حيث يتشكل الفاعلون فيه من المريض من جهة والطبيب من جهة ثانية والممرض من جهة ثالثة والإداري من جهة رابعة والمجتمع من جهة أخرى.

ومن هذه الزاوية نجد التنظيمات الاستشفائية عبارة عن أنساق اجتماعية مفتوحة تتفاعل وتتربط مع باقي أنساق المجتمع، مثل ما زدنا التراث السوسيولوجي بنظريات ومعارف ومفاهيم "لبارسونز" و "ميرتون" و "كروزي"، بل وأصبحت التنظيمات الاستشفائية تشكل هاجسا بالنسبة للدول بالبحث الدائم عن التحكم في النفقات الصحية مقابل ازدياد حاجيات السكان والقضاء على عدم التوازن والقضاء على الصراعات الداخلية المهنية، مما أدى إلى فرض إعادة هيكلة داخلية وخارجية وإقامة تغييرات تنظيمية تحت اسم التغييرات التنظيمية الاستشفائية، بالبحث عن الطرق والوسائل التي تحقق الفعالية و الفاعلية في التسيير لمواجهة الواقع الجديد، بالانتقال من النموذج التقليدي في التسيير نحو نموذج قائم على فكرة الفعالية والتنافسية وتفتح التنظيمات على المحيط والاهتمام بالجانب الإنساني والاجتماعي للفرد والاعتراف بمكانته مهما كانت درجتها السلمية ليصبح ضمان نجاح التغيير بأقل مقاومة يتطلب الأخذ بعين الاعتبار للفاعل بالمؤسسة، فحسب ميشال كروزي: "إن الفرد هو فاعل ضمن مشروع مشترك وليس مستهلك لعملية التغيير، التغيير هو إجراء جماعي يدبج بالتعاون، التفاوض والتفاعل الذي يضع في الحسبان قدرة الجماعات المختلفة على العمل في نفس الوتيرة"¹.

كما تطورت الأفكار و المقاربات السوسيولوجية التي كانت تنظر إلى التنظيمات الاستشفائية كأنظمة مغلقة، منها دراسة "غوفمان" والتي شبه فيها التنظيمات الاستشفائية بأنها "مؤسسة اجتماعية تحت اسم المؤسسات الشمولية كالأديرة، والسجون ووصف المريض بحالة المغترب من جراء المرض ومن جراء التنظيمات"²، لتتطور النظرة نحو المريض إلى فاعل ضمن التنظيمات، ساهمت التغييرات أيضا في ظهور عدة دراسات في مجال علم الاجتماع الطبي والتي أعطت أبعاداً جديدة للعلاقة بين المريض والطبيب وظهور عدة مقاربات سوسيولوجية كالماركسية، التفاعلية الرمزية، مقارنة "بارسونز" و إلى غيرها من المقاربات، كما أصبح الطب لا يمثل الطب السريري وإنما تعداه إلى ضرورة الاهتمام بالقيم والالتزام بأخلاقيات المهنة وتعدى حدود المكان مع التطور التكنولوجي

¹Michel.Crozier ; et Erhard.Freidberg. L'acteur et le Système. Paris : Edition seuil,1977, P. 50.

²كوت، جان بيار وموني جان بيار. من أجل علم اجتماع سياسي. ترجمة محمد هناد. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1985، ص 54.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

والاتصال بالوعولمة الأشكال الطبية، بالإضافة إلى أن التطور في القوانين الدولية والحركات الجمعوية الدولية ساهم في تطوير القوانين التي تنص على حماية المريض ونوعية حياته، ومن أهمها قانون كوشنير "Kouchner" سنة 2012 والمتعلق بحقوق المرضى¹، والتي تأخذ بعين الاعتبار المعطيات والمقاربات التي ذكرناها، والتي تضع في جوهرها المريض كفاعل أساسي ضمن التنظيم الاستشفائي.

يجب أن نشير إلى أن المؤسسة الصحية بصفة عامة ، و قبل أن نتطرق إلى تحليلها ضمن سياقها الاجتماعي و الداخلي ضمن نموذج الدراسة، هي أقل مسيطرة للتغيرات بما أن أهدافها تقوم على أشياء غير مادية كما أنه يصعب تقييم نوعية الخدمات بما أنها شيء غير ملموس، الطابع الإنساني و الاستعجالي، لغات مختلفة ، أطر اجتماعية وانشغالات مختلفة لكل سلك من الأسلاك بالإضافة إلى وجود صراعات على السلطة وإشكالية اتخاذ القرارات، وجود خطين من السلطة مع الأخذ بعين الاعتبار أن الأفراد فاعلون و يمتلكون استراتيجيات يحركونها حسب منافعهم التي تضمن لهم المكانة ضمن التنظيمات و تطور سلطتهم و التي قد تكون محل تناقض مع أهداف المنظمة.

الجزائر مثلها مثل باقي الدول تبنت هذه التغيرات التنظيمية الاستشفائية سواء لأسباب خارجية وما فرضته العولمة بتنميط وسائل التسيير أو لأسباب داخلية منها: غلبة المركزية، البطء في الإجراءات الادارية وعدم ارضاء المواطن، فجاءت فكرة التغيرات للخلاص من المشاكل الداخلية وكذا لعصرنة الإدارة وتحسين الخدمة وتحقيق نوعية في العلاج واضفاء الشفافية وما تقتضي من قواعد حسن الاستقبال والأنسنة والاستماع للمريض وتحسين شروط التكفل به، معرفة انشغالاته ومشاكله ودراسة اقتراحاته.

وبدأت تتشكل حول التنظيمات الاستشفائية الجزائرية معارف امبريقية تبين حاجة التنظيمات الاستشفائية إلى البحث عن سبل الترشيح والفعالية التنظيمية.

والسؤال الذي يتبادر إلى أذهاننا في ظل هذه المتغيرات العالمية والداخلية والصعوبات، هل يمكن أن نقيم هذه التغيرات التنظيمية بالجزائر بنفس الطريقة التي تبنتها الدول مثل فرنسا والذي أخذت منها التجربة الجزائرية؟ ذلك أن المعطيات تختلف سواء في النموذج التنظيمي وتقاليده العمل ووعي المواطن أو في المعطيات الابدميولوجية ، فالنظام الصحي الجزائري مازال يعاني من مشكل

¹Louis, Rolland « les droits du patients ». Revue hôpital, son organisation et son fonctionnement, (Juillet 2007) : PP.133-138.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

جوهري منذ سنوات وهو الازدواجية الابدميولوجية "أي بقاء الأمراض البدائية و التي تتطلب استراتيجية وقائية وجادة وانتشار الأمراض العصرية، وما تكلفه من مبالغ باهظة"، وما يزيد الأمر تعقيدا هو غلبة الفكر العشائري وقوة العلاقات والروابط التقليدية التي تحيط بالتنظيمات وتتفاعل معه، وإلى ضعف البنية الاقتصادية والاجتماعية، وبنية بيروقراطية معقدة، بالإضافة إلى محيط خارجي يتسم بالحدثة في تناول المشاركة ضمن القرارات الصحية ومؤسسات تتخبط بين مجانية العلاج وبين ضرورة تحقيقها استقلالا ماليا ونجاعة في التسيير.

وفي هذا السياق نحاول من خلال دراستنا للواقع التنظيمي الاستشفائي بالجزائر، من خلال نموذج الدراسة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين وسارة انطلاقا من تساؤلات:

عن مكانة المريض، هل فعلا تطورت منذ الشروع في تبني الاصلاحات (التغييرات التنظيمية الاستشفائية)، وذلك بالاعتماد على مؤشرات علمية تتعلق بنوعية العلاج أو بطرق تسيير هذه التغييرات وكذا التطورات النظرية التي عرفت العلاقة بين التنظيمات الاستشفائية والمريض، وفي ضوء كل هذه الأبعاد النظرية والامبريقية والواقعية، وبين ما هو مطلوب من التنظيمات في إطار التغييرات وبين واقع التنظيمات الاستشفائية في الجزائر نتساءل في دراستنا:

➤ كيف يتكيف المريض مع واقع التنظيمات الاستشفائية في ظل التغييرات التنظيمية الاستشفائية؟
ومنه نستمد التساؤلات الفرعية التالية:

❖ هل تطورت مكانة المريض بما تقتضيه أهداف التغييرات التنظيمية الاستشفائية؟ وماهي طبيعة العلاقة بين المريض والمؤسسات العمومية الاستشفائية؟

بالرغم من تبني التغييرات التنظيمية الاستشفائية منذ أكثر من 15 سنة تم فيها اصدار العديد من المشاريع و القوانين و انشاء العديد من الهياكل أهمها فتح 11 كلية ، انشاء 9387 هيكل صحي و 187 مستشفى و 92 مراكز استشفائية تخصصية¹ ، و تعديل في القوانين الأساسية للعاملين وزيادة أجورهم ، حيث تم اصدار 15 مرسوما يخص النظام التعويضي للأسلاك الطبية وشبه

¹وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التقرير السنوي. 2013. الجزائر: وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

الطبية وكذا الترقية الفعلية لكامل الأسلاك، تفعيل خدمة الجنوب، إلا أن النظام الصحي مازال يعاني من عدة مشاكل فيما يخص التكفل بالمريض و أهمها:

- ✓ نقص الوصول إلى العلاج وبالخصوص لفحوصات الأشعة؛
- ✓ صعوبة التحصل على مواعيد الفحوصات المتخصصة وتأخير تحصيلها خاصة بمناطق الجنوب؛
- ✓ نقص الموارد البشرية؛
- ✓ النسب الكبيرة لتحويلات المرضى؛
- ✓ ضعف التكفل بمرضى السرطان، خصوصا مع ارتفاع معدلات مرضى السرطان، عند النساء الذي ارتفع من 14.5% سنة 2007 إلى 70.2 % سنة 2014؛¹
- ✓ ضغط على المصالح الاستعجالية؛
- ✓ كثرة الصراعات المهنية والاضرابات؛
- ✓ مشاكل التكوين والصلاحيات الموازية.

إذا كان تطبيق التغيير على أرض الواقع يعد من أصعب الأمور فهو يتعلق بتغيير سلوك وثقافة ونمط في التسيير ما يتطلب تعبئة ومشاركة وتكوين وغيرها من الآليات والشروط، فكيف يكون تطبيقه على مستوى مؤسسات عمومية وما يرافقها من مشاكل تسييرية قانونية ومؤسسات تتسم بالبيروقراطية العالية وتقاليد عمل مختلفة، الفاعلون لا يقدرّون استراتيجية التغيير أو عمقه. وهنا نكون أمام اشكالية بين ما يستطيع الفاعل فهمه وبين ما يستطيع قبله، كما أنه يتعلق بتحقيق شروط العمل المناسبة وإيجاد آلية تنظيمية قائمة على سياسة الموارد البشرية والتحفيز والعلاقات العامة لدراسة المحيط.

ولهذا نتساءل:

❖ هل الواقع التنظيمي، بما يحمله من مشاكل الفاعلين، مهياً لإقامة التغييرات التنظيمية الاستشفائية؟

النشاط الاستشفائي في حد ذاته يتميز بالتعقيد، إذ أن مسار العلاج من الاستقبال إلى غاية العلاج النهائي، من عون الاستقبال إلى غاية الطبيب، يمر بعدة فاعلين وعدة قرارات، فمسار المريض

¹ Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Plan cancer, Nouvelle Vision Stratégique Centrée sur le Malade, 2015-2019. 2014. Alger : Institut National de Santé Publique.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

هو عبارة عن شريط من القرارات الجزئية والمصيرية والمرتبطة فيما بينها ومرتبطة بتوفير الموارد في كل مستوى من مستوياتها، ما يتطلب تعاوناً كبيراً ونوعية اتصال.

إن البحث عن الأسباب المتعلقة بتأخير تنفيذ التغييرات التنظيمية الاستشفائية يجعلنا نتساءل سؤالاً جوهرياً عن مدى عقلانية القرارات سواء على المستوى المركزي في بلورة السياسة الصحية أو على المستوى المحلي والعراقل التي تواجه الوصول إلى فعالية في اتخاذ القرارات، فعندما نتكلم عن عقلانية القرارات فذلك يعني الاعتماد على مؤشرات موضوعية وإعطاء أهمية للإحصاءات ودقة المعلومات والأخذ بعين الاعتبار جملة من المعطيات منها الانتقال الابدميولوجي ودراسة المحيط ومشاركة المتخصصين في المكان والزمن المناسب في ظل الانسجام والتعاون، ويجعلنا نبحث عن طبيعة القرارات داخل التنظيمات الاستشفائية وكيفية وصولها إلى العقلانية في ظل تعقيد التنظيم الاستشفائي وعلاقات السلطة التي تتميز بالصراع على الهدف، في محيط يتميز بغلبة العلاقات غير الرسمية واستعمال الاشاعات وقوتها من خلال عمليات التنشئة وتلقيها وتسريعها.

التنظيمات الاستشفائية اليوم مطالبة بقواعد عصرية وتحديات قد تتناقض مع قواعد تسيير المرفق العمومي وقواعد البيروقراطية المستغلة من طرف الفاعلين والميكانيزمات والاستراتيجيات التي يقوم بها وغلبة العلاقات غير الرسمية، في ظل بيئة تعاني من عدم استكمال البنية الاقتصادية، عدم التوازن بين العرض والطلب وسوء توزيع الموارد الصحية، وتقالييد العمل المتعلقة بمجانية المرفق العمومي، ضعف المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للمريض، الازدواجية الابدميولوجية. عدم نضج الفاعلين بالمحيط الخارجي، أساليب الضبط الاجتماعي والتدخل في القرارات داخل التنظيمات الاستشفائية، كل هذه المعطيات تجعلنا نتساءل:

❖ ما هي العوامل التي تؤثر على اتخاذ قرارات عقلانية؟

ماهي المعايير الحقيقية الميدانية لاتخاذ القرارات، ومن هم أهم الفاعلين المتحكمين في القرارات وهل طبيعة القرارات تتوافق مع التغيير؟

5.1.1 الفرضيات:

- للإجابة على الاشكالية المطروحة، قمنا بصياغة الفرضيات التالية:
1. يتجلى الخلل التنظيمي للتنظيمات الاستشفائية في عدم مواكبة مكانة المريض لتحديث التنظيمات الاستشفائية.
 2. ميكانيزمات البيروقراطية والتجاذب بين السلطة الرسمية والسلطة غير الرسمية يؤثر على عقلانية القرارات.
 3. المشكلات التنظيمية التي تعاني منها التنظيمات الاستشفائية تعكس التعارض بين البيئة التنظيمية غير المهيأة مع التغيرات التي تعرفها.

6.1.1 تحديد المفاهيم:

التعريفات الإجرائية (المتغيرات):

1. **الخلل التنظيمي:** التناقضات والفروقات الملاحظة بين الأفكار النظرية والتطورات الحاصلة في مجال التنظيمات وعصرنة الادارة خاصة وبين واقع التنظيمات الاستشفائية، منها المتعلقة بالجانب التنظيمي والإنساني الاجتماعي.
2. **مكانة المريض:** هي الوضعية القانونية والإنسانية ضمن السياق الدولي الحالي، والذي يفرض جملة من الإجراءات التنظيمية والمعاملات ابتداء من حماية حقوقه والتطلع إلى احتياجاته والأنسنة إلى غاية اعتباره فاعلا حقيقيا ضمن التنظيم.
3. **تحديث التنظيمات الاستشفائية:** هي كافة الإجراءات والجهود التي تهدف إلى عصرنة طرق التسيير لتحقيق الفعالية و تحسين العلاقة بين المريض و التنظيمات الاستشفائية وذلك بتعزيز الثقة والتفتح على المحيط ،تبسيط الإجراءات، الاستماع وتفهم المريض وتحسين التكفل الصحي والإنساني والتكيف مع احتياجاته الكمية والنوعية ويكون أيضا بقدرة مصالح الصحة الموجهة للأفراد والسكان على رفع احتمال تحقيق النتائج الصحية حسب الوضعية الصحية الحالية ، وهي وحدة مركبة مدججة ذات أبعاد مختلفة انطلاقا من المعارف التقنية العلمية و نوعية عمل المستخدمين إلى العلاقة بين المريض والمعالج إلى النوعية الإجمالية للنظام الصحي.

4. ميكانيزمات البيروقراطية: نقصد بها جوانب البيروقراطية التي تستعمل سلبا داخل التنظيمات، والتي لا تتلاءم مع وتيرة التغييرات السريعة التي تتطلب مرونة في تطبيقها ميدانيا وفي تمرير المعلومات داخل التنظيمات من جهة، والتي تستغل سلبا من طرف الفاعلين كأسلوب من أساليب مقاومة التغيير من جهة أخرى، ومنها:

- المركزية في اتخاذ القرارات؛
- تعقيد الإجراءات الإدارية؛
- الحماية في مواجهة الثقافة القانونية والمسؤولية؛
- المحسوبية وضعف الرقابة؛
- التقسيم المتطرف للمصالح؛
- الرؤية المبنية على الهياكل بدلا من النشاطات.

5. السلطة الرسمية: وهي السلطة الناتجة عن طريق تولي مناصب وفقا للهيكل التنظيمي وفقا للقوانين المعمول بها.

6. السلطة غير الرسمية: هي السلطة المكتسبة خارج الهرم الإداري والتي تكون في أي مستوى من المستوى الإداري، بغض النظر عن المنصب أو السلك والتي توظف من طرف الفاعلين بالتحكم والمراقبة في مناطق عدم التأكد، سواء عن طريق امتلاك والتحكم في المعلومة، أو في الإشاعات أو بوجود علاقات جيدة مع المحيط أو عن طريق مراقبة الاتصال والمعلومات الداخلية أو بمعرفة القواعد التنظيمية للمنظمة أو التحكم في جماعات داخلية معينة مثل الائتلافات داخل التنظيم.

ونظرا لأهمية الفاعلين في دراستنا، لا بد أن نعطي تعريفا لهم:

7. الفاعلون: هم الأفراد الذين يملكون زمام الأمور ولهم سلطة مهما كان المركز أو الدرجة السلمية التي يحتلونها، الأمر الذي يحتم إنشاء علاقات تفاوضية بينهم وبين الإدارة لتحقيق الأهداف. قد يكون الفاعل داخل المنظمة: طبيبا، إداريا، ممرضا، عوناً مهنيا، أو يكون خارج المنظمة كهيئة خارجية لها تأثيرها على المنظمة مثل المراقب المالي أو البلدية أو المجالس المنتخبة أو المريض أو النقابة أو الجمعيات أو المجتمع المدني.

وتظهر أهمية الفاعل خصوصا ضمن سلسلة العلاج، إما لندرة الموارد البشرية أو لاستراتيجية الدور العلاجي الذي يقدمه وتبعيته لعناصر أخرى ضمن سلسلة العلاج، أو تأثيره من الجانب العلاقي على باقي أعضاء المنظمة، مثلا: عدم إعطاء معلومة صحيحة للمريض عن موعد الطبيب أو عدم استقبال جيد سواء بشكل مقصود أو غير مقصود يؤدي إلى اضطراب في المصلحة وظهور سلوكات عنيفة ضد الطبيب، تأخير التأشير على صفقة أدوية أو توظيف من قبل مصالح المالية في مقابل الاحتياج المستعجل والضروري ما يؤدي إلى عرقلة سير المؤسسة وظهور أكثر للعلاقات التفاوضية.

8. عقلانية القرارات: هي القرارات المبنية على معايير موضوعية وعلى أسس علمية وليست ناتجة عن تدخلات وظروف شخصية وعلى أسس اعتباطية، هذا المفهوم لا يتبين بدون الإشارة إلى طبيعة القرارات ضمن التنظيمات الاستشفائية والذي نبينه ضمن التعريف التالي:

9. ترابط الاجراءات ومحورية القرارات: سيرورة العلاج هي ليست فقط مجموعة من النشاطات والأعمال هي في الحقيقة عبارة عن سلسلة من قرارات يتخذها كل فاعل في كل مرحلة من مراحل العلاج بصفة مترابطة، ابتداء من عون الاستقبال، الطبيب، الممرض، الإداري و التقني إلى غاية المنتج النهائي (العلاج)، بحيث أن كل قرار وما له من جانب النشاط والعلاقات والمعلومات والسلوك، له أهميته البالغة وتأثيره على باقي القرارات سلبا أو إيجابا.

10. مشاكل الفاعلين: نقصد كافة المشاكل التي يعاني منها العامل والتي تؤثر سلبا على فعالية العمل المقدم، سواء كانت ذات طابع تنظيمي أو في العلاقات أو ناتجة عن المحيط، والتي تكون بين العاملين في التنظيم أو بين الإدارة والعاملين أو بين المرضى والعاملين.

11. البيئة التنظيمية: المزيج المتداخل والمتربط في طريقة التسيير والتنظيم وكذا القوانين المسيرة وتنظيم العلاقات الداخلية بين مختلف المصالح الاستشفائية والإدارية.

7.1.1 الدراسات السابقة:

سنشير إلى أهم الدراسات والأطروحات التي تناولت المواضيع التي لها علاقة بموضوع دراستنا، ونوضح وجه التشابه بين هذه الدراسات والجوانب الأخرى ضمن دراستنا:

أولاً: الأطروحات العربية:

1- أطروحة دكتوراه بعنوان: البيروقراطية الادارية و مسألة التقويم التنظيمي للسيد: "رضوان العنبي بن علي" بالمملكة المغربية، لسنة 2015:¹

وبما تكلم عن تطور جهاز البيروقراطية ومراحل تطبيقه، وكذلك عن الدور المركزي الذي تلعبه عملية الاصلاح كعنصر أساسي في مسألة تحديث الدولة ومقاربة الاصلاح الاداري مقارنة سوسيولوجية.

الاشكالية المطروحة: الكيفية التي سيتم الانتقال بها إلى نمط جديد للتدبير يحمل قيما أكثر حداثة. الأسئلة الفرعية تتمثل فيما يلي:

- ✓ ما هي طبيعة البيروقراطية المغربية؟
 - ✓ هل هي وظيفية تخدم أهداف التنمية أم هي سلطوية تريد التحكم والسيطرة؟
 - ✓ ما هي أسباب التجذر البيروقراطي وما هي تجليات هذا التحول عن النمط العقلاني للبيروقراطية؟
 - ✓ ما هي محددات السلوك البيروقراطي؟
 - ✓ ما الشكل الأفضل لمجالات السياسات العمومية وما خصائص التدبير العمومي الجديد؟
- منهجية البحث المستعملة: بالاعتماد على المقترب التاريخي لدراسة تطورات الادارة كما سعى للمزاوجة بين المقترب السوسيولوجي والقانوني لإبراز الديناميكية الاجتماعية لهذه الظاهرة وملاستها للواقع واعتماد منهج دراسة الحالة.
- نتائج الدراسة:

- الخلل الوظيفي وتغليب الأنماط الشكلية والإجرائية في العمل الاداري سواء بالنسبة للموظف أو في العلاقة بين الموظف والمواطن من بين عوائق التقويم التنظيمي هي مظاهر البيروقراطية المتمثلة في الادارة منها تعقد مسلسل اتخاذ القرارات.
- أثر العوامل السوسيو ثقافية والتي تتجلى في سيادة الثقافة، الخوف والعلاقات الاجتماعية المختلفة التي تسمو على علاقات المواطنة ويرجع ذلك إلى التنشئة الاجتماعية.

¹رضوان،العنبي بن علي."البيروقراطية الادارية ومسألة التقويم التنظيمي".أطروحة دكتوراه. القاهرة: منشورات المنظمة العربية للتنمية الادارية.جامعة الدول العربية.2015.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

- مفهوم دولة القانون وفعالية المؤسسات ضمن التقويم الإداري، وبأن المناخ في المجتمع والمؤسسات مازال غير مناسب نظرا لغياب الشروط الموضوعية.
 - المحددات الاجتماعية والثقافية للمقاربة التشاركية ومدى تفهمها من طرف المجتمع هي ضئيلة.
 - المحددات التنظيمية للمشاركة: من جهة هناك مناداة لتشجيع المواطنين على المشاركة في برامج التنمية وتحويلهم إلى مواطنين إيجابيين، إلا أن الإطار التنظيمي البيروقراطي المعقد يجعل هذه الأجهزة تهتم باستمرارها أكثر من استقطاب المشاركة.
 - معوقات العملية التقويمية تعود لغياب رؤية واستراتيجية موحدة لأسبقية العمل الإداري.
 - عدم وجود أجهزة خاصة تتولى هذه الإصلاحات.
 - النقل بين النماذج وطرق استخدامها من طرف الدول المتقدمة دون تحول في القيم والعادات ومراحل التطور السياسي والاجتماعي.
 - المحاولات الإصلاحية لم تستهدف تغيير السلوك والقيم السائدة وأن التغييرات العالمية وما فرضته من تغييرات في الإدارة، إلا أن نظرة الإدارة مازالت نفسها للمواطن من سوء معاملة وتهميش.
 - عدم تكيف الأجهزة البيروقراطية مع التحولات.
 - نجاح مشروع الإصلاحات يتوقف على اعتماد منهجية تدرجية لتوفر البيئة السليمة التي ستتفاعل بشكل إيجابي مع المتغيرات المستجدة.
- نشترك مع هذه الدراسة في تناول موضوع البيروقراطية، فقط الباحث تناول دراستها من الجانب المركزي على مستوى الدولة والسياسات العامة، أما دراستنا فهي تتناول العلاقات والبناء البيروقراطي على مستوى المؤسسات العمومية الصحية "على المستوى الجزئي"، وكيفية تعاملها مع المعطيات الجديدة.

2- أطروحة دكتوراه بعنوان: إدارة الصراع على الأداء التنظيمي في مستشفيات القطاع الخاص والعام في المملكة الأردنية الهاشمية، من إعداد الدكتور الرقاد، محمد عبد الكريم سالم سنة 2000: ¹ تهدف هذه الدراسة إلى قياس إدارة الصراع التنظيمي في مستشفيات القطاع العام والخاص في الأردن، وتستمد هذه الدراسة أهميتها نتيجة للتفاعل بين الفرد والظروف التي يعيشها، مما يؤدي إلى

¹ محمد عبد الكريم، سالم الرقاد. "إدارة الصراع على الأداء التنظيمي في مستشفيات القطاع الخاص والعام في المملكة الأردنية الهاشمية 1996-2000". أطروحة دكتوراه. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. 2003.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

ظهور صراع يسعى الفرد من خلاله إلى الوصول إلى تحقيق أهدافه، وتنبع أهمية هذه الدراسة من كونها تتناول مشكلة إدارية يواجهها المدراء يومياً في إدارتهم في المستشفيات والتي تعد من أهم المشاكل، بحيث أن الصراع الوظيفي يعتبر من الظواهر الحتمية في منظمات اليوم.

قام الباحث بصياغة تساؤلات دراسته، والتي هي على النحو التالي:

- هل الأسباب التنظيمية والشخصية تؤدي لنشوء الصراعات التنظيمية؟
- ما مدى الاختلاف في حدة الصراع الناشئ على الأسباب التنظيمية والشخصية؟
- ما مدى استخدام مديري مستشفيات القطاعين العام والخاص لأساليب إدارة الصراع؟
- ما مدى اختلاف أساليب إدارة الصراع ما بين القطاعين العام والخاص؟
- ما مدى فاعلية الأساليب المستخدمة في إدارة الصراع ما بين القطاعين العام والخاص؟
- ما مدى أثر العوامل الديمغرافية (العمر، المؤهل العلمي، الخبرة، عدد العاملين) على أساليب إدارة الصراع التنظيمي في المستشفيات؟

الاشكالية الرئيسية: تتمثل في: ما مدى العلاقة بين درجة الرضا الوظيفي وفاعلية إدارة الصراع التنظيمي؟

نتائج الدراسة:

1. تعزى الصراعات التنظيمية في مستشفيات القطاع العام والخاص في الأردن لأسباب تنظيمية وشخصية.
2. تعد الأسباب الشخصية للصراع للمدير الأردني في المستشفيات لها علاقة أكبر من الناحية التنظيمية في الصراع.
3. يستخدم مديرو مستشفيات القطاعين العام والخاص في الأردن أساليب إدارة الصراع (أسلوب التعاون، الحل الوسط، التجنب، التنازل، التنافس) في إدارة الصراع الوظيفي.
4. يوجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين أساليب إدارة الصراع التنظيمي التي يستخدمها المديرون في مستشفيات القطاع العام وتلك التي يستخدمها المديرون في مستشفيات القطاع الخاص في الأردن، وتمثل هذه الفروقات لصالح القطاع الخاص.
5. هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية في مدى فاعلية أساليب إدارة الصراع التنظيمي من قبل المديرين في مستشفيات القطاعين العام والخاص.

6. لا يوجد أثر للخبرة على أساليب إدارة الصراع التنظيمي المستخدمة من قبل المديرين بينما يوجد أثر لكل من العمر، المؤهل العلمي، عدد العاملين.

7. توجد علاقة طردية بين درجة الرضا الوظيفي وفاعلية إدارة الصراع التنظيمي في المستشفيات وتعتبر هذه العلاقة ضعيفة.

هو موضوع يتناول الصراع التنظيمي بتفاصيله، كمحور من محاور المواضيع التنظيمية التي أشرنا إليها. أما دراستنا لم تركز فقط على جانب الصراع التنظيمي وتكلمت عن الخلل التنظيمي الناتج عن البيئة التنظيمية وطريقة التسيير فيما يخص أهداف التغييرات وكذا الخلل الناتج عن التفاعل مع البيئة الخارجية ودورها كعنصر من عناصر حداثة المجتمعات.

3- أطروحة دكتوراه بعنوان : تقويم فعالية استراتيجيات ونماذج ادارة التغيير لبعض المنشآت الصناعية والخدمية السودانية ، سنة 2009 ، للسيدة سلمى سيد أحمد عبد الرحيم¹ الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على مقدرة المنشآت على ادارة التغيير من حيث اختيار الاستراتيجيات والمداخل والنماذج المناسبة وتحديد معوقات التغيير في المنشآت السودانية من خلال الاشكالية التالية:

هل يتم التغيير الذي يحدث في منشآت الأعمال السودانية بناء على استراتيجيات مداخل ونماذج ادارة التغيير ويتفرع عن هذا السؤال الأسئلة التالية:

- كيف يتم التخطيط والتنظيم للتغيير؟
- ما هي أكثر التعقيدات حدوثا، وهل تختلف طبيعة التغييرات باختلاف نوع القطاع أو مجال عمل المنشأة؟

مجتمع البحث: منظمات العمل السودانية في القطاعين الخدماتي والصناعي وتتكون وحدة التحليل من المديرين في الادارات العليا والوسطى في تلك المنشآت.

نتائج الدراسة:

العوامل الخارجية هي أكثر الدوافع للتغيير وأثرت على العوامل التحولية منها القيادة والثقافة المنشأة، ومن بين هذه العوامل: الأساليب، الهيئة، التكنولوجيا، زيادة حدة المنافسة واستخدام المدخل

¹ سلمى، سيد أحمد عبد الرحيم. "تقويم فعالية استراتيجيات ونماذج ادارة التغيير لبعض المنشآت الصناعية والخدمية السودانية". أطروحة دكتوراه. جامعة الخرطوم. السودان. 2008.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

التكنولوجي ومدخل الهيكل التنظيمي للتكيف مع هذه التغيرات وهذا التكيف هو مرتبط بنوعية القطاع وعدد العاملين به، وبأن أسباب مقاومة التغيير تعود إلى ضعف الاتصال والتنسيق بين أطراف التغيير وبأن الإدارة العليا تقوم بتشخيص المشاكل وتعريفها وتحليلها وتحديد البدائل، أما أسباب فشل تنفيذه فتعود إلى أسباب تتعلق بإدارة المنشآت وبالأفراد وبثقافة المنشأة.

قدمت الدراسة توصية وهي ضرورة الاعتماد على نماذج واضحة ومحددة تشرح كيفية أحداث التغيير وأن تستعين بجهات خارجية لإعداد التغيير لما يحملونه من رؤى جديدة ومعارف تهتم بتوفير المعرفة على أدبيات التغيير، وذلك من خلال تبني الدورات التدريبية من ذوي الاختصاص وبالقيام بدراسات عن أثر الثقافة القومية في رسم ملامح قيادة التغيير والقيام بدراسة عن دور الرقابة على نتائج التغيير.

تشارك مع دراستنا في أنها تتناول موضوع التغيير، مقاومة التغيير، مع اختلاف دراستنا عنه في المؤسسة محل الدراسة، إذ أن التنظيمات الاستشفائية تتميز بالتعدد البنائي وازدواجية السلطة بالإضافة إلى تعدد أدوارها في ظل التغيرات الحالية.

ثانيا: الدراسات الجزائرية:

1-رسالة دكتوراه بعنوان: " الصراع التنظيمي وفعالية التسيير الإداري " دراسة حالة الجماعات المحلية بولاية الجزائر، 2004-2005، من اعداد الأستاذ ناصر قاسيمي¹:
الاشكالية:

- ما هي عوامل الصراع داخل التنظيم الإداري الجزائري؟
 - كيف يؤثر الصراع في فعالية التسيير؟
- فرضيات الدراسة:
- الفرضية الأولى: تسهم بعض أنماط السلوك الرسمية وغير الرسمية في إثارة مظاهر الصراع داخل التنظيم والتأثير في فعالية التسيير.
- الفرضية الثانية: كلما ابتعدت الإدارة عن الاستماع للموظفين وإشراكهم في اتخاذ القرارات والاستفادة منها كلما أدى إلى إثارة مظاهر الصراع.

¹ ناصر، قاسيمي. سوسيولوجيا المنظمات: دراسات نظرية وتطبيقية. ط1. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2014.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

الفرضية الثالثة: كلما تجانست الخصائص الشخصية والاجتماعية للموظفين تراجع الصراع والتعاون التنظيمي.

المنهج المستعمل: دراسة حالة

نتائج الدراسة: النظام الإداري الجزائري هو نظام مغلق على البيئة الخارجية ومغلق داخليا من خلال تهميش فئات عينة وعدم استشارتها، ومن خصائصها: السرية وكثرة الاجراءات وتعقدها وكثرة الدرجات السلمية لدرجة لا تعرف المسؤول عن هذه المهام أو تلك والاهتمام بتطبيق حرفية القوانين ونسيان تحقيق الفعالية وتحويل أهداف التنظيم إلى أهداف خاصة، زيادة على ما يتولد من النسق التنظيمي من أشكال خاصة من العلاقات ينعكس كل ذلك في احدى العمليات داخل التنظيم وهي التوجه نحو الصراع.

تشارك من ناحية الموضوع في تناول النظام الجزائري وأنماط السلوك الرسمية وغير الرسمية، هذه الدراسة تتناول خاصة الصراع التنظيمي إسقاط تأثير البيئة "كالعصب الخلدونية" على أنماط السلوكات، بينما دراستنا تتناول عدة جوانب من البيئة التنظيمية والوقوف على شروط العلاج، مسار المريض، طبيعة العلاقة بين المريض والمؤسسة وكل المشاكل التنظيمية والمشاكل التي يرى مستخدمو الصحة أنها تؤثر على فعالية العلاج.

2- أطروحة دكتوراه مقدمة من طرف الدكتورة رحيمة ميلود حوالف حول: تطبيق ادارة الجودة الشاملة "دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى"، المنظمة العربية للتنمية الادارية بجامعة الدول العربية، 2015:1

تناولت دراستها التطبيقية بالمستشفى الجامعي تلمسان، تناولت موضوعها انطلاقا من اعتبار القطاع الصحي من أكثر القطاعات العمومية حساسية و أهمية باعتباره يمس كل الطبقات بمختلف شرائحها ودخول الجزائر مرحلة اقتصاد السوق ما يحتم عليها اتباع تقنيات هذا الاقتصاد، حيث أصبح ملف الصحة من الملفات المهمة للمقررين في الدولة ، فلم تعد تستطيع تمويل وتقديم الدعم المادي له ولا هي قادرة على سحب بساط المجانية الذي هو شعار تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية، بالإضافة إلى الوضعية الصحية المتدهورة منها النسبة العالية لأمراض السرطان والقلب

¹ رحيمة، ميلود حوالف. "تطبيق ادارة الجودة الشاملة:دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى بالمستشفى الجامعي تلمسان". أطروحة دكتوراه. جامعة الدول العربية. القاهرة. 2016.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

والسكري، بالإضافة إلى أنه في ظل الظروف الراهنة التي يشهدها العالم أصبحت الجودة أكثر القضايا الحاحاً أمام كل مؤسسة صناعية كانت أو ربحية لتنجح ولتلي حاجيات الناس وتوقعاتهم خاصة بعد تطبيق لاتفاق التجارة العالمية وأصبحت الجودة إحدى أهم مبادئ الإدارة في الوقت الحاضر.

اشكالية البحث: تتمثل في:

هل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل وجود نقائص تتمثل في الضغوط التنظيمية؟

ومن خلال هذا العمل تريد الباحثة من خلاله المساهمة في التفكير والنقاش حول الاختلالات التنظيمية لهذا المكان المختص بالعلاج من خلال الأسئلة التالية:

- ماهي وضعية الخدمات الصحية في المستشفيات؟
- هل الخدمات المقدمة حالياً في المستشفيات الجزائية تتضمن الجودة؟
- مانوع الضغوط التنظيمية التي تعرقل مسار تطبيق إدارة الجودة الشاملة؟
- هل الخطط المطبقة حالياً في المستشفى الجامعي بتلمسان تؤدي إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة؟

- هل توجد أسباب تحفز وزارة الصحة والسكان لتطبيق عوامل إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة؟

- ما موقف الأطباء من نوعية الخدمات المقدمة وما هي توجهاتها المستقبلية؟
 - ما هي الإدراكات الحسية للمستفيدين من الصحة من جراء مستوى الخدمات الصحية المقدمة؟
- فرضيات البحث:

1. انعدام إدارة الجودة في المستشفى الجامعي بتلمسان أدى إلى ظهور سلبيات تسببت في خلق انحرافات ونفترض أن زوال هذه الانحرافات تتطلب تحضير المستشفى لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.
2. اختبار موقف الأطباء والمرضى من مستوى الخدمة المقدمة من المستشفى واختيار نظرية السلوك المخطط كأسلوب لتحقيق هذه الغاية.

استخدمت المنهج الوصفي التحليلي ومنهج الاستقصاء.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

تطرت في دراستها إلى تطور الأنظمة الصحية والاستشفائية وكيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات وواقع المستشفيات الجزائرية، وكذا العراقيل الإدارية والتنظيمية وعلاقتها بإدارة الجودة الشاملة وكذا تحليل مواقف الأطباء والمرضى فيما يخص إدارة الجودة الشاملة.

نتائج الدراسة:

- انعدام إدارة الجودة في المستشفى و أهمية نظرية السلوك المخطط لـ "Ajzen" في تفسير إدارة الجودة الشاملة بين الأطباء واستحسان تطبيقها بين المرضى وبينت الدراسة أن المعيار الاجتماعي يلعب دورا في تكوين القصد نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة مستقبلا وأهمية هذا المعيار في التأثير على المحيط العام ويعود هذا التأثير لخصوصية المجتمع الجزائري لارتباطه العميق بثوابت الأمة ويعتبر أن مؤسسات الدولة لا بد من الحفاظ عليها وترقيتها ، كما أن الأسرة تلعب دورا جبارا في ترسيخ هذه الأخلاقيات ويبقى الفرد مرتبطا بالأسرة لفترة طويلة مما يحتم وجود تأثير على مواقفه .

- إن عدم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يفسر من خلال الانسياق، بحيث ينساق موظفوالمستشفى من كل الفئات نحو ما يطبق عموما ولا يمكن للطبيب تغيير الوضع الحالي، كما أن هذه الفرضية تفسر ضغوط الإدارة التي تؤثر على السلوك العام، وأيضا لحساسية الفرد للجماعة وبجته المتواصل لتحسين صورته أمام الإدارة العامة ،و هو في بحث للحصول على التكامل لضمان أمنه داخل المجموعة التي ينتمي اليها وكذا الخوف من الرفض ،خصوصا أن المسؤولين يحافظون على نوع الإدارة التقليدية خوفا من التغيير وبالتالي يؤثر سلبا على نية استخدام إدارة الجودة الشاملة.

كما قدمت الباحثة جملة من التوصيات المتمثلة في:

- اعداد برامج خاصة من طرف خبراء الجودة في المجال الصحي.
- وضع نظام تحفيز ووضع معايير واضحة لاختيار البرامج والقيادات وإنشاء جهاز للجودة للمستشفيات يمثل كامل المستشفيات وتمثيل كافة الفئات.
- تأسيس مركز للمعلومات مدعوم بصناديق الشكوى والاقتراحات.
- ضرورة اتباع الجودة الشاملة الذي يمثل مجالا خصبا للدراسات المستقبلية ومراعاة التحولات الديمغرافية التي تستدعي إعادة النظر دراسة المنظومة الصحية والخريطة الصحية والإنقاص من الفوارق الصحية وضمان عدم تبذير الموارد.

تناولت نفس الطبيعة التنظيمية وهي المؤسسات الصحية كمحل للدراسة لتقف على جانب من الجوانب الأساسية التي تناولناها في الدراسة المتعلقة بنوعية العلاج، كما تناولنا هذا الموضوع من ناحية تشخيص للأسباب ودراسة العلاقات ومدى تكيفها مع عصنة الادارة وما تشكله من عوائق تحد من الوصول إلى نوعية العلاج في الوقت الحالي والوصول إلى قرارات عقلانية.

ثالثا: المقالات من خلال دراسات ميدانية:

1-دراسة قام بها الأستاذان : عدمان مريزق و عدمان محمد و عنوان المداخلة: التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجاً-¹ الاشكالية: التي قدمها الباحثان تتمثل في العناصر التالية:

باعتبار المؤسسة الصحية- كغيرها من المؤسسات- تنشط في بيئة حركية الأمر، الذي يستدعي توفر إدارة عملية إبداعية تتفق والمتغيرات السكانية المتوقعة كما ونوعا وتتلاءم مع المستجدات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والصحية وتستطيع مواجهة التحديات المنتظرة.وتتطلبمواجهة التحديات الآنية والمستقبلية تحولات مدروسة في كيفية إدارة المؤسسات الصحية، مما يستوجب عليها تبني توجهات حديثة تعتبر كمداخل للتغيير؛ كالإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة، بهدف تحسين الخدمة الصحية بشكل يتصف بالتميز. كما أن المؤسسة الصحية اليوم بحاجة ماسة إلى إعادة هندسة تمكّنها من مواكبة المتغيرات والتكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة.

ولقد فرضت التحديات الاقتصادية، الثقافية، الاجتماعية والصحية على المنظومة العمومية للصحة بالجزائر اللجوء إلى استراتيجيات التغيير والتطوير الفعال، لجعل الأهداف والبناء التنظيمي وأساليب الإدارة والتشغيل والعاملين فيها في حالة انسجام وتقبل لعوامل التغيير المتسارعة، فعملت السلطات المعنية على البحث عن الحل المناسب كبديل لتنظيم القطاع الصحي والذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارج الاستشفائية، حيث

¹ مريزق،عدمان و محمد عدمان.التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجاً.ورقة مقدمة الى الملتقى الدولي حولالإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية. 18 و 19 ماي 2011، البليدة.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

يتمثل الهدف الجوهرى من التغيير فى تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الاستشفائية فى المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.

إذن يتساءل الباحثان:

- ما هو مضمون التغيير على مستوى المؤسسات الصحية بالجزائر؟
وتفرع عن السؤال أعلاه جملة من الأسئلة:

- ما هي خلفيات وأهداف التغيير على مستوى المؤسسات الصحية بالجزائر؟

- ما هي الإجراءات المصاحبة للتغيير على مستوى المؤسسات الصحية بالجزائر؟

تطرق البحث لدوافع التغيير فى المؤسسات الصحية، ثم لجملة من النقاط منها ضرورة التغيير فى المؤسسات الصحية، ميادين التغيير وأنواعه فى المؤسسات الصحية، إدارة التغيير فى المؤسسات الصحية، استراتيجيات التغيير، معوقات تنفيذ التغيير، على النحو التالى:

أ- دوافع التغيير فى المؤسسات الصحية

أ-1- تدنى المستوى الخدماتي للمنظمة الصحية: تشهد المؤسسات الصحية الكثير من الانتقاد وعدم الرضا من طرف العامة والخاصة، من حيث نوعية الخدمة أو حتى فى ظل الظروف التي يعمل فيها الموظفون، حيث يلاحظ أن مشاكل المؤسسات الصحية أنها متشعبة جدا، من ناحية سوء الاستقبال الذي يؤثر سلبا على صورة المؤسسة وهذا ما يدفع المريض للتوجه إلى القطاع الخاص، بالإضافة إلى سوء التغطية الصحية (من حيث الأكل، النظافة، تعطل الأجهزة الطبية، قلة الاختصاصيين الذين يغادرون إلى القطاع الخاص بسبب قلة المداخل...). ويمكن حصر هذه النتائج فيما يلي:

أ-2- صعوبة الظروف العملية: إذا ما تم التدقيق مليا فى النتائج الوخيمة التي آلت إليها المؤسسات الصحية، يمكن تصنيف أهم الأسباب التي أنتجت هذا الفشل إلى:

- عدم التحفيز وعدم تقدير كل واحد من أفراد المؤسسة، فالموظف مهما كان تصنيفه ودرجته السلمية بحاجة إلى اعتراف.

- غياب المشاركة فى اتخاذ القرارات التي تهم موظفي المؤسسة.

- غياب متابعة للقدرات والفعاليات الفردية والجماعية.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

- غياب ثقافة المؤسسة أو عدم توافق نظام القيم، مع عدم وجود ثقة متبادلة بين المسؤول ومؤسسته المستقبلية.

- الأجهزة التنفيذية أصبحت جامدة وغير قادرة على تلبية المطالب التي اتسع حجمها وتغيير جوهر احتياجاتها.

ب- ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية: تواجه المؤسسات الصحية تحد كبير مع المحيط الخارجي من تطور تكنولوجي إدراك المريض لحقوقه، قلة الموارد، كل هذا يجعل المؤسسة الصحية ملزمة بتغيير نمط تسييرها حتى تسترجع مصداقيتها أولاً، وتواجه منافسيها ثانياً، وتكون قادرة على مسايرة الأوضاع لتجد لها مكاناً يؤهلها للبقاء والنمو.

ب-1- التغيير ضروري لنمو وتحسين خدمات المؤسسات الصحية: تعاني المؤسسات الصحية من رداءة وضعف خدماتها، ولهذا فالتغيير من شأنه أن يخلف نمواً وتطوراً فيها، هذا النمو يتمثل في:

- خلق الفعالية، ومضاعفة الخدمة العامة.

- تسهيل وسائل الاتصال بين المسؤول والموظف وجعل العلاقة أكثر مرونة.
- تعميم التكوين على كافة الموظفين لمسايرة ما يجري في المحيط الخارجي.
- وضع إجراءات عمل سهلة، مفهومة من طرف الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين الموظفين (إداريين، تقنيين، أطباء، شبه أطباء) بحيث تكون هناك لغة مشتركة توضح أهداف المؤسسة.
- تحسين نوعية وجودة الخدمات الصحية (الاستقبال، التغذية...).
- البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء.

- تحفيز الموظف واستشارته في قرارات المؤسسة يجعله أكثر ثقة في مسؤوليه مما يدفعه للعمل أكثر.

ب-2- التغيير كضرورة لمسايرة التطورات: أحدثت التطورات السريعة في العلوم والتكنولوجيا حقائق جديدة، في حين أن المؤسسات الاجتماعية لا تجاري هذا التطور. وبسبب جهود المؤسسة العمومية للصحة من جهة، وتغيير الأوضاع وأساليب العمل الحديثة، وكذلك ظهور ما يسمى بالخصوصية كان لزاماً على المؤسسة الصحية أن تدرك هذه الضرورة في تغيير مسارها الحالي، عن طريق التفكير في تطوير ونمو القدرات التي تتطلب العمل على تغيير المؤسسة نحو ما يسميه المختصون بالتنظيم المتمرن أين تصبح فكرة التغيير ضرورية وهاجساً للجميع، حيث تتمركز شيئاً فشيئاً في الفكر، السلوك والمعاملة، لتأخذ معها مراجعة دائمة للسياسات المعتمدة في تسيير المؤسسة.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

- تعرض الباحثان أيضا إلى معوقات عمل التغيير التنظيمي بالمؤسسات الصحية والتي تتمثل في:
- طبيعة مهام الرعاية الطبية: يمتاز العمل داخل المنظمة الصحية بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، حيث إن الأمر يتعلق بأثمن ما في الوجود وهو صحة الإنسان، وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض أو يؤدي إلى عجز دائم.
 - طبيعة العناصر البشرية العاملة في منظمات الرعاية الصحية: يحكم أداء المهنيين الصحيين العاملين في المنظمة وخاصة الأطباء مبادئ وأخلاقيات قوية، كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم وعلى ذلك، فإن أي عمل يتضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن ينتج عنه رفض أو انتقاد أعضاء المهنة.
 - طبيعة البناء التنظيمي للمؤسسات الصحية: يتميز البناء التنظيمي في المؤسسات بالتعقيد وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة وما يتصف به من تعدد الأقطاب، حيث في التغيير التعديلي والتكيفي لا بد من التركيز على الأفراد الرئيسيين في المنظمة وحقيقة الأمر أن الكثير من الأفراد ممن هم خارج نقاط السلطة الرسمية يمتلكون قدرا كبيرا من القوة والقدرة على التأثير مثل الأطباء، حيث إن الفشل في استشارة هؤلاء منذ البداية يمكن أن يفشل أو يعرقل جهود التغيير.
 - طبيعة تعليم وتدريب المهنيين الصحيين: تركز على الاستقلالية والفردية في اتخاذ القرارات، مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الأساليب التعاونية والتي تقوم على المشاركة والتي تميز جهود التغيير المخططة، فالمؤسسات الصحية لا تتوفر لديها الخبرة الكافية فيما يتعلق بالتعاون والمشاركة في حل مشاكلها.
 - طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم: أو ما يعرف بالنموذج الطبي والذي يتعارض مع معظم التغييرات التعديلية والتكيفية، حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل في العلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر، وهذا يتعارض بشكل كامل مع منهج التطوير التنظيمي الذي يتبعه مستشارو التطوير التنظيمي حيث يحاول العمل على حل المشاكل بالتشاور الكامل مع المعنيين الرئيسيين في المنظمة، وبالتالي فإن فشل استشاري التطوير التنظيمي للاستجابة لخصوصية التطوير النموذج الطبي وتوقعاته يقلل من مصداقية أخصائي التطوير التنظيمي من جهة نظر هؤلاء المهنيين الصحيين.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

- تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية: حيث تضع منظمات الرعاية الصحية أهمية واهتماما كبيرا لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج مما يجعل من الصعب عليها تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية وخاصة المستهلكة لخدمات المنظمة الصحية مثل شركات التأمين والضمان الصحي.

ومن نتائج دراسته:

- يعتبر التغيير التنظيمي المفتاح الأساسي لنجاح المؤسسات وتميزها تنافسيا في ظل الظروف الحركية التي يشهدها العالم.
- يتوقف نجاح التغيير على الفهم العميق لجوانبه المختلفة وأهدافه واقتناع الأفراد به ومشاركتهم فيه، حيث تلعب إدارة التغيير دورا فعالا في الحد من مقاومة التغيير والعمل على الاستفادة منها بشكل يساعدها على تعديل برامج التغيير وزيادة فعاليتها.
- ترجع أهم أسباب نجاح عملية التغيير في المؤسسة الصحية إلى توفر مدير صحي يتمتع بمجموعة من المهارات الأساسية التي تمكنه من اختيار الاستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير في منظمته، وكذا مواجهة الصعوبات التي تحول دون تطبيق التغيير في المؤسسة الصحية.
- التغيير التنظيمي في المنظومة العمومية بالجزائر لم يصل إلى تحقيق هدف تطبيق العدالة في توزيع الموارد المالية والبشرية والوسائل المادية على المستوى الجهوي والوطني.
- خفف ظهور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الاستشفائية من حدة المشاكل التي كانت تعاني منها المنظومة العمومية للصحة، إلا أن هذه المشاكل لم تحل بصفة نهائية؛ فما زالت المنظومة العمومية للصحة تعاني من عدم التوازن في توزيع مؤسساتها بين جهات الوطن وكذا ظهور مشكل عدم الكفاءة في التسيير الناتج عن ترؤس المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من طرف أطباء ليس لديهم الخبرة والدراية بميدان التسيير.
- على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إعادة النظر في توزيع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية للتحكم في زمام الأمور وتحقيق التسيير الفعال لها والإصغاء إلى الشكاوى المقدمة من موظفي المؤسسات العمومية للصحة والعمل على إيجاد الحلول المرضية، وتدارك الغلطات في أسرع وقت ممكن.
- العمل على مراجعة برنامج التكوين وتكييفها خاصة في مجال التسيير، وتقنيات الاتصال لتمكين

مدراء المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالتحكم في زمام الأمور، وتحقيق التسيير الفعال بها.

- إعطاء امتيازات أكثر للموظفين الصحيين من أجل العمل في المناطق الداخلية والخارجية للوطن.

2-دراسة حول تسيير الموارد البشرية بين العراقيل وشروط العصرية "دراسة حالة بالمستشفى الجامعي تيزي وزو ، مقدمة من طرفليلي ملبوسي وحكيمة سوكي وآخرون:¹

وهي تتكلم عن سياق المؤسسة العمومية وقواعدها التي تقوم على ضمان الاستقرار والعدالة والمساواة وبين مقارنة المناجنت التسيير الحديث والتي من قواعدها الأساسية الفاعلية والمردودية والتنافسية، وعدة دراسات توصلت إلى الحل والمتمثل في اعطاء اعتبار وتثمين المورد البشري.

إن المؤسسات الصحية ومن خلال عدة دراسات، منها دراسة "Mintzberg" سنة 1982 أثبت بأن هذا النوع من التنظيمات يمر بأزمات هيكلية وتنظيمية ولا بد من الاعتماد على الموارد البشرية لحل هذه الأزمات، وواقعيا فإن تسيير المستخدمين لدى أغلب المؤسسات يعتبر عبارة عن نشاطات ادارية روتينية بيروقراطية، وفي هذا السياق يطرح الباحثون اشكالياتهم التالية:

-هل عصرية تسيير المستخدمين قابلة للتحقيق؟ وهل يمكن أن نصل إلى فكرة تسيير الموارد البشرية؟ الهدف من الدراسة ليس انشاء نماذج لعصرية الموارد البشرية ولكن لتقديم تحليل عن الواقع لأجل إيجاد الطرق الجيدة لإقامة التغييرات التنظيمية، ولهذا فإن الدراسة تعتمد على الطابع التنظيمي والثقافي بشرح واقع تسيير المستشفى الجامعي بتيزي وزو.

ومنهج العمل انطلاقا من أدبيات حول تسيير الموارد البشرية ومقارنتها وامكانية التغيير خلال مراحل التسيير من التوظيف، التكوين، التحويل والتكوين ومعرفة مدى تطبيق هذه القواعد انطلاقا من الملاحظة البسيطة والملاحظة بالمشاركة والمقابلات مع الموظفين والتحقيقات النوعية.

إن تسيير الموارد البشرية هي وظيفة لها تحديات عديدة وأساسية في حياة المستشفى فعليها أن توازن بين أرباح المصلحة وبين المؤسسة وبين أرباح المستخدمين وأرباح المتفعين من الخدمة.

وبالاعتماد على نظرية "فاير" و "مينزبرغ" والذان يعتبران الجانب الهيكلي والثقافي للمنظمة من أهم المؤشرات لكل محاولة تغيير.

الدراسة تبين أن المستشفى هو تنظيم بيروقراطي حسب نموذج فيبر به هيمنة القواعد والإجراءات والاعتماد على الاجراءات الشكلية ،ولكن أيضا داخل التنظيمات الاستشفائية توجد بقوة

¹Leila, Melbouci; et Farida, Boughanem. et autres. « La gestion de la Ressource Humaine Hospitalière cas du CHU de Tizi-Ouzou ». Les cahiers du Cread , 111(2015) :PP.127-160.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

العلاقات غير الرسمية و اتجاه الأفراد إلى تطبيق الاجراءات بدلا من البحث على النتيجة، عكس نموذج فير الذي يظن أن النموذج صالح لكل التنظيمات، و"مينزبرغ" يقول أن هناك تنظيمات تتأقلم مع هذه القواعد أكثر من أخرى ولهذا يقترح توليفة خاصة بهذه المنظمات والتي من ضمنها البيروقراطية المهنية التي تستعمل لوصف المستشفيات والتي بقيت لوقت طويل كأداة لتحليل المستشفيات واعتمادا على هذه المقاربة، المستخدمون مقسمون إلى مهنيين وغير مهنيين وهذا التقسيم لا يعبر عن الحقيقة الكاملة للمستشفيات، فالمهنيون مقسمون بين الأطباء وشبه طبيين وغير المهنيين مقسمون إلى المهنيين ونصف مهنيين وغير المهنيين مقسمون إلى إداريين وتقنيين، وتصريف هذه الازدواجية وتواجد خطين من التسلسل الإداري يجعل من الصعب ملاحظة النشاط الاستشفائي خصوصا مع تعدد الانتماءات بمختلف مشروعاتها. ومن أجل مواجهة هذه الثنائية، فإن الدول المتقدمة شرعوا في انشاء مراكز مسؤولية تجمع الأطراف حول أهداف معينة وتقريب وجهات النظر وضمان المرونة والاستقلالية.

نتائج الدراسة:

- الوظيفة العمومية التي تبنت ولوقت طويل تسيير مركز وإداري بحث بتطبيق الصارم للمعايير والإجراءات وجعل المسيرين يتبعون هذه الإجراءات مما أضاف جمودا.
- تعدد القوانين المسيرة للأسلاك المهنية التي أثرت على ثقافة الأفراد وتفضيل فكرة الرتبة والأقدمية في التسيير وحتى القوانين الجديدة المتعلقة بالأسلاك منها التي صدرت سنة 2008، لم تغير في أطر التسيير.
- تقدير الاحتياجات لا يتم دائما وبعض المناصب مشغولة من أشخاص غير أكفاء، الأمر الذي يؤدي إلى عدم التوازن.
- سوء تخطيط الموارد البشرية وأدوات التسيير التوقعي لمناصب العمل والكفاءات مستعملة بصفة نادرة والنتيجة تولي المناصب من طرف كفاءات غير مؤهلة.
- تداخل الصلاحيات والبحث عن المعلومة يؤدي إلى ضغط على العمل.
- صعوبة التنسيق بين الأسلاك المهنية والإدارية.
- الصعوبات المالية من جهة وفرض العقلانية من جهة أخرى.
- الترقية مبنية على الأقدمية على حساب الكفاءة والنتائج.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

- وجود قوي لتقسيم المهام من النوع التaylorي، فهو يعاني من الانغلاق الهرمي والاتصال الأفقي صعب.
- روح المبادرة قليلة والتهرب من المسؤولية قوية.
- سوء استغلال التنسيق بين البيروقراطية المهنية وعدم فعاليتها، حيث "مينزبرغ" أشار إلى أنه بالنظر إلى تعقيد التنظيم الاستشفائي، فلا يمكنها السير وفقا للإشراف المباشر ولا من خلال نماذج (standardization) الكلاسيكية في العمل، ولهذا لا بد من الاتفاق المشترك وحتى هذا المنطق غير موجود.
- المؤسسة مركزية جدا ولها تتبع للسلم الإداري بقوة.
- المعلومات محددة بدون وجود تبادل بين الفاعلين فالمستشفى، يفقد الكثير من المعلومات وتشويهها وتخلق انزعاجا وجعراعات.
- لا يوجد تفويض للسلطة ولا وسائل الاتصال الحديثة منها حلقات التأهيل وكل القرارات الاستراتيجية والتكتيكية هي ملك الإدارة.
- عدم تطبيق الإدارة بالأهداف.
- الصراع بين منطق الفاعلين ومنطق الحرفة أو المهنة.
- حجم المؤسسة وكبرها يشكل عائقا.
- يعاني المرضى من غموض المهام الموكلة لهم على عكس الإداريين والأطباء.
- القلق مصدره الضغط في العمل وتراكم الأعمال.
- شروط العمل المادية غير مريحة.
- نسبة التغيب لا يمكن تقديرها فهي غامضة وكذلك أغلب الغيابات لا يتم الإبلاغ عنها.
- المستشفى عبارة عن مجموعات تلتقي حول منافعها ومصالحها الخاصة، منها: التفاهم، علاقات القرابة، تبادل المصالح، والتي تشكل تنظيما غير رسميا.
- إن مجمل هذه المداخلات توجه الاهتمام مثل ما أشرنا إليه في دراستنا عن الخصوصية التنظيمية للمؤسسات الصحية مع بعض الاختلافات في مهام المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الاستشفائية وعلى مميزات النظام الصحي الجزائري، بالإضافة إلى أهمية تسيير الموارد البشرية في تحقيق عصرنة حقيقية والمشاكل الميدانية التي تجعل تحقيقها أمرا صعبا.

8.1.1 المقاربة السوسولوجية:

لمعالجة موضوع دراستنا فإننا اعتمدنا على أهم النظريات التي تحقق انسجام مع الموضوع، بما أننا سنتناول عدة أوجه سواء ضمن البيئة الداخلية والخارجية وعدة فاعلين بالتنظيم ودراسة مختلف التفاعلات، فاعتمدنا في دراستنا على نظرية الأنساق، التي تمثل اتجاهها قويا لأنها تضع تفسيرات للقضايا العامة في مجال العلوم الاجتماعية، والتي طبقت على التنظيمات من طرف مفكرين كتالكوت بارسونس بوصفه المؤسسة نسقا اجتماعيا يتألف من أنساق فرعية مختلفة كالجماعات والأقسام والإدارة. ويعرف النسق بأنه " مجموعة من العناصر المترابطة، والمتكاملة والتي تعتمد في وجودها على بعضها البعض، والتي تكون وحدة مركبة تتفاعل مع البيئة المحيطة بها"¹.

وتتأثر الأنساق فيما بينها، وتتفاعل مكونة عادات و ثقافة معينة في مواجهة مشكل معين، فالنقطة التي تهمنا، والتي تركز عليها نظرية الأنساق هي تبادل وتفاعل مكونات الأنساق والتي يجب أن تكون مفتوحة أي في تفاعل مستمر، تعمل من خلال طاقة لها حدود واضحة، لها تنظيم الضبط الاجتماعي، ووجود الاتصال والتوافق من أجل نموها، واستمرارها لأداء وظائفها المختلفة²، باعتبار أن المؤسسة الصحية هي نسقا مفتوحا على المحيط وعلى التفاعلات بين الأفراد وبين المحيط بمختلف هيئاته و ثقافته و تقاليده، بالإضافة إلى اعتبار الدور الذي يلعبه المريض في المجتمع و التي تركز على سلوك المريض وعلى الأهمية الاجتماعية لدور المريض.

بهذه المقاربة نتعمق في التفاعل ومدى تأثير سلوك المرضى وسلوك المعالج على النجاح هذه العلاقة واعتمدنا أيضا على النظرية البنائية الوظيفية:

- نظرا لتمييزها بخصائص نوعية ، لها أبعادها التحليلية والتصورية القادرة على تفسير طبيعة التداخل بين التنظيمات ، من خلال أعمال "بارسونز" و "ميرتون" و "جولدنر" بإقامتهم أداة تصورية هامة تمثلت في التوازن الديناميكي للأنساق واعتبروا أن هذا التوازن يجد ذاته يجابه كل التهديدات التي تعترضه، واعتبر أن التنظيم هونسق مفتوح يتفاعل مع البيئة باستمرار على اعتبارها مصدرا للموارد التي يحتاجها التنظيم لأداء وظائفه ، كما ينطلق هذا الاتجاه من اعتقاد أن النسق الاجتماعي له

¹ عبد الحميد، عطية و سلمى محمود جمعة. النظرية والممارسة. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2001، ص14.

² المرجع نفسه، ص 80.

احتياجاته الجوهرية التي يقوم بإشباعها حتى يستمر ويحافظ على كيانه في انسجام و توازن على الدوام ، كما لا نهمل العلاقات غير الرسمية التي لها أهمية في اتجاهات الأفراد ومشاعرهم.¹

- كما اعتمدنا على التحليل الاستراتيجي "لميشال كروزي" لفهم السلوكيات والأفعال الرمزية التي ينتجها الفاعلون في إطار نظرية الفاعل ودوره في تحريك أمور وإنشاء علاقات تفاوضية وباعتبار التنظيم عملية متشابكة مترابطة بين مدخلات ومخرجات، والفاعلون بما لديهم من خبرات وثقافات حول وضعيات العمل فإنهم دوماً ينتجون أفعالا يستطيعون بها تحليل الأمور.

2.1 منهج البحث وتقنيات جمع البيانات

ستكلم من خلال هذا المحور على المناهج المستعملة وكذا الأدوات المنهجية لتحقيق الدراسة.

1.2.1 المناهج المستعملة للدراسة

إن دراستنا تعتمد على محاور وزوايا متعددة، فمن جهة سوف نقوم بدراسة حول المريض ومدى تطور حقوقه ووضعيته انطلاقاً من تقييم للواقع ومقارنته بالمواثيق والقوانين التي تنص على حقوقه وعلى قواعد الأنسنة، وكل ما يتعلق بتحسين التكفل به من جهة أخرى ندرس العلاقة بينه وبين المعالجين والعوامل المؤثرة فيها.

كما أن دراستنا تطمح إلى معرفة تفاصيل ومصادر المشاكل التي يعانيها العامل والمسير ورئيس المصلحة وكل فرد بالمؤسسة، بالاطلاع على تجارب وخبرات رؤساء المصالح والمسير بإعطاء أمثلة واقعية ومعلومات من خلال تفاعلهم مع عملية التغيير، وبالتالي الوقوف على العراقيل وأسباب مقاومة التغيير وسلوكات الأفراد خلال الحلقة المفرغة وخلال سلسلة العلاج، ما الذي يؤثر فيهم سواء في الجانب العلاقي أو التنظيمي وكذا المشاكل التي تعترض تنفيذ القرارات، وخاصة أن القرارات والمشاكل تتداخل فيما بينها، ولذلك فإنه يصعب الوصول إلى نتيجة معتبرة دون التنويع في أدوات البحث والإلمام بالجانب الكيفي والوصفي الذي يعطي الحرية للمبحوثين والملاحظة في فترات زمنية تعطي لنا فكرة عن سلوكات الأفراد وتفاعلهم مع التغييرات المقامة، ولهذه الأسباب استعملنا المناهج التالية:

¹ رابح، كعباش. علم اجتماع التنظيم. الجزائر: مخبر علم الاجتماع الاتصال للبحث والترجمة، 2006، ص 157.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

1- المنهج الوصفي: من أجل وصف وتحديد خصائص الظاهرة وصفا كميا وكيفيا ودراسة الأسباب المؤدية للظاهرة المدروسة ومن أجل تحليل وتمييز الأولويات، استخدمناه لما له من أهمية كبيرة في مساهمة مختلف التغيرات والتطورات في تعاقبها المكانية والزمانية ومعرفة جوانب الظاهرة ولوصف كافة الأحداث والصفات التي يتحلى بها الأفراد خلال هذه الأحداث.

2- دراسة الحالة : الميزة التي يقدمها لنا في البحث هو الكشف عن الجوانب الديناميكية الإيجابية والسلبية فضلا عن دراسة أوجه التشابه والتباين و ما بينهما من علاقات سببية بين مختلف عناصر الحالة، فهو يعرف " بالطريقة العلمية التي يعتمدها الباحث معتمدا في ذلك على جمع البيانات العلمية الخاصة بالحالة المدروسة سواء كانت فردا و مؤسسة و تحليلها و مساهمة المراحل و الخطوات التي مرت بها الحالة من أجل الوصول إلى نتائج علمية دقيقة و يمكن تعميمها على الحالات الأخرى المشابهة.¹

وقد قمنا باختياره لأنه يفيدنا في:

- معرفة المواقف المختلفة لوحدة معينة في محيطها الاجتماعي والثقافي والايكولوجي، تعطي للباحث معلومات شاملة لأنها تعتمد على جمع معلومات تفصيلية وشاملة تساعد على فهم الحالة.
 - دراسة اتجاهات الفرد الاجتماعية و أنماط سلوكه في تعامله مع الأحداث ،ميزته أنه طريقة تعاقبية تركز على متابعة التطور و التغير الزمني والتكنولوجي للحالة المدروسة ،فهو يهتم بتاريخ الحالة و بأنه طريقة التحليل النوعي وليس الكمي فقط واقتراح حلول للظاهرة المدروسة لإبرازه.²
- ونحن هنا ندرس حالة المؤسسة من خلال تشخيص المشاكل التنظيمية الاستثمار الموجهة للمستخدمين بمختلف رتبهم والاستثمار الموجهة إلى المرضى وكذا استثمار المقابلة الموجهة إلى المسيرين، بالإضافة إلى تطبيق أداة الملاحظة بالمشاركة للحصول على معلومات أكثر خاصة فيما يخص التفاعلات والعلاقات بين الأفراد وردود الفعل.

3-المنهج الكمي: الذي يعتمد على تحليل الظاهرة الاجتماعية من الناحية الكمية بجمع البيانات حول ظاهرة وترجمتها بيانيا ثم تحليلها رياضيا بغية الوصول إلى نتائج أكثر دقة وعلمية، وقد استخدمناها بشكل مكمل للمنهج الكيفي، إذ أن دراستنا اعتمدت أكثر على الجانب الكيفي.

¹ عبد الناصر، جندلي. تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2005، ص200.

² المرجع نفسه، ص200.

تهدف المناهج الكمية في الأساس إلى قياس الظاهرة موضوع الدراسة، قد تكون هذه القياسات من الطراز الترتيبي مثل أكثر أو أقل أو عددية وذلك باستعمال الحاسب وأيضا يستعمل المؤشرات النسب والمتوسطات أو الأدوات التي يوفرها الاحصاء بصفة عامة.¹

كما سنقوم باستخدام برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل بيانات الدراسة لإظهار خصائص العينة واختبار فرضيات الدراسة فيما يخص معالجة الاستبيان الموجه للمرضى، وكذا الاستبيان الموجه للعاملين.

4-المنهج التاريخي: حيث يعتمد المنهج التاريخي لدراسة التطور التاريخي لمختلف الظواهر الاجتماعية والذي يعتمد على أن فهم أي شيء يتوقف على دراسة وتحليل جذوره التكوينية وتطوراتها المتعاقبة، مما يعني بحث تاريخ الظاهرة من خلال علاقة جدلية بين الظاهرة والزمان والمكان".²

ويفيدنا في الدراسة أنه يزودنا بمنظور تطوري لأن الأحداث ليست منعزلة أو مستقلة عن بعضها وإنما مترابطة في سياق زمني محدد.

ولقد استخدمناه للوقوف على أهم المراحل التاريخية التي مرت بها التغييرات التنظيمية الاستشفائية وأهم التحولات منذ البدء في تطبيق الإصلاحات الاستشفائية وأهم النقاط التي سجلت تطورا وتفوقا والتي عرفت استقرارا وتراجعا والمقارنة بين أهم الانجازات وتأثيرها على المريض وعلى المؤسسات الصحية ومدى تقبلها لها ومحاولة إبراز الدينامية الاجتماعية ومحركاتها للواقع.

2.2.1 أدوات البحث:

وفقا للمناهج التي اعتمدنا عليها في دراستنا، فإننا اعتمدنا على الأدوات التي تناسبها وهي:

1-الاستمارة: تقنية مباشرة لطرح الأسئلة على الأفراد و بطريقة موجهة، لأن صيغ الاجابات تحدد مسبقا، هذا ما يسمح بمعالجة كمية بهدف اكتشاف علاقات رياضية واقامة مقارنات كمية وهي طريقة للدخول في الاتصال مع المبحوثين بهدف استخلاص اتجاهات وسلوكات مجموعة كبيرة من الأفراد.³

¹موريس، انجريس. منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية. ط2. ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون. الجزائر: دار القصة للنشر، 2006، ص100.

² عبد الناصر، جندلي، مرجع سابق، ص 199.

³ موريس، انجريس، مرجع سابق، ص 208.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

وقد استعملناها للإجابة على الفرضية الأولى التالية: يتجلى الخلل التنظيمي للتنظيمات الاستشفائية في عدم مواكبة مكانة المريض لتحديث التنظيمات الاستشفائية.

عن طريق استمارة موجهة إلى المرضى المقيمين بالمصالح الاستشفائية والذين تفوق مدة إقامتهم يومين فما أكثر، بالاعتماد على الأبعاد والمؤشرات التابعة لها كما هو مبين:

الأبعاد والمؤشرات: الخاصة بالفرضية الأولى:

البعد الأول: الاستقبال والشفافية: الأسئلة من (01-05) من خلال المؤشرات التالية:

- نوعية الاستقبال
- وجود أعوان استقبال
- نشر جداول العمل
- امكانية التمييز بين المستخدمين
- اشارات توضيحية

البعد الثاني: تنظيم المواعيد الاستشفائية: الأسئلة من (06-08) من خلال المؤشرات التالية:

- احترام المواعيد الاستشفائية
- أسباب التأجيل
- الابلاغ والإعلام بالمواعيد

البعد الثالث: شروط التكفل بالمريض: الأسئلة من (09-15) من خلال المؤشرات التالية:

- سهولة التشخيص
- أسباب تأخر التشخيص
- أسباب التأخر في التكفل بالعلاج
- طبيعة مسار العلاج
- سهولة الوصول إلى العلاج
- شروط تحويل المرضى
- مشاكل المريض أثناء مسار العلاج

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

البعد الرابع: شروط الإقامة: الأسئلة من (16-18) من خلال المؤشرات التالية:

- نوعية الوجبات
- تقييم النظافة
- التهيئة

البعد الخامس: العلاقة بين المعالج والمريض: الأسئلة من (19-24) من خلال المؤشرات التالية:

- معدل الفحص
- معدل الانتظار
- المتابعة الدورية
- عوامل الارتياح مع الطبيب
- نوعية المعاملة

البعد السادس: حقوق المرضى: الأسئلة من (25-32) من خلال المؤشرات التالية

- نوعية المعلومات حول الحالة الصحية للمريض
- الاعلام بالحقوق القانونية للمريض
- الاعلام بإمكانية الاختيار
- اتجاه المرضى نحو القطاع العام والخاص وأسباب الاختيار
- الاعتناء بالاقترحات
- دور الجمعيات

سؤال عام: محمل النقائص: السؤال رقم 33

استخدمنا الاستمارة أيضا مع المستخدمين، للإجابة على الفرضية الثالثة: المشكلات التنظيمية التي تعاني منها التنظيمات الاستشفائية تعكس التعارض بين البيئة التنظيمية غير المهيأة مع التغيرات التي تعرفها.

فضلنا استخدام الاستبيان وذلك لإعطاء حرية للمستخدمين للتعبير عن آرائهم وكذلك ففكرة عدم المواجهة المباشرة تعطي راحة أكثر للمستخدمين للتعبير عن آرائهم، بالإضافة إلى استيعاب

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

عدددهم، من خلاله نحاول التعمق في المشاكل الداخلية التي يواجهها المستخدمون من الناحية التنظيمية وشروط العمل والتي تؤثر سلبا على التكفل الأمثل بالمرضى وهل سياسة الموارد البشرية وسياسة التحفيز تخدم أهداف التغيير، وعلى طبيعة العلاقات هل هي مكيفة مع طبيعة التغيرات وهل البيئة الخارجية تؤدي دورها المفروض عليها في إطار عصنة الدولة وقواعد الديمقراطية.

استخدمنا ضمن الاستبيان الأبعاد والمؤشرات التالية:

البعد الأول: العلاقة بين الادارة والمستخدمين: الأسئلة من (01-04) من خلال المؤشرات التالية:

- الثقة في الادارة
 - التكفل والاستماع إلى الانشغالات
 - دور الهيئات الإدارية والاستشارية كهمزة وصل
- البعد الثاني: الجانب التنظيمي وشروط العمل: الأسئلة من (05-12) من خلال المؤشرات التالية:

- شروط الأمن
 - تكيف الموارد والوسائل
 - المشاكل التي تؤثر على فعالية العلاج حسب درجة الأولوية
 - أسباب الضغط في العمل
 - المشاكل الناتجة عن العلاقة مع المريض
 - المشاكل مع الهيئة الوصية
- البعد الثالث: طبيعة علاقات العمل: الأسئلة من (13-18) من خلال المؤشرات التالية:

- مدى وجود علاقات التعاون
 - طبيعة المشاكل بين المصالح
 - طبيعة الاتصال والمعلومات
 - تسيير النزاعات
 - الاستقلالية في القرارات
- البعد الرابع: التحفيز وتسيير الموارد البشرية: الأسئلة من (19-24) من خلال المؤشرات التالية:
- تسيير الغياب
 - احترام شروط الترقية والمردودية

- الاستفادة من التكوين
- التقدير المعنوي
- عوامل ارتياح لمستخدمين

السؤال 27 سؤال يضم اقتراحات المستخدمين لتقريب المريض من التنظيمات الاستشفائية.

2- دليل المقابلة: المقابلة هي تقنية مباشرة تستعمل من أجل مساءلة الأفراد بكيفية منعزلة لكن أيضا و في بعض الحالات مساءلة جماعات بطريقة نصف موجهة تسمح بأخذ معلوماتكيفية بهدف التعرف العميق على الأشخاص المبحوثين، فهي أفضل وسيلة لاستكشاف الحوافز العميقة للأفراد و اكتشاف الأسباب المشتركة لسلوكهم من خلال خصوصية كل حالة كما تهدف المقابلة ليس فقط لحصر الوقائع بل و إلى التعرف أيضا على المعاني التي يمنحها الأشخاص للأوضاع التي يعيشونها.¹

يعرفها محمد علي بأنها: "قائمة من الأسئلة أو الاستمارة التي يقوم بها الباحث باستيفاء بياناتها من خلال مقابلة تتم بينه وبين المبحوث أي أنها تتضمن موقف المواجهة المباشرة".² وقد استخدمناها للإجابة على الفرضية الثانية: ميكانيزمات البيروقراطية والتجاذب بين السلطة الرسمية والسلطة غير الرسمية يؤثر على عقلانية القرارات.

وتم اجرائها مع المسيرين (مدير المؤسسة ، المدراء الفرعيين و مدراء المناوبة) بما أنهم معنيون باتخاذ القرارات، وبالتالي الوقوف على أهم المشاكل و العراقيل وأشكال المقاومة على مستوى أي سلك و مصادر هذه المشاكل وإعطاء المشاهدات و الملاحظات و الوقائع التي لاحظوها خلال سنوات، وعلى ميكانيزمات البيروقراطية والتجاذب في القرارات، وبالتالي معرفة الأسباب الحقيقية الميدانية التي تؤدي إلى عدم تطبيق التغييرات، سواء تعلق الأمر في صياغتها أو إلى صعوبة تطبيقها من خلال سلوك المقاومة، كما أنها تعطينا معلومات عن نوعية الاتصال وكذا العراقيل التي تعترض تطبيق القرارات.

من خلال الأبعاد التالية:

البعد الأول: عقلانية القرارات: الأسئلة (من 01 إلى 06) من خلال المؤشرات التالية:

¹موريس، انجريس، مرجع سابق، ص197.

² المرجع نفسه، ص184.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

- تصور المديرين حول عدم الوصول إلى رضا المريض والمستخدمين
- المعايير الميدانية لاتخاذ القرارات
- استغلال وسائل التسيير الحديثة
- استغلال وسائل التحفيز

البعد الثاني: ميكانيزمات البيروقراطية: الأسئلة (07-12) من خلال المؤشرات التالية:

- أهم الفاعلين على مستوى المؤسسة
- الميكانيزمات المستعملة من الفاعلين
- السلطة التقنية في مواجهة السلطة الفعلية
- نسبة المشاكل الحقيقية
- موضوعية الاحتياجات
- الفاعلين خارج المؤسسة
- الميكانيزمات المستعملة

البعد الثالث: طبيعة القرارات: الأسئلة (13-17) من خلال المؤشرات التالية:

- استراتيجية القرارات والاهتمام بالبعد الاجتماعي
 - أسباب روتينية القرارات
 - اللامركزية: التكيف مع المؤسسات الصحية ومشاركة المسيرين
- سؤال عام يتناول اقتراحات المسيرين.

3-الملاحظة بالمشاركة : "تقنية مباشرة للتقصي تستعمل عادة في مشاهدة مجموعة ما

بصفة مباشرة بهدف أخذ معلومات كيفية من أجل فهم المواقف والسلوكيات، تتطلب الاندماج في مجال حياة الأشخاص محل الدراسة مع مراعاة عدم تغيير أي شيء في الوضع، تستعمل هذه الوسيلة للتقصي أثناء دراساتهم للمسارات الفردية ضمن أوضاع معينة"¹

إن الملاحظة بالمشاركة تسمح للباحث من التعمق في معرفة مجتمع بحثه وذلك من تمكنه من قراءة المعاني الخفية والجوانب السلوكية. تتضمن اشتراك الباحث في حياة الناس الذين يقوم بملاحظاتهم و مساهماته في أوجه النشاط الذي يقوم به لفترة مؤقتة وهي فترة الملاحظة و أن يساير الجماعة

¹ فضيل، دليو وآخرون. أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية. قسنطينة: منشورات جامعة منتوري، 1999، ص19.

ويتجاوب معها ، يمكننا بالاطلاع والتفحص المباشر للظاهرة أو الميدان محل الدراسة و تسمح للباحث من كشف الظاهرة ومعرفة كل جوانبها الغامضة وتحديد مركباتها.¹

كما تمكن الباحث من التعرف على معلومات جديدة لم تكن في الحسبان عند نزوله إلى الميدان عكس المعلومات المعدة مسبقا المقيدة للباحث ويمكن استخدامها كأسلوب مكمل في غالب الأحيان للمقابلة والاستمارة.

للملاحظة بالمشاركة طموحات أكثر من تقديم عناصر عن الوضع بل أنها تطمح إلى استخراج المعنى الذي يمنحه الفاعلون الاجتماعيون، كيف يعيش الأفراد الأحداث، كيفية إدراكهم للأوضاع.² وقد استفدت من هذه التقنية لأي عضو مشارك في حياة المؤسسة بصفتي تقلدت عدة مناصب بالمؤسسة، بالإضافة إلى انجازي دراسة سابقة حول هذه المؤسسة، حيثساهم ذلك في الاحاطة بسلوك الأفراد وتفاعلهم مع التغيرات ومعرفة أشكال المقاومة، بالإضافة إلى معرفة أكثر ميكانيزمات البيروقراطية.

4-المؤشرات الصحية: هناك مؤشرات صحية يتم الاستدلال بها لمدى معرفة الوضعية الصحية السائدة بالمنطقة، نسبة توزيع الهياكل الصحية، نجاعة المصالح، مدى استغلال للتسيير الحديث منها جداول القيادة وكافة البرامج الاعلام الآلي التي وضعت بهدف تحقيق الفاعلية وفعالية في التسيير ومدى وجودها وتحليلها لصالح الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة منها:

- تكلفة اليوم الاستشفائي.
- نسبة تحويل المرضى.
- نسبة شغل الأسرة.

3.2.1 مجتمع البحث:

مجتمع الدراسة: إن مجال دراستنا هو على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين وسارة "السعداوي المختار"، ومجتمع دراستنا يشمل:

- المرضى المقيمين بالمصالح الاستشفائية على مستوى المؤسسة وتتمثل المصالح الاستشفائية فيما يلي: مصلحة الطب الداخلي، مصلحة التوليد، مصلحة الجراحة العامة، مصلحة تصفية الدم.

¹ بلقاسم، سلاطينة وحسان الجيلاني. أسس البحث العلمي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2009، ص 68.

² موريس، انجوس، مرجع سابق، ص 185.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

- الموظفين العاملين بالمؤسسة

وفيما يلي الجدول التكراري الخاص لأفراد مجتمع الدراسة:

جدول رقم (01): الجدول التكراري الخاص لأفراد مجتمع الدراسة

الفئة	العدد	النسبة المئوية
الأطباء(العالم و المتخصص)	62	19
شبه طبي	201	65
المستخدمين الإداريين والتقنيين	48	16
المجموع	311	100

المصدر: من اعداد الباحثة

4.2.1 عينة الدراسة:

لقد استخدمنا لإثبات دراستنا:

1- بالنسبة للمستخدمين:

لقد استخدمنا لإثبات دراستنا النوعية ولضمان زيادة احتمال تمثيل خصائص المجتمع فقد اخترنا استخدام العينة الطبقية العشوائية التي شملت كافة الأسلاك المهنية، حيث قسمنا مجتمع الدراسة إلى طبقات على أساس التجانس وعلى أساس وجود ارتباط مرتفع بين المجموعات المختارة، أي حسب الأسلاك: الأسلاك الطبية، الأسلاك شبه طبية، الأسلاك الإدارية. نظرا للدور المترابط والفاصل لكل فرد من الأفراد ضمن سيرورة العلاج، انطلاقا من الاستقبال إلى غاية العلاج النهائي. واستعملنا طريقة التناسب حيث أخذنا عدد يناسب مع النسبة التي تمثلها الطبقة من المجتمع، وقد تم سحب 100 مفردة أما السحب داخل هذه الطبقات فقد تم بطريقة عرضية مكانية، وذلك لإضفاء المصدقية والموضوعية والحرية في الاجابات.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

جدول رقم (02): نسبة أفراد العينة إلى مجتمع الدراسة

النسبة المئوية %	عدد مفردات العينة	عدد أفراد مجتمع البحث	الفئة
32	20	62	الأطباء العامون والمتخصصون
32	65	201	شبه طبي
31	15	48	المستخدمين الإداريين والتقنيين
32	100	311	المجموع

المصدر: من اعداد الباحثة

2- بالنسبة للمرضى: استخدمنا العينة المقصودة، بما أنه كان لدي معايير مسبقة حيث حددنا المرضى بالمصالح الاستشفائية، والمقيمين ليومين فما أكثر بها، مدة تسمح برسم صورة واضحة للمريض، وليست سريعة وغامضة، عن التعامل وعن الإجراءات وإلى غير ذلك منال نقاط. وفضلنا استعمال هذا النوع من العينة بالنظر إلى التجانس بين المصالح الاستشفائية، ونظرا لصعوبة تحصيل الاجابات بسهولة وبالتالي مراعاة إمكانية وقابلية الإجابة على الأسئلة من طرف المرضى، فإن العدد المطلوب للعينة مرتبط بالوصول إلى إشباع في الإجابات أي تكرار نفس الاجابات على نفس الأسئلة، وقد طبقنا دراستنا على عينة قدرها 55 مفردة.

3- بالنسبة لإطارات المؤسسة: تم اختيار حالات مقصودة لإجراء مقابلات معهمو تشكل من: المدير ومدراء المناوبة على أساس المناصب المتولاة والمسؤولية والخبرة في المجال، والذين عددهم 10 أفراد (بين المدير ومدراء المناوبة والمدراء الفرعيين)، الذين يشغلون مناصب مدير المؤسسة والمدير الفرعي للموارد البشرية والمدير الفرعي المصالح الصحية والمدير الفرعي للوسائل والمالية والمدير الفرعي للتجهيزات الطبية والمرفقات الملحقه وباقي الإطارات الذين لهم حق القيام بالمناوبة لتمكيننا من إعطاء أبعاد ومعلومات عن سلوك الأفراد خلال فترة زمنية وكذا أشكال المقاومة والتعامل مع كافة التغيرات، ونستفيد منهم في اعطاء تحاليل كيفية عن المحيط بما يحمله من صعوبات وباعتبارهم فاعلين أساسيين في التنظيم ومتخذي للقرارات مهما كانت طبيعتها بما أن البحث كيفي بالدرجة الأولى.

5.2.1 المجال الزمني للدراسة:

إن مجال الدراسة من حيث توزيع الاستثمارات استمر لمدة شهرين، ما بين تعديلاتها إلى غاية توزيعها النهائي لها على الأفراد وعلى المرضى، وذلك لصعوبة تحصيل المعلومات لعدم الفهم أو لعزوف البعض عن الاجابة، وعدم احتساب أيام راحة لعدم خروج المرضى في هذه الأيام. بالنسبة إلى دليل المقابلة فالأمر تطلب أسبوعا، للتمكن من التنسيق ومقابلة الأفراد.

خلاصة:

بعد أن تعرفنا على الجانب المنهجي للدراسة والذي تم فيه عرض لدوافعنا والأهداف المبتغاة من هذه الدراسة، والمفاهيم العامة التي تدور حولها الدراسة، وحصر للإشكالية والفرضيات والتي سنأتي على برهنتها في الجانب العملي، سوف نتناول في الفصل اللاحق، الجوانب النظرية لعملية التغيير التنظيمي وتفاعل المؤسسة مع مختلف التغييرات والشروط اللازمة التي وضعها المفكرون نتيجة بحوث ودراسات عملية لضمان تغييرات ناجحة ضمن المؤسسة بصفة عامة.

الفصل الثاني

تطور التنظيمات مع واقع التغيرات

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

تمهيد:

إن التعمُّق بالتطوُّرات التي عرفتھا التنظيمات على مرِّ التاريخ ، الأعمال الامبريقية والنقاشات التي ساهمت في اثراء و تدعيم علم الاجتماع من جهة و في ايجاد الحلول التنظيمية لتطوير التنظيمات من جهة أخرى ، يجعلنا نتأمل في التنظيمات اليوم ، مهما كانت طبيعتها ، بأنها كتلة و مزيج تتداخل فيها التنظيرات بشكل عفوي أو غير عفوي من الالتزام الصارم بالقوانين و الجمود والتقسيم المتطرف المتبنى من طرف التيار الكلاسيكي إلى أهمية العلاقات غير الرسمية و أهمية الفاعل الاستراتيجية في فرض سلطة التي تكلم عنها "ميشال كروزي" و أهمية العلاقات الاجتماعية والإنسانية لمايو و البيروقراطية التقنية والمهنية "لمينزبرغ"، وتعريف التنظيمات انطلاقا من ثقافتها و قيمها وتاريخها إلى غاية تفعيل الدور الاقتصادي للتنظيمات .

كل هذا النسيج المعقد والانتقادات التي أثرت مجال البحوث النظرية والامبريقية وواقع التنظيمات والتي تجعل الحدود التاريخية أحيانا وهمية لتداخل وترابط الأفكار فيما بينها بين النظري والتطبيقي، من جهة وتظهر دور التحولات البيئية الاجتماعية والاقتصادية والايديولوجية على رسم علاقات داخل التنظيم وفي تفضيل التركيز على مجال أكثر من آخر من جهة أخرى.

ولهذا نحاول من خلال هذا الفصل تبيان أهم المحاور:

أولاً: ماهية التغيير التنظيمي.

ثانياً: أهم التحولات في فكر التنظيمات وكيفية تبلور النموذج الحديث.

ثالثاً: طموحات التنظيمات المعاصرة.

المبحث الأول: ماهية التغيير التنظيمي

يعتبر التغيير ظاهرة اجتماعية وهو صفة ملازمة للمجتمعات منذ القدم حتى اليوم، فهو سمة أساسية للمجتمعات على اختلاف أنواعها سواء كانت رعوية، زراعية أم اشتراكية، نامية أو متقدمة. المجتمع بطبيعته يتغير فهو يأخذ من الجيل السابق جوانب ثقافية ويضيف عليها أشياء تماشيا مع واقعه الاجتماعي ومتطلباته، أما مدى هذا التغيير وسرعته واتجاهه فذلك يعتمد على طبيعة

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

المجتمع نفسه، ولا يختلف عن هذا المفهوم التغيير التنظيمي باعتباره التغيير الذي يحدث في المؤسسة أو التنظيم باعتبار هذا الأخير جزءاً، وخلية من خلايا المجتمع فهو لا يعمل في فراغ وإنما يتفاعل مع البيئة والتغييرات الحاصلة بها، وما يميز التغييرات في الوقت الحالي هو الوتيرة السريعة، تنوعها وتطورها في ظل بيئة يميزها الشك والتعقيد.

سنتكلم من خلال هذا المبحث عن التعاريف المختلفة للتغيير التنظيمي وما هي أهدافه وأسبابه بالإضافة إلى الإلمام بموضوع مقاومة التغيير، ذلك أن إقامة تغيير ناجح مرهون بضعف المقاومة وبإنقاص التكاليف الاجتماعية والاقتصادية والتنظيمية الناتجة عن إقامة التغيير.

المطلب الأول: مفهوم التغيير التنظيمي

لقد تعددت التعاريف التي تعبر عن التغيير التنظيمي وانتقلت فيه تدريجياً من التغيير البسيط إلى المركب والمخطط، بالإضافة إلى تنوع الصفات التي يحملها التغيير وذلك حسب الرؤى النظرية والمؤسسية والبيئية، وسوف نقدم أهم هذه التعاريف:

الفرع الأول: تعريف التغيير التنظيمي

يعرف معجم العلوم الاجتماعية: التغيير الاجتماعي: "كل تحول يقع في التنظيم الاجتماعي سواء في بنائه أو في وظائفه خلال فترة زمنية معينة ويشمل ذلك تغيير يقع في التركيب السكاني للمجتمع أو في بنائه الطبيعي و نظمه الاجتماعية أو في أنماط العلاقات الاجتماعية أو في القيم والمعايير التي تؤثر في سلوك الأفراد والتي تحدد مكانتهم و أدوارهم في مختلف التنظيمات".¹

"إن المنظمة هي نظام مفتوح ، و هي مركب من العمليات التحويلية والإنتاجية أو السلوكية أو الهيكلية يقوم بناء عليها مجموعة من المخرجات (سلع و خدمات أو سلوكاً و مساهمات اجتماعية) وهذه العلاقة بين هذه العناصر لا تتم في فراغ، بل في إطار تغييرات البيئة، فهي في تفاعل مستمر مع البيئة و مع الأفراد المكونة منها، و عليه لا بد أن يأخذ التغيير معناه من المؤسسة بمكوناتها المتباينة من سلوكات و ردود فعل ومحيطها".²

¹ أحمد، بدوي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان، 1978، ص 382.

² صلاح الدين، محمد علي عبد الباقي. السلوك الإنساني في المنظمات، ط 1. الإسكندرية: دار الجامعية، 2001، ص 335.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

وهذه بعض تعاريف التغيير التنظيمي:

- 1- "هو التحول من نقطة التوازن الحالية إلى نقطة التوازن المستهدفة، ويعني الانتقال من حالة إلى أخرى في المكان والزمان".¹
- 2- "الاختلاف بين الحالة القديمة و الجديدة خلال فترة محددة من الزمن".²
- 3- يُعبر عن التحول من مرحلة إلى أخرى: حسب "S.Raynol": فهو "ظاهرة تفاعلية بين الفاعل، بين النظام المحيط، هذه الظاهرة تنفجر عن طريق محفز، فجوة، قطعة أو عدم توازن".³
- 4- "هو الانتقال من حالة أو وضعية تنظيمية أ إلى حالة تنظيمية ب"، التحول من حالة فترة زمنية إلى حالة أخرى في المستقبل، من التوازن الديناميكي بين مجموعتين من القوى تعملان في اتجاهين متعاكسين في المجال المادي، والاجتماعي والنفسي للعمل، تتضمن إحداها قوى مقيدة أو معيقة، و نتيجة لتفاعل هاتين القوتين مع بعضهما، تصل المؤسسة إلى حالة من التوازن يطلق عليها اسم الحالة الراهنة".⁴
- 5- "التغيير هو تحول في قواعد العمل الداخلية والسلوكات التي تتبعها، هو التأقلم مع عوائق البيئة، ومع المتطلبات الجديدة للعمل العادي للمنظمة".
- 6- أما ميشال كروزي: فإنه يؤكد على أهمية اعتبار التغيير " بأنه إجراء إنشائي، جماعي فهو لا يتعلق بتقرير التحويلات ، وإنما بانطلاق إجراء الذي يدمج التعاون، التفاوض، التفاعل و الذي يضع في الحسبان قدرة الجماعات المختلفة على العمل مع بعض في نفس الوتيرة".⁵ و بأن: "التغيير هو عبارة عن رهانات سلطة أين يتم تقبله من طرف الفاعل في المؤسسة ينتج عن حسابه لسلبيات و ايجابيات السلوكات التنظيمية ، هو نتيجة لإجراء يدمج فيه معايير جديدة للعلاقات طرق التفكير، حيث يثبت بأن السلوكات في العمل هي نتاج لتلاقياً و تصادم مشاريع شخصية أو طموحات شخصية مع عوائق و شروط المنظمة، ومن خلال التحاليل الاستراتيجية فإن علاقات السلطة هي عنصر

¹ محمد، علي محمد. علم اجتماع التنظيم. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1993، ص 09.

² محمد، الدقس. التغيير الاجتماعي بين النظرية والتطبيق. ط2. عمان: دار مجدلاوي للنشر، 1996، ص 15.

³ Abdelsamed, Bengouffa. « Problématique du changement entre concepts et réalité. Diplôme de Post de Graduation Spécialisé, Ecole Nationale de Santé Publique, Alger, 2005, P. 07.

⁴ Pierre, Morrin Eric Delavée. Le Manager à l'écoute de Sociologue. Paris : Editions d'organisation, 2002, P. 240.

⁵ Abdelsamed ,Bengouffa, Op.Cit,P.08.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

مفسر للعادات و السلوكات في المؤسسة، و هنا ينظر إلى السلطة كإجراء تفاوضي ينظم العلاقة بين طرفين لتبادل و تقبل الشروط التي يقوم عليها التفاوض".¹

"إن التغيير يعني أن نتعلم إدارة عدم التأكد بالمرونة الكافية فبعد فترة سيتضح أن المستقبل المرغوب يتغير أيضا بمرور الوقت، و من هنا يمكن القول بأن التغيير عملية مستمرة لا تتوقف عند نقطة معينة".²

أي أن على المؤسسة أن تكون مرنة في التعامل مع العوامل الثقافية والاجتماعية والشخصية. إذ أن الأفراد لا يقومون بنفس متطلبات العمل طالما أن التعامل وتقبل فكرة التغييرات المفاجئة الناتجة عن التغيير في المحيط والتكيف معها هي مختلفة، كما أن هذه الظروف والشروط المطلوبة للتغيير التنظيمي لا يمكن أن نقول عنها إنها متوفرة بنفس القدر، وبنفس الرؤى بالنسبة للذين يقيمون عملية التغيير، فمثلا قد يكون التغيير بالمؤسسات في الدول المتقدمة تغييرا مقصودا ومخططا له، وقد يكون في المؤسسات الخاصة التي تتميز بقواعد مرنة في التسيير أكثر سهولة في تطبيقه.

كما أعطيت عدة تعاريف في الكتب، والتي تقرر عملية التغيير بعدة مصطلحات، ومن بينها التطوير التنظيمي، وسنأتي على تحديد لهذه التعاريف:

تعريف التطوير التنظيمي:

يرى "فرنش" أن مصطلح التطوير التنظيمي ظهر من خلال البحوث التي استخدمها الباحثون "بليك" و "شيبيردوموتون" و "مكروقر"، حيث ظهر في البداية مصطلح أو لفظ تطوير المجموعة على يد "بليك" و "موتون" في أثناء تدريب العلاقات الإنسانية في جامعة تكساس عام ، وأثناء تدريب "T.Group" تم استخدام مصطلح التطوير على يد مكروقر وبيكارد وهو يعني على حد قوله: " جهدا منظما وشاملا للتغيير".³

يعتقد "بيكارد" 1969 "أن التطوير التنظيمي " جهد مخطط يشمل المنظمة بأكملها ويدار من القمة بغية زيادة فعالية المنظمة من خلال مداخلات مدروسة في عمليات التنظيم باستخدام

¹ Patrick, Gilbert. Gérer le Changement dans l'Administration. Paris : Entreprise Moderne D'édition, 1988, P.34.

² دانا، جابنس روبنسون و جيمس روبنسون. التغيير أدوات تحويل الأفكار الى نتائج. ط1. القاهرة: مركز الخبرات المهنية للإدارة، 2000، ص 199.

³ صلاح الدين، محمد علي عبد الباقي. مرجع سابق، ص336.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

نظرية العلوم السلوكية. أما "فرنش و بل" "French et Bell" فإنهما يعرفان التطوير التنظيمي بأنه: "جهد ونشاط طويل المدى، يستهدف تحسين قدرة المنظمة على حل مشكلاتها، وتحديد ذاتها من خلال إدارة مشاركة".

أما "الدرفر" فيرى أن التطوير التنظيمي "يتوق إلى تحسين نوعية حياة الجانب الإنساني للمنظمة وزيادة فاعلية بعده التنظيمي".¹

ويرى "الغمري" أنه يمكن تعريف التطوير التنظيمي "بأنه المحاولة -طويلة الأمد- لإدخال التغيير والتطوير بطريقة مخططة، معتمدين في ذلك على أسلوب تشخيص المشكلات بطريقة يشارك فيها أعضاء المنظمة بصورة جماعية".

ونتيجة لذلك فإنه يمكن التوصل إلى النتائج التالية:

- إن برنامج التطوير التنظيمي قد يشمل المنظمة ككل "النظام الكلي" أو جزءا منها فقط "أحد الأنظمة الفرعية"، بشرط توافر درجة عالية من الاستقلال له عن باقي أجزاء المنظمة؛
- هدف التطوير التنظيمي يتمثل في زيادة فاعلية المنظمة، وتدعيم وتوسيع فرص الاختيار أمامها وتحديد حيويتها بطريقة مستمرة؛
- إن التطوير ينطوي على فكرة التخطيط و يتضمن صيغة إيجابية.²

مهما يكن من أمر هذه التعريفات فإنها تشترك في أن جوهر التغيير التنظيمي: هو سلوك الفرد وجماعة العمل في منظمات العمل، عن طريق تطوير القدرات، والمهارات الإنسانية وحل مشكلاتها باستمرار ووفق متغيرات البيئة، سواء منها الاقتصادية أو التنظيمية أو الاجتماعية.

بالإضافة إلى أنه يكون محددًا بفترة زمنية معينة وينتهي بفترة زمنية، من أجل مقارنة الحالة الماضية بالحالة الراهنة، وللوقوف على مدى التغيير انطلاقًا من نقطة مرجعية سابقة.

الفرع الثاني: أنواع التغيير التنظيمي

هناك عدة تصنيفات للتغيير وأهمها:

¹ المرجع السابق، ص 336.

² المرجع نفسه، ص 364.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

1. التغيير الذي يخلق داخل النظام، والذي يسمح بالمحافظة على توازنها عن طريق إنشاء، ووضع إجراءات تصحيحية للتأقلم، وضمان ديمومة النظام عن طريق تصميم نموذج مسبق من طرف إطارات يمتلكون سلطة القرار تدعى طريقة مفروضة: عندما تعتبر المنظمة الحالية غير ناجحة من طرف فرد أو عدة أفراد، وفي أغلب هذه الحالات تستدعي تكوين الأفراد.¹

2. التغيير الذي يتعلق بالقلب و الاضطراب يؤدي إلى تطور النظام، عن طريق هيكلية عامة تهدف إلى انجاز تدريجي و جماعي نحو سلوكات جديدة و قواعد سير جديدة، والحالة الثانية تدعى طريقة التفاوض عندما تكون نقائص المنظمة واضحة وملحوظة من طرف كافة أعضاء المنظمة، هنا قائد التغيير يسعى إلى خلق ديناميكية، عن طريق قيادة مختلفة من خلال عمليات التفاوض التي تهدف إلى إدخال تدريجي لتنظيم جديد، و تحاول جذب مجموعة متنوعة من المستخدمين المحفزين والكفاءات نحو عملية التغيير.²

3. التغيير استجابة لظروف خارجية: قد تبادر ادارة التنظيمات إلى اتخاذ اجراءات هادفة إلى تعديل الأوضاع أو الأساليب بمجرد حدوث تغييرات سابقة في بعض ظروف المجتمع.³

4. التغيير بهدف السيطرة على المحيط: يتطلع هذا النمط من التغيير نحو التحكم في سلوك الأفراد والجماعات غير الخاضعة لسيطرة التنظيم، مما قد يؤدي إلى تعرضه إلى تناقضات وصراعات مع تنظيمات أخرى.

5. التغيير بهدف حل مشكلات ذاتية : قد تلجأ الادارة إلى ما يسمى بإعادة تنظيم، وذلك عندما تعلم الادارة بأن هناك حاجة ماسة للتغيير على ضوء مؤشرات دالة على وجود بعض المشاكل التنظيمية مثل كثرة الشكاوي ، النزاعات و الاضطرابات العمالية.

المطلب الثاني: أسباب وأهداف التغيير التنظيمي

من خلاله نحاول أن نبين أهم الأسباب المؤدية إلى اقامة التغييرات وكذا الأهداف العامة التي تريد المنظمة أو الحكومات الوصول إليها من خلال عملية التغيير التنظيمي.

¹ المرجع السابق، ص 364 .

²Pierre, Morrin Éric Délavée, Op.Cit, P:24.

³ يوسف، سعدون. علم الاجتماع ودراسة التغيير التنظيمي في المؤسسات الصناعية. قسنطينة: ديوان المطبوعات الجامعية، 2005، ص 6.

الفرع الأول : أسباب التغيير التنظيمي

لا شك في أن الضغوط والعوامل التي تؤثر في منظمة العمل وفعاليتها تأتي من مصادر بيئية خارجية وداخلية، بالخصوص في ظل العولمة والتي زالت فيها الحدود بين الدول وأصبحت العلاقات متداخلة فيما بينها، لذلك أضحت لأي حدث في العالم تأثيرات مباشرة على معظم الدول ما يلزمهم باتخاذ القرارات انطلاقاً من هذه المعطيات، ومواكبة التغيير بتطوير في القدرات البشرية والإمكانات المادية المتاحة، ويمكن أن نعد أهم العوامل التي تؤدي إلى التغيير وهي:

1. العوامل الاقتصادية: " الندرة المتزايدة للموارد العامة، زيادة الضغوطات الاقتصادية على المواطنين والعاملين في الأجهزة الإدارية، وقد ساهم ذلك في عدة عوامل فرعية منها التضخم في الأسعار انخفاض قيمة النقد، تزايد المنافسة في الأسواق الدولية، ظهور التكتلات الاقتصادية والتجارية القوية أدت هذه العوامل إلى البحث عن وسائل لترشيد الإنفاق الحكومي من خلال تحسين آليات العمل وزيادة كفاءة العاملين و البحث عن وسائل تمكن الاقتصاديات الوطنية من البقاء و التطور".¹

أيضاً اتجه الدول نحو اقتصاد السوق، وفتحتها على العالم وحرية المعاملات التجارية وظهرت المنافسة كل هذه العوامل أدت إلى التأثير المباشر على المؤسسات في البحث على النوعية في السلع والخدمات المقدمة واحترام المقاييس الدولية.

2. العوامل التقنية: "تمثل البيئة التقنية في التغييرات التكنولوجية التي يشهدها العالم اليوم، حيث بدأت المعلومات بالانفجار، والزيادة في المكتشفات التقنية منذ عام 1940 وهذا التغيير في الاكتشافات التقنية والمعلومات كان له تأثير في بيئة العمل ومهامه، سواء من ناحية نوعية الإنتاج أو أساليبه والهيكل التنظيمي أو مشاعر العاملين، فمع التطور المذهل في تكنولوجيا المعلومات والاتصال لم تعد الوسائل الإدارية القديمة قادرة ولا مناسبة للتعامل مع المستجدات، إذ أصبح في متناول المديرين مختلف أنواع المعلومات التي لا بد لهم من تطوير القدرة على فرزها وإدارتها واستعمال ما يلزمهم منها كأساس لاتخاذ قراراتهم وفقاً لمعطياتهم".²

¹ محمد قاسم، القريبوني. الإصلاح الإداري بين النظرية والتطبيق. عمان: دار وائل للنشر، 2001، ص 24.

² صلاح الدين، محمد علي عبد الباقي، مرجع سابق، ص 280.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

كما أدت إلى تغيير في طريقة الحياة، و ظهور سلوكات و قيم جديدة، كما كان لها تأثيرها داخليا أي على مستوى المؤسسة بإنقاص عدد العمال، توزيع أدوار جديدة للعمل، تغيير في نوعية الخدمات المقدمة و في ربح الوقت.¹

3.العوامل السوسيولوجية: تمس كافة العناصر الإنسانية، ضمن النظام سواء بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة بوجود الجمعيات، النقابة، وكالات العمل، التنوع الثقافي، مما يلزم المؤسسة الأخذ بعين الاعتبار عدة مؤشرات: مثل زيادة نسبة التمدرس والتعليم، نسب نشاط المرأة، نقص في معدل المواليد، أزمة القيم، تغيير في نوعية العيش، حرية التعبير، تزايد نسبة السكان وزيادة الاحتياجات التي لم تعد تقليدية مثل الصحة والتربية بل تعدتها إلى ظهور احتياجات كمالية والبحث عن النوعية، وتتابع الأجيال تغيير في الأفكار بين جيل وآخر بتطلعهم نحو الخارج، وتطور وسائل الاتصال كالأنترنت، والذي ينتج عنه إعطاء قدر كبير من الاستقلالية وروح المبادرة، وانتقال النشاط الاجتماعي من إصدار للأوامر والإجراءات إلى تحريك وتجنيد لكافة الفاعلين في المجتمع.² ونظراً لهذه التغييرات الاجتماعية صاحبها تغيير في سلوكات وذهنيات الأفراد داخل المؤسسة، فالفرد في الوقت الحالي بالإضافة إلى اهتماماته الروتينية والتقليدية كالبحث عن الأمان، الأجر، تطوير مساره المهني أصبحت له اهتمامات جديدة: الإرضاء النفسي والعاطفي، يجب أن يجد تحفيزاً نفسياً وشخصياً يحس من خلاله بتميز المحيط الذي يعمل به بالنسبة لفرص العمل الأخرى المقترحة عليه، كما أصبحت المؤسسة التي تحمل الجانب الإنساني والاجتماعي ضمن استراتيجيتها مهددة بالفشل من ناحية الفعالية، لأن الثروة الإنسانية هي التي تمنح الإنتاجية و التهيئ شرط أساسي للفعالية الاقتصادية.

فلا يمكن أن تتعارض مهمة المؤسسة مع المجتمع الذي تنشأ و تتطور فيه، فالشروط المادية والمعنوية للمؤسسة تشكل بعداً للبيئة الاجتماعية، فإذا كانت لا تتوافق مع المحيط الاجتماعي فإنه يطلق عليها حكماً سلباً من طرف الأفراد بالمؤسسة، و تكون موضوعاً لاحتجاجات من طرف النقابة وإحساس بعدم الرضا ومقاومة من طرف الأفراد، وقد تصل إلى حد الإضراب.³

¹Patrick, Gilbert, Op. Cit , P .69.

²Hubert, Landier, L'entreprise face au changement. Paris : Entreprise Moderne D'édition, 1987, P .50.

³Patrick, Gilbert, Op.Cit, P.159

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

و عليه على المنظمة أن تكون قادرة على التقاط كافة المعلومات عن التحولات الحاصلة في المجتمع عن طريق دراسة الاتجاه، الحوار مع المشتركين والفاعلين الاجتماعيين وعن طريق تقنيات التسويق وتنمية الشعور بالانتماء، أن تكون لها القدرة على إعادة تنظيم المؤسسة وتصوراتها فيما يخص العلاقات المهنية، فمثلا على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية في الدول الأوربية يأخذ مشكل الشيخوخة حيزا مهما، انطلاقا من دراسات مسحية وإنشاء مدونات خاصة بالأمراض والتكاليف الخاصة بها إلى توفير كافة الوسائل على مستوى المؤسسة، في المجال الطبي يتبع التغييرات السوسولوجية إرضاءً لأذواق جديدة بظهور تخصصات جديدة كالتجميل، التأهيل... إلى درجة لم يعد هناك فرق بين مهنية وحرفية الطبيب، أيضا البحث عن النوعية جعل المريض يبحث عن التخصص الطبي ويطالب بالسرعة والوجود وبتقريب الخدمة من المواطن، ما يفرض على المؤسسة الأخذ بعين الاعتبار لهذه العوامل بتوفير الهياكل اللازمة والتخصصات مع تحقيق نوعية في العلاج.¹

4. العجز الواضح للإدارة العامة عن تحقيق الأهداف الموضوعة لها: "يسود شعور يكاد يكون عاما بعدم الرضا و تكرار الأخطاء، والممارسات غير السليمة الناتجة عن المؤسسات العمومية، والذي قد أصبح يعترف به من طرف القيادات الإدارية و السياسية، فقد لا يكون هناك حكومات كثيرة في العالم قادرة على الادعاء بأنها الأنسب لإدارة الخدمات التي تقدمها مثل السابق، وقد تبين ذلك من خلال انخفاض معدلات النمو الاقتصادي فيها".²

5. العوامل الديمغرافية: "الزيادة السكانية في كثير من دول تفوق معدل الزيادة في معدلات النمو الاقتصادي، مما يشكل ضغوطا على الخدمات العامة التي تقدمها هذه الدول من خلال الأجهزة الإدارية لمواطنيها".

6. العوامل التنظيمية : توجد هذه العوامل داخل المنظمة و خارجها مثل: اتجاهات العاملين والمديرين، متطلبات المشاركة في العمل والتقنية والإدارية، حجم منظمات العمل، زيادة مهارات العاملين، تغيير القيم و المواقف لدى العاملين".³

كل هذه العوامل تقودنا إلى الاعتراف بثقل التطورات الناتجة عن المحيط:

¹Claude, Pabsite. Management Innovant de L'hôpital et les organes sociales. Paris : Economica, 1998, P. 59.

² محمد، قاسم القريوتي، مرجع سابق، ص 24.

³Pierre ,Morrin Eric Delavée, Op.Cit, P . 238.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

- هو عالمي: العولمة، الاقتصاد؛
- تنافسي؛
- سيطرة التحكم في الإعلام، الاتصال، الاقتصاد؛
- معقد: غير مستقر، غير واضح، غير أكيد¹.
- بالتالي أصبح هناك متطلبات جديدة ضمن هذا التغيير:
- "السرعة: التحكم واحترام الآجال بين التصور والتطبيق لمشروع معين، بين الطلب والعرض.
- النوعية: البحث عن مستوى معين من النوعية التفاوضية بين الزبون والمنظمة، احترام المعايير المهنية.
- التكلفة: البحث عن تخفيض الكلفة بكل الوسائل الممكنة كتخفيض عدد العاملين، وزيادة النشاطات.
- الابتكار والتجديد: القدرة على مواكبة التكنولوجيا وإضافة تطورات على المنتج وعلتطوير أداء الأشخاص.

الفرع الثاني: أهداف التغيير التنظيمي:

- خلق مناخ مفتوح لحل المشكلات؛
- تحديد مسؤولية اتخاذ القرار وحل المشكلات بحيث تكون أقرب ما يمكن لمصادر المعلومات وللجهات المباشرة المختصة بقدر الإمكان وذلك بدلا من تركيزها على وظيفة معينة أو عند مستوى إداري معين²؛
- زيادة درجة التعاون بين الأفراد والجماعات الذين تربطهم علاقات العمل داخل إطار المنظمة وخاصة الجماعات والأفراد المتنافسين بشأن الموارد المحددة، وبالتالي تكون هذه المنافسة واضحة بحيث يمكن إدارتها، وتوجيهها لصالح المنظمة بدلا من احتمالات تأثيراتها السيئة؛
- زيادة درجة الإحساس بدناميكية الجماعة، ونتائجها المحتملة على الأداء؛
- زيادة إحساس العاملين بالملكية والأهداف التنظيمية؛

¹Ibid,P .239.

² صلاح الدين، محمد علي عبد الباقي، مرجع سابق، ص280.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

- مساعدة المديرين على تبني أساليب الإدارة بالأهداف بدلا من اعتمادهم على خبراتهم الشخصية وتبنيهم لأساليب أقل فاعلية مثل الإدارة بالآزمات؛
- زيادة قدرات الأفراد على الرقابة الذاتية، و التوجيه الذاتي داخل إطار المنظمة.¹

إن التغيير التنظيمي بكل ما يحمل من صور واتجاهات ودوافع لا يمكن استقباله بطريقة موحدة من طرف الأفراد داخل المؤسسة كما لا يمكن تقبله خصوصا في مراحله الأولى، إذ لا بد من ظهور مقاومة له، فما هو مفهومها وأسبابها ومظاهرها؟

المطلب الثالث: مقاومة التغيير التنظيمي

إن الأفراد قادرون على تشويه المعلومات التي تصلهم ضمن عملية التغيير كما أنهم قادرون على عدم الاستجابة لتلك المعلومات الواردة إليهم إذا كانت مغايرة لما يعتقد أنه واجب عليهم، وبالمنطق نفسه فإن الأفراد عندما يواجهون تغييرا لا يتفق مع أهدافهم، ورغباتهم لا يكتفون بمقاطعته بل يقاومونه ويعمدون إلى إحباطه.

الفرع الأول: مفهوم مقاومة التغيير التنظيمي

تعريف: "يتمثل في أي شيء يقوم به الأفراد أو يمتنعون عن القيام به كمحاولة لتجنبعملية التغيير، قد تظهر على المستوى الفردي أو أحد الجماعات أو على مستوى المؤسسة ككل".²

ليس كل الأشخاص يقاومون التغيير بالضرورة، هناك أشخاص يقبلونه، ولكن يمكن القول بأن الموقف الأول عادة يكون بإظهار المقاومة نسبيا حيادية أو ايجابية: فهذه المقاومة لا تعني الرفض المطلق، ويمكن أن نفسرها بأن الأشخاص يحاولون فهم التطورات الجارية حيث لا يمكن ببساطة التخلي عن النماذج المتبناة سابقا.

يقول: PrBernadou de l'hôtel dieu "من الطبيعي أن نجد مقاومة التغيير وليس العكس لأن الشخص يوجد لديه نظام دفاعي ضد الأفكار، الآراء والسلوك، ما يشبه النظام المناعي من أجل الحفاظ على الهوية الفيزيائية، ذلك حتى وإن أدرك المستخدمون أن عليهم التطور والتأقلم مع النظم

¹ المرجع السابق، ص 290.

² دانا، جاينسن روبنسن و جيمس روبنسن، مرجع سابق، ص 194.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

الجديدة للتنظيم بتبني سلوكات جديدة مختلفة عمن تلقوها ضمن التكوين الأصلي، فإنه علينا أن نفهم أنه من الطبيعي ظهور مقاومة التغيير خاصة في مراحله الأولى فإنه سوف تكون المقاومة بشدة. و هناك المقاومة السلبية و التي تظهر على شكل ردود فعل دفاعية للحفاظ على السلوك، الهروب التجنب، الخوف من عدم نجاح التغيير، فشل التغيير يفسر بأنه يرافق غالبا بأزمة أو عدم ارتياح اضطراب لنشاطات الأفراد و الجماعات الروتينية و اليومية.¹

الفرع الثاني: أسباب مقاومة التغيير التنظيمي

علينا أن نعرف الأسباب المنطقية و الانفعالية وراءها، و لو أن التمييز بين مقاومة التغيير لأسباب منطقية أو انفعالية هو أمر صعب في الحقيقة، فالمقاومة المنطقية تظهر بسبب نقص في المعلومات المتعلقة بالتغيير، أما المقاومة الانفعالية تظهر بسبب مفهوم أو إدراك أن التغيير سيكون له أثر سلبي أي أن أصلها يعود إلى عوامل نفسية قوية، و لا يمكن التغلب على هذه المقاومة بمجرد توفير معلومات و حقائق إضافية، في هذه المقاومة تثور مشاعر الخوف و القلق و الشك بسبب إدراك الفرد لمدى تأثير التغييرات عليه، وبسبب الطبيعة الشخصية للمقاومة الانفعالية فإنها غالبا ما يصعب فهمها من طرف الآخرين.²

وقد بينت الدراسات كالدراسات التي قام بها "ماتروكا هن"، أن الأسباب الرئيسية التي تجعل الأفراد يقاومون أي تغيير هي:

- 1- الجهل على المستوى الفردي والجماعي بصعوبة التغيير وأهدافه: عدم وجود البيانات الكافية لديهم عن هذا التغيير، وأهدافه وتأثيره فيهم وفي أعمالهم.
- 2- دافع المحافظة على أعمالهم وعلاقاتهم الاجتماعية داخل العمل: هو الذي يدفع العمال إلى مقاومة التغيير التي تدخلها الإدارة ومحاولة إحباطها³، فالناس عادة يميلون إلى أن يكونوا محافظين، ذلك أن العقل الإنساني والشخصية يشكلان عن طريق اكتساب معتقدات وخبرات معينة وأنماط سلوك، كما أن طرق التفكير والعرف والنظم الرئيسية في المجتمع تتوحد فينا بحيث تصبح جزءاً أساسياً من شخصياتنا، ونتيجة لذلك نجد أن معظم التغييرات تحدث بالتدريج، وتظهر الثقافة درجة

¹ Abdelsamed ,Bengouffa, Op.Cit,P. 14.

² محمد، علي محمد، مرجع سابق، ص233 .

³ علي، سلمى. السلوك الإنساني في الإدارة. القاهرة: دار غريب للطباعة، دون ذكر تاريخ النشر، ص 236.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

معينة من الثبات هذا لأن قبول أو رفض أحد التجديدات هو أساسا فعل داخلي لا يمكن ملاحظته مباشرة ، وإنما يمكن استنتاجه ويكون واضحا في التغييرات اللفظية، و كما يمكن استخلاص عمليتي القبول و الرفض من الأحداث الخارجية التي يمكن الحصول عليها و التي يمكن التحقق منها بالملاحظة المتكررة.¹

3- تهديد التغيير لخبرة الجماعات المتخصصة في مهارات معينة، ونقص الوسائل لوضع التغيير: يقول ريشارد دلاير: "لا يوجد إنسان يقبل التغيير"، فالمطالب الجديدة تحطم قيمة المهارات والمعرفة التي اكتسبها.

4- أسلوب تقديم التغيير للعمال: عامل أساسي في مدى تقبلهم للفكرة أو معارضتهم لها ومن ناحية أخرى فإن أي مشروع للتغيير لا يأخذ بعين الاعتبار الآثار المتوقعة في جماعات العمل وتنظيماتها الاجتماعية وعلاقات العمل بينها مهدد بالفشل.²

5- يرتبط التغيير إلى حد كبير بالثقافة: فالثقافة هي التي تحدد كيف نقف و نجلس و نتعامل وتقرر الحركات التي نستعملها، و كيف نتعامل مع أجسامنا، بالإضافة إلى اعتبارها نظاما فرعيا في المنظمة بالرغم من أنها الجزء الأثقل في تحركها نحو عملية التغيير، فهي تميل إلى الثبات و كل تحديد معنوي أو مادي.³

6- العمل التنظيمي عندما يكون بيروقراطيا: ينمي الانغلاق ويمكن أن يحصر الأشخاص، إذ كيف يمكن أن ندير عملية التغيير ونطور الممارسات المهنية في حين أن التغيير طبقا للتحليلات النظرية لا يجب أن يفرض، وإنما يجب أن يحس خلالها الفرد بأنه فاعل أساسي فيها ومستفيد منها.

ولأن التغيير المفروض يخلق حالة من الركود، لأن التغيير الناجح لا يتم بطريقة أحادية الجوانب وإنما هو نتاج جماعي، فيجب أن نترك الوقت للفاعلين لتفهم واستيعاب التقلبات التي قد يعتبرها البعض مثل صدمات.

¹ سناء، الخولي. التغيير الاجتماعي والتحديث. ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988، ص133.

² محمد، علوي. "الإشكالية المرتبطة بالثقافة والتغيير التنظيمي والبشري للمستشفى". مذكرة بحث في إطار تكوين طويل المدى. المدرسة الوطنية للصحة العمومية. الجزائر، 1998، ص94.

³ محمد، الدقس، مرجع سابق، ص220.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

الجمود التنظيمي هو عامل مهم من عوامل المقاومة، فالعمل ضمن وسط مليء بالإجراءات الرسمية يخلق شخصية غير قادرة على التأقلم السريع، إذ أن العمال في هذا الوسط تصبح مهمتهم الرسمية هي الإلتحاق الحرفي للأوامر الكتابية.¹

فالتغيير يخلق حالة من الخوف من المجهول، الخوف من فقدان الأمان، فقدان التجارب والمهارة، فقدان وضعية مكتسبة متحكم فيها و معترف بها، مقاومة التغيير قد تظهر بطريقة أكثر ديناميكية عن طريق أفعال إرادية من أجل إفشال عملية التغيير، وأكثر حالة تظهر فيها هذه الحالة عندما تبدو تكلفة التغيير كبيرة جدا بالنسبة للأفراد، فقدان السلطة، مناطق الشك، ضياع الفائدة والامتيازات الاجتماعية أو فقدان الهوية، و يعبر عنه بمظاهر سلوكية: كالتأخر عن العمل، التباطؤ في إنجاز الأعمال، عدم الاهتمام بالنوعية، و قد تصل هذه المظاهر إلى حد الإضراب و التخريب.

لقد رأينا في مختلف تعاريف التغيير التنظيمي، كيف أصبحت تعطي قيمة للفرد داخل المؤسسة لاشتراك عملية التغيير التنظيمي وتأثير العوامل البيئية المتعددة والمتسارعة، فلا بديل اليوم للمؤسسات إلا بالتكيف المستمر مع البيئة ومخاطرها وتجنب المقاومة بتقوية أواصر الإدارة والتحكم في عملية التغيير، ولهذا سنحاول من خلال المبحث اللاحق دراسة تطور المؤسسات والفكر والنماذج النظرية والامبريقية التي جعلت التغيير التنظيمي بمفهومه الحالي.

المبحث الثاني: أهم التحولات في فكر التنظيمات وكيفية تبلور النموذج الحديث

إن التغيير هو أمر لا مفر منه ، إلا أن طبيعته اليوم تتميز بالصعوبة مصدرها بيئة غير أكيدة وسريعة ومليئة بالمخاطر، كما أن وجود التنظيمات أصبح يتحقق بالمرونة و تحقيق التنافس والتوازن في تطبيق التغيير، ولهذا كان لا بد لنا من أن نبين أهم المحطات و العوامل التي أدت إلى تبلور التغيير ضمن النموذج الجديد حسب الترتيب الزمني والموضوعي ، و أن نبين الثروة الفكرية والنظرية التي اهتمت بالتغيير وقدمت نماذج ناجحة اتخذتها التنظيمات كسبيل لإنجاح التغيير، وأيضا من خلال ذلك نبين التفاعل بين الجانب العملي التطبيقي والجانب النظري وأهميته في إثراء الأفكار والتطبيقات حول التغيير التنظيمي وتطور علم الاجتماع التنظيمي والصناعي.

¹Ali, Belaid. Système de Gestion. Cours Post de Graduation en Management des Organisations. 2004, Ecole Nationale de santé Publique, Alger, P. 19.

المطلب الأول: التطورات النظرية والتطبيقية للتنظيمات

سنتناول أولاً الاهتمام النظري بالتغيير ومختلف التحاليل السوسيولوجية، ثم معظم التغييرات التي عرفتھا التنظيمات من أجل التكيف مع المتغيرات الجديدة واتجاه المجتمعات نحو الديمقراطية والتنظيمات نحو العصرية والتحديث بتبني قواعد تسيير حديثة وفلسفة جديدة.

الفرع الأول: تطور الاهتمام بدراسة التغيير في علم الاجتماع

لقد شكلت قضية التغيير محور اهتمام علماء الاجتماع على امتداد المراحل التاريخية المتعاقبة حيث توصلوا إلى حقيقة مؤداها أن تحليل قضية التغيير قد مر بمرحلتين: مرحلة ما قبل التراث العلمي لعلم الاجتماع ومرحلة التفكير العلمي في علم الاجتماع.

المرحلة الأولى: وتشمل هذه المرحلة فترة الحضارات الأولى إلى غاية نهاية القرن الثامن عشر، فالملاحظ أنه خلال البدايات الأولى لهذه المرحلة كان العالم يسوده الثبات النسبي في أوجه الحياة الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية ، فالحياة الاقتصادية لم يحدث بها تغيير كبير بسبب سيطرة الاقطاع وسيطرة التفكير الغيبي الذي كان القاسم المشترك بين الغالبية العظمى من السكان على اختلاف أماكن تواجدهم ، لأن التغيير في هذه الفترة كان يتنافى مع فلسفة الحياة وطبيعة القيم السائدة ، وقد استمر هذا الوضع إلى غاية ظهور تيار التمرد والذين دعوا إلى ضرورة استبدالها بنظم بديلة مبنية على العقل والمنطق ، كما دافعوا على مبادئ الحرية والمساواة.

وبانتهاء العصر اليوناني وبداية العصر الروماني، برزت تحولات جديدة في الحياة الاجتماعية بحيث أصبحت السمة الأساسية السائدة هي التباين والاختلاف في كل الميادين.

كما شهدت فترة نهاية القرن الثامن عشر إلى نهاية القرن التاسع عشر انبعاث التيارات الليبرالية والراдикаلية الذي ساهم في انتشار أفكار التطور و التغيير لتفادي تفكك المجتمعات وانحيارها، ويرجع الفضل إلى مجهودات الفلاسفة منهم هيغل انجلز و ماركس ، فكانت بمثابة التربة الخصبة التي غذت التفكير الاجتماعي بتصورات جديدة لتحليل التغيير ودراسته دراسة واقعية تساهم في فهم حركة المجتمعات الانسانية.

المرحلة الثانية : وتتميز هذه الفترة بنضج الفكر العلمي وظهور الأنساق المعرفية منها دراسة كونت عن الديناميكية و فيبر عن الرأسمالية و "دوركايم" عن تقسيم العمل و "تالكوت بارسونز" في

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

سعيه باستكمال البناء النظري لعلم الاجتماع و البحث عن الشروط القانونية لتوازن النسق الاجتماعي وتيار آخر في فترة الأربعينات و الخمسينات منها "رايت ميلز" والذي يرى أن تشخيص المشاكل يساعد على فهم الأوضاع الراهنة.¹

بالإضافة إلى أعمال "وليام اجبرن" و "شنيدر" الذي درس دور حركات العمل المنظمة باعتبارها مصدرا محركا للتغيير على مستوى تنظيمات العمل الصناعي، وذلك بالنظر إلى اسهامها في تغيير موازين القوة بين كل من العمال والادارة من خلال ظهور الاتحادات العمالية والمنظمات النقابية.

أجريت دراسات رائدة في إنجلترا وفرنسا في بادئ الأمر، ثم في الولايات المتحدة الأمريكية بعد ذلك، ورغم أن القائمين على اجراء هذه الدراسات ليسوا من علماء الاجتماع، إلا أن نتائجها واهتماماتها تركزت على الجانب الاجتماعي من منظور مشكلات العمل عند مستوى طبقة عمال الصناعة، ولقد أسهمت عدة عوامل في القيام بهذه الدراسات الرائدة التي كانت بدايتها بمبادرة من جانب المصلحين الاجتماعيين ثم بتشجيع من أصحاب الأعمال بعد ادراكهم لأهمية العنصر البشري في الصناعة وذلك مع بداية القرن العشرين.²

وأهم العوامل التي أدت إلى القيام بالدراسات التطبيقية الرائدة هو:

- تردي أحوال عمال الصناعة داخل المصانع وخارجها، فنتيجة تعميم استخدام الماكينات داخل المصانع أحس العمال بالضرر البالغ الذي لحقهم وقاموا بتحطيمها وتكاثرت حوادث تحطيم الماكينات، بالإضافة إلى ظروف العمل القاسية منها الحرارة المرتفعة، ضعف الإضاءة، حوادث العمل، استخدام مواد ضارة، ولعل ذلك كان دافعا أساسيا لنمو الحركة العمالية في بريطانيا خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر ووصل التذمر إلى حد القيام بالإضرابات منها أشهر اضراب الذي قام به عمال الموانئ سنة 1889، وتم بالفعل تحقيق مطالب العمال التي تمثلت في خفض ساعات العمل وزيادة الأجور.³

¹ المرجع السابق، ص 3-4.

² اعتماد، محمد علام. علم الاجتماع الصناعي التطور والمجالات. القاهرة: مكتبة الأنجلومصرية، 2010، ص 44.

³ المرجع السابق، ص ص 44-45.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

- سوء استغلال العمال من طرف أصحاب العمل واعطاؤهم الأجر الأدنى الذي لا يتعدى حد الكفاف، زيادة معدل التغيب وتراجع انتاجية العمل.
- دعوة المفكرين المصلحين إلى ضرورة الاهتمام بالعنصر البشري والتغلب على مشكلات الصناعة.

كما شهد النصف الثاني من القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين عددا من الدراسات والبحوث التطبيقية ذات النزعة الإصلاحية والتي كونت الخطوة الأولى لنشأة علم الاجتماع الصناعي. وأهم هذه التجارب:

تجربة مدن الشركات: تجربة روبرت أوين (1771-1858) رجل الأعمال الأسكتلندي، والتي تركز على الاهتمام بالظروف الاجتماعية والاقتصادية لهؤلاء العمال ولهذا أقام لهم منازل وأنشأ المدارس ومتاجر بما يمكن تسميته القرية التعاونية، وهي التجربة الأولى التي تهتم بالبعد الإنساني. وقد كانت هذه التجربة ناجحة خاصة لتبيانها التأثير السلبي للفجوة القائمة بين أصحاب العمل والعمال على انتاجيتهم، وقد تمت محاكاة هذه التجربة من طرف رجل الأعمال الأمريكي Francis Cabot Lowell وأنشأ مدينة صناعية تحت اسم "The City Of Lowell".

وتوالى بعدها تجارب منها تجربة "لويل" وتجربة "هنري فورد" سنة 1914 وغيرها التي اهتمت بالبعد الإنساني وتحسين ظروف العمال.

قام "ماركس" بإجراء مسح اجتماعي من خلال صحيفة الاستبيان حول وصف الواقع الفعلي لعدد من العوامل ذات التأثير في وضع العمال مثل حجم المصنع، ظروف العمل، الأجور، ساعات العمل، الاضرابات والنقابات العمالية، وما يواجهه العامل من شروخ في العمل، والتي من خلالها استطاع "كارل ماركس" مناقشة الأوضاع السيئة للعمال وإحساسهم بالاغتراب في العمل وقد تبنى أفكار ماركس حول الاغتراب والوضع الطبقي للعمال اثنان من الرواد كان لهما التأثير الواضح في اثراء علم الاجتماع الصناعي بالفكر الراديكالي في هذا الصدد وهما "رينهارد بندكس" و"سيمور مارتن" بالإضافة إلى عدة مسوح.¹

¹ المرجع السابق ، ص 51.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

إن هذا التحول الإيجابي نحو الاهتمام بالعنصر البشري في التنظيمات ما كان ليحدث لولا تضافر عوامل أسهمت بطريقة غير مباشرة في دخول علماء الاجتماع المجال الصناعي وهذه العوامل وهي:

- نمو الحركة العمالية ونجاحها بفضل تكتل العمال ووقوفهم أمام تعنت أصحاب العمل والتي كانت نتيجتها تكوين نقابات العمال؛
- تصاعد حملة الانتقادات من جانب مفكري أوروبا لتعسف أصحاب العمل ومن بين الذين قادوا الحملات للمطالبة بالمساواة والعدالة الإنسانية كارل ماركس وإنجلز؛
- انتشار فكرة الدولة الأبوية؛
- اقتحام العمال النظام السياسي واشتراكهم في صنع القرار السياسي منها تشكل حزب العمال في إنجلترا عام 1839؛
- عدم قدرة البحوث و الدراسات النفسية والادارية على تقديم حلول كاملة لمشكلات العمل أو تقديم تفسيرات شاملة لسلوكيات العمال خاصة المتعلقة بدوران العمل، التغيب عن العمل وانخفاض الانتاجية في مواقع العمل.

لذلك نجد أن موقف علماء النفس وعلماء الادارة الذاهب إلى عدم الحاجة لعلماء الاجتماع في دراسة مشكلات الصناعة قد تغير من النقيض إلى النقيض مع بداية القرن العشرين، حين دعوا إلى أهمية ودوره في تفهم أبعاد المشكلات منها دراسة قام بها منستربرغ حول سمات مشرفي على العمال وتجربة نفسية قبلا قام بها "وليام ماذر" والتي نجح فيها في تقسيم عدد ساعات العمل إلى ثمان وأربع ساعات مع تحقيق زيادة في انتاجية عمال الصناعة.

وفي العقد الثاني من القرن العشرين تم الاستعانة بعالم النفس الاجتماعي الأمريكي "التون مايو" من خلال دراسة على عمال النسيج عام 1923 لمعرفة أسباب ارتفاع معدل دوران العمل ومن هنا بدأت ملامح علم الاجتماع الصناعي تظهر وخصوصا مع ظهور تجارب ونظرية تايلور.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

تعد نشأة علم الاجتماع الصناعي ذات نزعة امبريقية واضحة تمثلت في بحوث وتجارب تركزت على الجوانب الاجتماعية وعند مستوى تحليلي محدد تمثل بطبقة العمال وما كانت تعانيه من ظروف سيئة في مواقع الانتاج.¹

أيضا من الاسهامات النفسية الاجتماعية في مجال دراسة الجماعات ، ما قدمه "كيرت ليون" من دراسات هامة على دينامية الجماعة في عام 1930 ، أيضا ما قدمه "ج.ل مورينو" بما يعرف بالقياس الاجتماعي في عام 1934 ، كما تم ترجمة العديد من اسهامات "كارل ماركس" و"جورد زيميل" و"اميل دوركهايم" و"ماكس فيبر" ، فإن الحاجة العلمية تفترض الرجوع الدائم لها ومنها ما قام به "تالكوت بارسونز" في ترجمة اسهامات "ماكس فيبر" كما تم اجراء الكثير من البحوث والدراسات الامبريقية على الجماعات غير الرسمية وعلاقات هذه الجماعات بالمستويات الإشراقية المباشر عليها وتأثيرها على الكفاية الانتاجية ، وكان من نتائج هذه البحوث اكتساب علم الاجتماع الصناعي تقدما ملحوظا سواء في المنهج أو من حيث التوصل إلى تعميمات بحثية وأطر نظرية تصورية استخدمها الباحثون فيما بعد في اجراء دراسات على تنظيمات غير صناعية ، منها دراسات "هوثورن" و "مايو" و "كيرت ليون" على القيادة داخل جماعة الأطفال .

ودراسة أخرى على الجماعة غير الرسمية التي قام بها "وليام فوت وايت" باسم جماعة الناصية والتي استخدم من خلالها عدداً من مفاهيم عن التفاعل الاجتماعي عند كل من "شابل" و"كون" واهتمام علم الاجتماع بقضايا التغيير من أجل التنمية الشاملة التي تعتمد على التخطيط العلمي المدروس، لأن دراسة الواقع واستيعاب قضاياه يساهم في التغيير نحو الأفضل.²

كل هذه الدراسات قد ساهمت في ارساء قواعد معينة في تطبيق التغييرات وأبعاد جديدة للتنظيمات سوف نبين أهم التطورات التي طرأت عليها لتصل إلى ما هي عليه في وقتنا المعاصر.

الفرع الثاني: تطور النظريات والتنظيمات في مواجهة التغييرات

في ظل كل التحولات العالمية والمحلية تركز المؤسسة كتنظيم، التي تمثل عنصرا يتأثر بهذه التحولات ويظهر ذلك على الأفكار والاتجاهات التي تسيّر الإدارة في كل مرحلة من مراحل حياتها.

¹ اعتماد، محمد علام، مرجع سابق، ص 51.

² المرجع نفسه، ص 70.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

كيف تتفاعل المؤسسة في الوقت الحاضر مع بيئتها مقارنة بالماضي؟ أي ما الذي يميز المؤسسة اليوم عن الأمس بكل مكوناتها الداخلية والخارجية؟

لفهم نشأة التسيير الحديث لا بد أن نرجع إلى اسهامات الاقتصاديين للتيار الكلاسيكي في دراسة التنظيمات لمفاهيم قابلة للاستعمال في تسيير التنظيمات منها آدم سميث حول تقسيم العمل سنة 1776 ودافيد ريكاردو 1817 والذي تنبأ في وقت باكر عن التخصص في العمل وغيرها فالتيار الكلاسيكي أثر تأثيرا بالغا في تكوين التيار العقلاني في نظريات التنظيم.¹

أولا: النظرة الكلاسيكية: ومدارسها هي:

1. المنظمة العلمية للعمل:

والتي تبنها الأمريكي فريدريك تايلور (1856-1915) من خلال اصداره لعدة مقالات سنة 1859 وفي سنة 1903 أصدر مقالا حول ادارة الورشات و اصدار كتاب سنة 1911 حول الطريقة العلمية في التسيير "scientific management"، والتي يعرفها من خلال كتابه بأنها " ثورة كاملة في طريقة تفكير العمال ،فيما يخص الطريقة الواجب استعمالها للقيام بواجباتهم نحو أصحاب العمل وأيضا ثورة على طريقة تفكير المسيرين على مستوى الادارة ،فهو يقترح بدلا من الصراع بين أصحاب العمل و بين العاملين حول القيمة المضافة مثل الأعداء ،من المستحسن مضاعفة العاملين كامل الجهود من أجل تطوير وزيادة القيمة المضافة ، عن طريق خلق ثقة مشتركة بين الطرفين وتحسيس العمال بالمسؤولية من خلال مهمات المراقبة والإشراف و البحث عن النوعية"².

ويمكن أن نقول بأنه بذلك كانت له نظرة مستقبلية استعملت من طرف التنظيمات المعاصرة وحتى وإن لم تترجم بالشكل الصحيح، ويمكن أن نوجز أهم المحاور التي أتى بها تايلور وهي:

- التقسيم الأفقي للعمل: تقسيم العمل والتخصص في المهام ودراسة الوقت اللازم لتنفيذ من أجل تحديد أحسن طريقة لأداء المهام؛
- التقسيم العمودي للعمل: وهو تصور يقوم على الفصل التام بين وظيفة التصور والتنفيذ، وهي طريقة تضمن الشخص المناسب في المكان المناسب ؛

¹Jean, Michel Plane, Théorie et Management des Organisations .3^{ème} edition. Paris : Imprimerie Dunod, 2013, P.6.

²Ibid ,P.7.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

- مراقبة العمل كإرساء نظام مراقبة بحيث أن كل نشاط وتصرف ينفذ من طرف العامل يخضع للمراقبة، ولهذا تمتصيب "contre maitre" للقيام بهذه المهمة؛¹
- الهياكل محددة بدون غموض؛
- العامل مجرد منفذ فقط وليس له الحق في التفكير؛
- التحفيز الوحيد للعامل هو التحفيز المادي.²

فإن مبادئ هذه المدرسة تقوم على امكانية تطبيق المنهج العلمي على النشاط الإنساني، بما أننا نتكلم عن الملاحظة وترتيب النشاطات والتحليل واستخراج القوانين التي تمنح لنا الأفضل حول طريقة عمل الأجراء أو العمال "savoir faire"، وهي تعتبر نقطة قوة بالنسبة لهذه المدرسة لأن تطور المعارف والتقنيات الصناعية استمرت في الانتشار بهذه الطريقة منها الاعلام الآلي والإنسان الآلي التي تعتمد على التحليل الاوتوماتيكي والتي تستعمل كشروط لتطبيق التكنولوجيات الحديثة.

تايلور سعى إلى انجاز نموذج تنظيمي من أجل تطوير تسيير الانتاج من أجل رفع الانتاجية وبهذا يعتبر أول منظر وضع طريقة ميدانية من أجل رفع الانتاجية وبطريقة معتبرة، ومن بين اسهاماته في عصرنه الادارة أيضا يضيف "h.savall": "تايلور كانت لديه فكرة مهمة في مواجهة التبذير: سواء على مستوى الوقت، الحركات."

ومن بين الدراسات أيضا:

- الدراسة التي قام بها "savall" على هذه النظرية: وأن البحث عن الفعالية في حد ذاتها هي جدية بالثناء، إلا أن الإطارات التي لا بد أن تلعب دورا استراتيجيا في التطورات الإنسانية داخل المنظمة أعطت لهم دورا يتمثل في نقل المعلومات والكفاءة فقط كما لم تعط أهمية كبيرة لروح الفريق، كما أن هناك انتقاد آخر ناتج عن المبالغة في التخصص.³

- الفرنسي هنري فايول (1841-1925)، وأفكاره التي تقوم على البحث على العقلانية في العمل باقتراح مجموعة من المبادئ التي توضع تحت تصرف المسير لتسيير المؤسسة بطريقة عقلانية " الطريقة المثلى في العمل"، فايول أدخل مفهوم الوظيفة كأداة مهمة في حياة المؤسسة، واقترح الفصل بين ستة "6" وظائف بالمؤسسة:

¹Patrick, Gilbert, Op. Cit, P. 7.

²Ibid, P. 9.

³Jean Michel, Plane, Op.Cit, P. 11

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

"التقنية، الإدارية، المحاسبة، التجارية، المالية، الاجتماعية و الأمنية"¹.
كما أظهرت هذه الدراسات بعض الفروق بين المفكرين: بالرغم من تبنيهما لنفس الفكر، فتايلور كان يهتم بالأمور التقنية والعوائق الناتجة عن ذلك، أما فايول فكان يهتم بهيكل التنظيم. والشكل التالي يبين الفرق بين المفكرين:²

جدول رقم (03): الفروقات بين فكر فايول وتايلور

المهام	فايول	تايلور
مراقبة العمال	وحدة العمل المبادرة مطلوبة	تعدد وحدات الاشراف لا للمبادرة
التخطيط	شاملة لكل فترة العمل	مفصلة من أجل انجاح المهام
الانشغال الرئيسي	الأمن و سعر الوحدة	الانتاجية
طرق العمل	حر	مفروض

Source : Pierre Labardin, L'essentiel de l'histoire de la gestion.

فخلال الفترة الممتدة بين 1900-1945 عرف المجتمع الدولي نشأة العديد من المصانع الكبرى منها توتال والستوم و الجوية الفرنسية ، ومن الناحية التنظيمية عرفت هذه الفترة التأثير الكبير بالفكر التايلوري وفكر "فايول" الذي أدى إلى قلب في طرق التنظيم والعمل والتي انتقلت إلى فرنسا، على سبيل المثال ،ابتداء من 1912 ، كما عرفت هذه الفترة مفهوم مراقبة التنظيمات بمختلف الأوجه ،مراقبة التسيير و تسيير الموارد البشرية و تسيير الانتاج ، فمثلا فيما يخص تسيير الموارد البشرية تايلور يقترح نظاما لصالح المسير من جهة برفع الانتاجية من جهة وبالنسبة للعامل الحصول على العلاوات انطلاقا من هذه الانتاجية واقترح عدة عوامل لرفع الانتاجية منها تقسيم العمل العمودي و الأفقي.

¹Ali, Belaid , Op.Cit, P. 17.

² Pierre, Labardin. L'essentiel de l'histoire de la gestion. 3eme Edition. Paris : lextenso édition,2015, P.32.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

فالتقسيم الأول يعتمد فصل مختلف المهام طيلة سير الانتاج والثاني يعتمد على الفصل بين مهمتي التنفيذ والتصور، فالتخصص في الوظائف يعطي تحكما أكثر للعمل، كما اهتم بظروف العمل منها الحرص على النظافة والإضاءة.¹

كما أن فايول يعطي الحرية فيما يخص المراقبة في اختيار المناهج وطرق العمل والتنظيم الحر للفريق وحتى الاختيار الحر يساهم في التفاهم وفي المحاكاة وأيضا من بين مساعدي تايلور "Gilbert" والذي اهتم بالطرق المختلفة التي تنفذ بها الأعمال، وذلك من خلال ما لاحظته عمليا، بأن كل مشرف عمليات يعلم بطريقة مختلفة عن الأخرى، وأعد لذلك كتابا سنة 1911 بعنوان مفهوم التعليم "Notion study"، وبعدها استكملت الأبحاث في إطار علم النفس الاجتماعي زوجته من خلال كتاب يسمى دراسة التعب "Fatigue study"، من خلال الشائبة "الحركية والوقت" واهتمت بإيجاد الوسيلة الملائمة لاستكمال المهام، وبأن هناك علاقة واضحة بين الحركات والتعب أو الإرهاق. كما كان هدف الدراسة البحث عن فاعلية العمال عن طريق تخفيض التعب والارهاق ولهذا تم اقامة تصورات لتسهيل وتبسيط العمل.

فورد: استعمل بقوة مبدأ التايلورية في مصانع السيارات والذي ساهم في تطور النمو الاقتصادي العالمي، وفكره يدور حول العرض يخلق الطلب وبأن تخفيض السعر يؤدي إلى زيادة استهلاك بحجم كبير واعتماده على الاقتصاد الهيكلي وعلى الأجر اليومي من أجل جذب العاملين وتقديم امتيازات منها كسب سيارات وبالتالي يكونون في نفس الوقت زبائن لهم وزعمهم. هذه النظرية ومع سنوات السبعينات تجد حدودها نظرا للظروف الاقتصادية الجديدة.²

وفي الحقيقة قبل التنظير التايلوري و نظرا للتطور الصناعي كانت هناك عدة محاولات وإصلاحات اجتماعية واقتراح برامج المجتمعات المثالية، بين سنوات 1772 و 1837 والتي تتكلم على أهمية الانسجام داخل التنظيم ثم توالى أبحاث بدعم التجارب التي تتكلم على تكوين الجماعات التلقائية الديمقراطية داخل التنظيم والتي تقدم استشارة إلى الإدارة ، والتي تحاول تطبيقها "Godin" و هدفه البحث عن التطوير داخل المجموعات من خلال تكوين فرق تجمعهم ظروف مشتركة وعلاقات ، سلوكيات قائمة على التضامن والثقة وهي أفكار متطورة و سابقة لعهدا

¹Op.Cit,P.32.

²Jean Michel, Plane, Op.Cit, P.12-15.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

حيث يتكلم عن مواجهة الأفراد لبعضهم و تشجيع العمل ضمن الفريق ولهذا لقي مقاومة ثقافية وهيكلية كبيرة ، نظرا لتعود الأفراد عن صدور القرارات من الادارة و تقبلها أكثر ، بعدها بسنوات ظهرت أعمال "مينزبرغ" و "فولات" والذين شكلوا النظرية الفعلية لفريق العمل¹.

أعمال (Godin) نشرت سنة 1913 وأهم النقاط التي أتى بها أنه بإمكان المسير الاستعانة بعلم النفس في ثلاث مراحل، وأولها أنها تسهل عملية اتخاذ القرار لاختيار الأشخاص الأكثر كفاءة لاحتلال منصب معين و ضرورة إيجاد وسط نفسي مناسب للعمال كما أنها تمنح اختياراً واسعاً للوسائل التحفيزية لتحقيق الأهداف ، وهذه الأعمال قد ألهمت تيار العلاقات الإنسانية فيما بعد وهارفارد، وبعدها بسنوات ظهرت "فولات" والتي اهتمت بالعلاقات الإنسانية وعلاقات المجموعات وأهميتها بالنسبة للإدارة و اهتمت بالمفاهيم السلطة و السلطة المشتركة و الغالبة ولا بد من تقسيمها على كامل المنظمة من خلال خلق نظام لتوزيع المسؤولية وبالتالي تعتبر هي الأولى التي عبرت عن مفهوم اللامركزية التنظيمية كما اهتمت بدور الانسجام داخل فرق أو المجموعات وأهميتها في الانتاج الجماعي وكما شكلت نظرية الفرق والتي تتكلم فيها عن مبادئها والتي أهمها التنسيق والمناجمت الجوّاري والتصور الجماعي للعمل وإقامة العلاقات التفاوضية لحل النزاعات.²

إذا كان الفكر التايلوري يهتم بالإنتاجية فقد ظهر فكر آخر والمتمثل في المقاربة الادارية والتي تهتم بالإدارة في الجمل وبممارسة السلطة داخل التنظيمات.

2-المدرسة الادارية:

البيروقراطية: المتبناة من طرف "ماكس فيبر" عالم الاجتماع الألماني 1864-1920 الذي عبر من خلال البيروقراطية بأنها الوسيلة العقلانية والفعالة في التسيير باعتبارها تقوم على:

- الكفاءة في العمل، من خلال خلق قواعد تنظيمية واحترام السلم الإداري؛
- التوظيف يتم حسب مواصفات محددة مسبقا والتسيير المهني يكون حسب الأقدمية؛
- فصل بين الشخص والمنصب الذي يتولاه، كما أن العلاقات التي تنشأ هي علاقات بين المناصب وليست بين الأشخاص؛

¹Op.Cit, P .19.

²Ibid,P.20-22.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

- العلاقات التي تنشأ هي علاقات تقوم على الكتابة و ليست علاقات شفوية.¹
أعمال للعديد من المفكرين منها ل: "Lyndall F.Urwik" و "Gulick" المتأثر بفكر " فايول" والذي اقترح نموذجاً ادارياً يقوم على المحاور التالية:

التخطيط، التنظيم، التوظيف، الإدارة، التنسيق، ارجاع المعلومة، الميزانية.

ثم ظهرت أفكار برنارد الذي أضاف قيمة للدراسات من خلال اهتمامه بتحليل العلاقة بين التنظيم الرسمي و غير الرسمي ووظيفة المسير و اتخاذ القرارات ، و بأن هذا النظام الموازي للنظام الرسمي لا بد أن يؤخذ بعين الاعتبار من طرف المسير و أهميته في خلق توازن اجتماعي داخل التنظيم عن طريق خلق قيم مشتركة ويعتبر أن الإدارة هي نظام اجتماعي للتفاعلات معقد لا بد من الاهتمام به من أجل تفادي الاختلالات منها (التغيب، عدم الاستقرار ، حوادث العمل) كما كان من الأوائل الذين تكلموا عن ثقافة المؤسسة سنة 1938، إن النظريات العلمية والادارية للتنظيمات ارتبطت بالموجة الأولى للتفكير التي سيطرت على التسيير من 1850 - 1960 ويمكن أن تعرف بأنها مرحلة تم فيها ارساء التنظيم عن طريق جملة من الإجراءات والقواعد الصارمة و غير الشخصية.²

إن المؤسسات حسب النموذج البيروقراطي أو التaylorي تتسم بدرجة كبيرة من التعقيد في الإجراءات والتقييد الصارم بالقوانين والانغلاق حيث كل شخص يعمل حسب الوظيفة التي يعمل بها والمركزية في اتخاذ القرار واحترام السلم الإداري، الاتصال عمودي فقط ولا وجود لعلاقات خارج الهرم الإداري. بالإضافة إلى عدم الاعتراف بمكانة الفرد، العامل البسيط لا يقترح ولا يفكر فهو آلة منفذة لأوامر الرئيس وإهمال الجانب الاجتماعي بالمؤسسة، ثقافة المؤسسة كانت ثقافة مالية تقنية حتى في المستويات الوسيطة في المؤسسة كانت تتسم بغياب ثقافة اجتماعية، حيث هناك فرض للعقوبات والتسلط وليس باستعمال فن التفاوض الذي يعنى بتنشيط فريق العمل.

بالإضافة إلى أن النظرة " التي كانت سائدة و لفترة طويلة أن المؤسسة التي ليس لديها مشاكل اجتماعية هي المؤسسة الناجحة، فوجود النقابة هو مصدر إزعاج و حالة مرضية.³

ثانيا: النموذج الكلاسيكي الحديث

¹Hubert ,Landier, Op.Cit, P . 88.

²Jean Michel ,Plane,Op.Cit,P.40-42

³Hubert ,Landier,Op.Cit, P. 88.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

وتتشكل أساساً من المفكرين "Ap Sloan" و "Druker" و "Chandler" وهي ارتبطت واقعياً مع الحركة الامبريقية والتي تطورت بعد نهاية الحرب العالمية الثانية من خلال عدة تجارب و قد تضع محل انتقاد ذلك الفصل بين النظري والتطبيقي في التنظيمات و أعطوا اهتماماً لاحتياجات المنتفعين ضمن تحليل المنظمات والاستجابة لتطور هذه الاحتياجات وتطور التسويق مع الأخذ بعين الاعتبار التغييرات الاجتماعية و التغييرات الجديدة من خلال تحليل حالات ملموسة ، كما أعطوا أهمية للإدارة العامة و الهياكل التنظيمية وتشجيع الإدارة بالأهداف وتفويض السلطة و التحفيز عن طريق التنافسية والمراقبة من خلال اللامركزية العمودية والأفقية والتقييم من خلال تحقيق الأهداف و التخطيط الاستراتيجي .

دروكر أول من تكلم عن المسؤولية بدلاً من السلطة ، و بأن الأهداف قد تكون من البيئة الخارجية وتقوم على مبدأ الانسجام و التنسيق ، و المسير لا بد له أن يكون مثل قائد الاوركسترا وقادر على التقييم الآلي ، تعرضت نظرية دروكر للانتقاد ذلك أن المجتمع الأمريكي معروف بالتنافسية و بالتالي يمكن تطبيق هذه النظرية بسهولة عليها ، و لكن الأمر يختلف عند المجتمعات مثل المجتمع الفرنسي التي تتميز بالكثير من النزاعات.¹

ثالثاً: انتقادات النظرية الكلاسيكية

إن النظريات الحديثة أو مجموعة النظام الاجتماعي وتيار العلاقات الإنسانية، أتت إثر انتقادات للنظرية الكلاسيكية من كونها تنظر للمؤسسة كنظام مغلق ولا تأخذ بعين الاعتبار عامل البيئة، النظريات الحديثة تقوم على مقارنة تركز على الدراسة الوصفية، العلاقات الموجودة بين حجم المؤسسة وبين الهياكل الرسمية، التكنولوجيا والمحيط مستعنيين ببحوث ميدانية، ودراسات تقنية وإحصائية وبمختلف العلوم.

وقد ساهمت الانتقادات والنقاشات للنظرية البيروقراطية في توجيه وتغيير في الأفكار والتي من أهمها:

1- روبرت ميرتون: والذي نشر سنة 1940 مقالاً من خلال نقد نظرية البيروقراطية لماكس فيبر "Bureaucratic Structure and Personality" و هو يركز على التحليل الوظيفي والهياكل

¹Jean Michel, Plane, Op.Cit, P. 43 -48.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

الاجتماعية وهو يعتبر من رؤساء الوظيفية، درس الظواهر الاجتماعية انطلاقاً من نظام معين والتي تقوم بدور الوظيفة الظاهرة عندما تظهر كنتيجة منطقية لتحقيق الأهداف المسطرة ولكن هناك مفهوم الاختلال الكامن بالمقارنة مع الهدف المسطر مسبقاً، كما تطرق إلى مفاهيم مثل السلطة وديناميكية العلاقات الاجتماعية والبيروقراطية وعلى أثارها على العنصر البشري وعلى طريقة التسيير ومنها التخفي وراء الاجراءات التي يحمي بها الأفراد البيروقراطيين والروتين الذي يخلق شخصية بيروقراطية، وهذا الذي يخلق الجمود ويخفض القدرة على التأقلم وعلى الابداع والخلق وعدم تحمل روح المسؤولية، كما انتقد النظرية البيروقراطية في أنها لم تظهر ذاتية الأشخاص، وأن تركيز الأفراد على القواعد والإجراءات يخلق ويولد قواعد جديدة أكثر حساسية ويكون فهمها أكثر تعقيداً، و يؤدي إلى نسيان حقيقة المنتفع وإعادة التمرکز وتعقيد المنظمة يزداد بالنتيجة.

كما أشار "ميرتون" إلى أن الأفراد بإمكانهم استنباط أو ادخال قواعد بيروقراطية من طرف أعوان التنظيم قد تحقق أهداف مخالفة للقيم الأصلية، كما أنها تخلق التقليل من البحث عن الحلول البديل في حال وجود خلل، وبالتالي يصبح من الصعب توقع سلوك الأفراد داخل المنظمة وتكبح قدرتهم على الخلق، ويعد ميرتون هو أول من أدخل مفهوم الخلل الوظيفي والتي لها أبعاداً ومجالات واسعة في مجال المناجمت اليوم.

2- مختلف البيروقراطيات عند قولندر: الذي طور مفهوم السلطة العقلانية وبأن تصور فير للبيروقراطية ممكن أن تصادف مشاكل المشروعية وبأن نظام السلطة العقلانية -المشروع قد يؤدي إلى غموض بين منطقتين: منطق الخبرة ومنطق الجزاء كما ميز بين 03 بيروقراطيات¹:

البيروقراطية الكاذبة: عندما يعتقد فاعلو المنظمة بأن القواعد الملقنة هي غير والتي لا تحترمن طرفهم مثل عدم التدخين.

البيروقراطية التمثيلية: وهي القواعد التي تتشكل من طرف الأشخاص الذين لهم مشروعية قوية داخل المنظمة، مثلاً قواعد من العمال والتي تتم بعد مشاورة مع العمال والتي دائماً تحترم.

البيروقراطية العقابية: وهي التي تنتج عن الاخلال بالقواعد وتترتب عنها عقوبات وتؤدي بالنتيجة إلى ضغوطات بين العاملين والإطارات.

¹Jean Michel, Plane, Op.Cit.58-60.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

إذن أهم انتقاد وجهه قولندر للبيروقراطية هو التركيز على القواعد الداخلية التنظيمية والقطيعة مع البيئة وخاصة مع المتفعين والشركاء الخارجيين.

3- بيتر بلو Blau Peter: الذي تكلم عن السلطة غير الرسمية وأهميتها داخل التنظيمات وبأن الحقيقة هي معقدة أكثر وبأن الفاعلين لهم القدرة من خلال التأقلم والتنسيق والتفاوض لتحقيق تحديهم وأهدافهم ومواردهما الخاصة، وبالتالي لا يمكن أن نتكلم عن الجمود الإداري بطريقة مطلقة، فالأفراد قادرون على إعادة توجيه القواعد وتحريفها.

4- ميشال كروزي : أيضا من خلال انتقاده لظاهرة البيروقراطية من خلال كتابه ظاهرة البيروقراطية سنة 1963 تبعا لدراسات ميرتون و قولندر ومن خلال أبحاثه التطبيقية أشار إلى غلبة العلاقات غير الرسمية داخل التنظيمات ، كما أن غياب حقيقي للترقية و الأقدمية قد يؤدي إلى خلق أزمت مشروعية داخل الهرم الإداري و بأن الحقيقة التنظيمية بعيدة عن النظرية البيروقراطية إذ تكثر العلاقات غير الرسمية والسلطة غير الرسمية والعلاقات الشخصية و بأن البيروقراطية تخلق الحلقة المفرغة و بأن مناهجت التنظيمات لا بد أن يعيد توزيع علاقات السلطة على حسب رهانات الفاعلين و مواردهم الخاصة (الخبرة ، شبكة العلاقات والتواصل والتحكم في قنوات المعلومات).¹

رابعا: العلاقات الإنسانية:

إن اهتمامها بدراسة السلوك الإنساني يعتبر بمثابة نقطة تحول في الدراسات التنظيمية التي ظلت لفترة طويلة مهتمة بالجوانب المادية، كما أنها أكدت على ضرورة دراسة الواقع التنظيمي بمختلف أبعاده الثابتة والمتغيرة، ومن بين مؤسسيها وروادها:

التون مايو: 1927-1932 والذي عمل على قياس العوامل البيئية حول الإنتاجية وعلى الأفراد، فالمجموعة تنتج من نفسها معايير إنتاجية و تراقب داخليا الإنتاج، لا يوجد إرضاء مالي فقط للعامل و إنما اجتماعي و نفسي.

نتائج بحثه من خلال عدة دراسات ميدانية أهمها:

- أن هناك عدة عوامل أكثر تأثيرا من الظروف المادية التي تؤثر على الانتاج وأن تغيير أنشطة الأفراد واتجاهاتهم يتطلب أولا تغيير في طبيعة العلاقات السائدة بينهم، ومن ثم وجهت تلك النتائج جهود

¹Jean Michel ,Plane,Op.Cit,P.58-64.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

الباحثين نحو الاهتمام بقضايا مثل تأثير الروح المعنوية على الانتاج وتأثير نمط الاشراف على انتاجية العمل؛

- طبيعة العمل الروتيني الممل وكثرة الضوضاء وبعد المسافات بين العمال والتي تمنعهم عن الاتصال مع بعضهم البعض يشكل احباطا متزايدا لدى العمال؛
- أهمية فريق العمل والشعور بالولاء للجماعة في الاستقرار بالعمل؛
- أفراد الادارة لا يستجيبون لمطالب الادارة بطرق فردية أو شخصية تحت تأثير الحافز المادي، وإنما تكون استجاباتهم جماعية باعتبارهم أعضاء في جماعة العمل، وأن الحافز المادي لا يمكن النظر اليه كقوة دافعة وحيدة لرفع انتاجية العمل؛
- تميل جماعات العمل إلى تكوين تنظيم غير رسمي يوازي التنظيم الرسمي الذي تقيمه الادارة، بحيث ينشأ هذا التنظيم قيادة حرة بإمكانها التأثير على الأداء والإنتاج كما تلجأ لتعديل بعض الأساليب المتبعة في العمل.¹

5- المدرسة الادارية و تسير الجماعات "kurt Lewin": الذي درس ديناميكية الجماعة و بأن تحقيق الانسجام بين أعضاء الجماعة هو الهدف الأساسي للتنظيم، وبالتالي فإن مواكبة التغيير تفترض إنقاص درجات السلم الإداري والشفافية وإعطاء الثقة واشتراك كافة العاملين في تكوين قدر مشترك للمؤسسة، وهي مبادئ تكلمت عنها مدرسة اتخاذ القرار بالقدرة على الإقناع وإرساء الديمقراطية بين الرئيس والمرؤوس".²

- دراسات حول التحفيز: منها دراسات ابراهيم اوسلو: الذي رتب احتياجات الأفراد حسب الهرم: الفيزيائية، الأمن، الاجتماعية، التقدير والروحية، كما ظهرت عدة نظريات حول التحفيز منها نظرية ادمس حول العدل والتي تلقى رواجاً كبيراً لدى التنظيمات المعاصرة، ونظرية التحفيز عن طريق تحقيق الأهداف، التحفيز عن طريق الأتباع والسلطة.

6- هنري مينزبرغ وهيكلية التنظيمات: Minstberg 1979 الذي رأى ضرورة تعميم فكرة التفاعل بإدخال كافة العلوم في تسيير المنظمة وفي دراسة البيئة، نظراً لوجود بيئة غير أكيدة ومتغيرة باستمرار،

¹ يوسف، سعدون، مرجع سابق، ص 20-22.

² Hubert, Landier, Op. Cit, P. 88.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

قام بعدة دراسات وأهمها تحليل دور المسير وأنجاز استراتيجية المؤسسة ثم هيكلية التنظيمات والتي نشرها في كتابه سنة 1982 بعنوان هيكلية وديناميكية التنظيمات.

هيكلية التنظيمات تعني مجموعة كاملة من الوسائل من أجل تقسيم المهام من أجل تحقيق التنسيق الضرورية بين هذه المهام، وهو يفرق بين التنظيمات على حسب هيكلتها من جهة وعلى حسب السلطة التي تنشئها، اقترح منزبرغ نموذجاً لسير التنظيم ابتداء من 6 أجزاء قاعدية: القيمة الاستراتيجية - السلم الإداري - المركز العملي - التقني الهيكلي - الوسائل اللوجيستية - ايدولوجية التنظيم -

كما تكلم عن وجود التحالفات الخارجية والتي لها تأثير على قرارات المؤسسة وعلى اختياراتها الاستراتيجية ، (وسنحاول من خلال دراساتنا التطبيقية ايضاح ذلك بشكل أعمق من خلال سياق البيئة الاجتماعية والثقافية والايدولوجية لحل الدراسة) وهم مالكي المؤسسة أي المساهمين عادةً، الشركاء الاجتماعيين، الجمعيات والجمهور الذي يمثل الجماعات الضاغطة والجمعيات. التحالفات الخارجية تأخذ وضعيات وأشكال مختلفة والتي تمارس ضغطاً كبيراً على الاختيارات الاستراتيجية والآن لها مكانة معتبرة في حياة المنظمات.¹

كما قدم ميكانيزمات التنسيق والتي شبهها مثل الاسمنت الذي يضم حجارة التنظيم والمتمثلة في الاتفاقات المشتركة، الاشراف المباشر، تقييس الاجراءات وتقييس النتائج وتقييس التأهيل والمعارف وتقييس المعايير، وهو يرى أن أحسن وسيلة للتنسيق هي الاتفاقات المشتركة في كل مرة يكون فيها العمل معقداً وهي مستعملة بكثرة في التنظيمات المعاصرة وأنه لفهم المؤسسة لا بد أن نرى تقسيم العمل من جهة وتنسيقه، أي شبكة الوحدات الجزئية التي تظهر في الهيكل التنظيمي والتي قسمها إلى:

التخصص في العمل - الطابع الرسمي للسلوك - التكوين - التلقين، التجمع في وحدات - حجم وحدات العمل - نظام التخطيط والمراقبة - ميكانيزمات الربط، اللامركزية.

كما تكلم عن المعايير المكونة للتنظيم منها:

¹Jean Michel ,Plane, Op.Cit,P.93-124

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

عمر وحجم المنظمة، النظام التقني، وبيئة المنظمة والعلاقة الطردية أو العكسية بين هذه العوامل وبين تثبيت الجمود الإداري والطابع الرسمي، السلطة، التكوين التنظيمي عند مينزبرغ: وتكلم فيها خصوصا عن البيروقراطية التقنية والمهنية وأنواع التنظيمات منها ما سماها بـ Adhocrate والتي تكلم بها عن الطابع اللامركزي والتنظيم المهماتية والسياسية وغيرها من تكوينات المنظمة.

وكلها تصب حول نسبة التنظيمات على حسب معايير التعقيد مثل البيئة والطابع التكنولوجي والاستراتيجية والسلطة وهذه المقاربة عرفت إعجابا شديدا منذ الثمانينات سواء على مستوى مدارس المناجمت أو على مستوى المؤسسات.

كما توالى عدة مقاربات منها مدرسة صنع القرار وأهم النظريات وهي: النموذج الكلاسيكي في القرارات، النموذج التنظيمي لسيمون ثم "سكوت" و"مارش" والمقاربة السياسية ثم الفوضى التنظيمية.¹

7-مدخل الأنساق الاجتماعية والفنية: يسعى هذا المدخل إلى توضيح أثر التكنولوجيا على بناءات التنظيمات الداخلية وكذا في علاقاتها بالبيئة الخارجية، ومن ثم التركيز على دراسة القوى التكنولوجية المتغيرة باستمرار لتلائم طبيعة التغيير الشامل في التنظيمات الاجتماعية بصفة عامة.²

ويؤكد هذا المدخل على ضرورة النظر إلى النسق باعتباره نسقا مفتوحا يرتبط بالبيئة الخارجية عن طريق عملية التبادل (المدخلات و المخرجات) التي تحقق له مزيدا من التوازن والاستقرار مهما تباينت المواقف والظروف وهناك دراسات أخرى اهتمت بالتكنولوجيا باعتبارها بعدا تحليليا منها L Saylez "ليوناردو سايلز" محاولة لفهم علاقة التكنولوجيا بنمو جماعات العمل، و أدرك من خلالها بأن التفاوت في المهارات وتباينها من تنظيم صناعي لاخر يمكن أن يؤثر على تصرفات العمال وسلوكهم وحتى أهدافهم المشتركة ، كما قدم فكرة مفادها أن التفاعل بين جماعات العمل قد لا يؤدي إلى التكامل والتوازن بل يؤدي في كثير من الأحيان إلى عدم الاستقرار والصراع في التنظيم وهذا دليل على اقتناعه بضرورة التخلص من تلك النظرة الكلاسيكية التي تدرس التنظيمات من المنظور الجامد والاتجاه نحو الاهتمام بكشف المصادر الدينامية التي تؤدي إلى تغيير هذه التنظيمات.

¹Op. Cit,P.125-133

² يوسف، سعدون، مرجع سابق، ص 23

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

هناك أيضا دراسة أخرى لروبرت بلونر، والتي مفادها أن هناك أنماطاً من التكنولوجيا تخلق لدى العامل احساسا بالضعف وشعورا متزايدا بالاغتراب عن ذاته وحتى عن عمله بسبب احساس جماعات العمل بعدم قدرتها على تكوين علاقات اجتماعية و روابط انسانية¹

8- المدخل السلوكي: 1965 في ذات الوقت الذي انتشر فيه علم الإدارة، ومدخل اتخاذ القرارات كان الاتجاه السلوكي المتكامل ينمو أيضا، ويكتسب إشباع الكثير من المديرين، حيث يرون بأن العامل المحدد لكفاءة الإدارة وقدرتها على تحقيق أهدافها هو الإنسان، وبمعنى أدق السلوك الإنساني، يجمع هذا المدخل مفاهيم من علوم إنسانية تدور حول محاولة فهم وتفسير السلوك الإنساني والاستفادة من هذه التفسيرات في التنبؤ بأشكال السلوك المتوقعة للأفراد وبالتالي اتخاذ القرارات الرشيدة لحل المشكلات و تحقيق أهداف المنظمة.²

كل هذه المقاربات ترى بأن الإدارة نظام اجتماعي متكامل وبأن المنظمة هي مزيج من العلاقات والأنماط الاجتماعية التي تنشأ بين جماعات الأفراد المكونة لها، فهي تأخذ بعين الاعتبار ناحية أساسية هي التفاعل بين المنظمة و بين المناخ المحيط، و تبحث عن عوامل التغيير والتكيف في تلك العلاقات و البحث عن وسائل لإدماج الفرد كعضو في جماعة وتوثيق الجماعات و زيادة درجة التفاعل بينها حيث تصبح أهداف المنظمة مندمجة في أهداف الجماعة و تلغي التناقض بينها والاعتراف بمكانة الفرد داخل المؤسسة، مهما كانت درجته السلمية الذي يجب أن يحس بمكانته ودوره داخل المؤسسة، و بإدخال تقنيات حديثة في التسيير وضرورة الاهتمام بالسلوكات الإنسانية.³

كما تركز هذه المقاربة على أن العلاقات الإنسانية الجيدة تسمح بحل المشاكل التي تعترض المؤسسة والحصول على الكفاءة التنظيمية، وأن الاقتصاد لا بد أن ينشط بنشاط اجتماعي مبني على سلوك إنساني ونفساني للأفراد والجماعات، أي أن عملية التغيير تركز أساسا على الإنسان.

بالإضافة إلى الاعتراف بوجود علاقات غير رسمية، كما قال ميشال كروزيه ليست هناك تغييرات مفروضة بصفة تامة ، و كاملة بل يوجد هناك هامش من الحرية " منطقة شك" أو عدم

¹المرجع السابق، ص24

²علي، سلمى، مرجع سابق ، ص11.

³Patrick, Gilbert, Op.Cit, P. 20 .

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

التأكد، وامتدادا لفكرة Renault Sainsaulien "بأننا نعيش في عالم صعب التنبؤ به و غير أكيد يفرض علينا التغيير السريع"¹.

وفي هذا الإطار، فإنه لا بد من الاعتراف بمكانة الفرد بسلبياته وإيجابياته، وتشجيع المبادرة والحوار، فالفرد ليس منفذا، وإنما هو فعال ضمن مشروع مشترك. والاتجاه نحو:

- إعطاء أهمية للتحفيز الفردية وغير المادية، والاتجاه إلى إشراك النقابة في التسيير.
- التحول من سلوكات الانعزال إلى الالتقاء ومواجهة المحيط، كخلق أجهزة مكلفة بالإعلام والاتصال داخل المؤسسة.

- إدخال فكرة إرضاء الفرد ودراسة المحيط من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، والنقطة المهمة أيضا في هذه التغييرات هي الجانب الاجتماعي، الذي أصبح وظيفة ضرورية من أجل تحقيق الانسجام بين الإدارة ومختلف ورشاتها حول مشروع مشترك في خلق صورة للمؤسسة.

الرئيس لم يعد ذلك الذي يطبق القوانين بصفة محايدة وتطبيق مؤشرات روتينية بصفة منعزلة، بل الذي يعرف كيف يدير العلاقات الفردية والجماعية من أجل إنجاح المؤسسة والبحث عن النوعية، بإعطاء أهمية للجانب الاجتماعي ودراسة المؤشرات في تحولات في حاجيات وميول الأشخاص، فهو يبحث كيف يدير عملية التغيير بالموارد المتاحة وكيف ينقص من سعر التكلفة؟

وكيف يصل إلى نوعية الخدمات، مع الأخذ بعين الاعتبار تطور السلوكات والذهنيات.

العلاقات داخل المؤسسة أصبحت تأخذ منحى ليس عموديا و لكن متعدد الجوانب، وأصبح دور الفرد لا يتحدد بمكانته ضمن السلم الإداري، وإنما بشبكة العلاقات التي يتبادلها مع الآخر، وأصبحت الكفاءة لا تقاس بمدى استجابتك لأوامر الرئيس و لكن بمقدرتك على الاشتراك في شبكة العلاقات التي تسمح بتنفيذ الأعمال المطلوبة منك، وانتقل الفرد من مجرد مستهلك لعملية التغيير إلى فاعل أساسي ضمنها.²

بالرغم من التطورات في هذه الرؤى الحديثة، إلا أن ذلك لا يعني أن كل المؤسسات قد هجرت النظام التaylorي، فهناك تنظيمات في عمقها تتبع هذا النموذج في التطبيق الصارم للقوانين، وفرض

¹Hubert ,Landier ,Op.Cit, P. 14 .

²Ibid, P .162.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

النظام واحترام السلم الإداري في مقابل إهمال العلاقات الاجتماعية، كما أنه ليس هناك توحيد في الأطر الزمنية بين الدول التي اتبعت فيها المؤسسات مقاربة وهجرت أخرى بصفة مطلقة.

والأكيد في مجموعة هذه التحولات بأن هجر النموذج التقليدي أو الآثار التي تنتج عنه لا يمكن أن تكون بين ليلة وضحاها، فالمؤسسة لها توازنها الاجتماعي، ولو كان بدائيا فلا يمكن قلبه بسرعة أو فجأة فالمحافظة على النظام مشتق من النموذج التقليدي الذي هو ضرورة، كما أنه من الضروري إعطاء فرصة للحركية وتنشيط الطاقات، والبحث على الحلول التي ترضي الفرد من جهة والمؤسسة من جهة أخرى.

المطلب الثاني: شروط واستراتيجية التغيير التنظيمي

كما ذكرنا سابقا فإن المؤسسة لتحقيق ذاتها وتوازنها الاجتماعي والاقتصادي يجب أن تكون منفتحة على المحيط وأن تتبنى استراتيجية لتحقيق أقل مقاومة، فهناك دائما دواعي للتنظيمات في الوقت الحالي لإقامة تغييرات سواء كانت بسيطة أو عميقة بدلا من الاستقرار والانغلاق.

الفرع الأول : شروط التغيير ضمن التنظيمات المعاصرة

وأهمها:

- لا يمكن عزل هذه التغييرات عن البعد الزمني والمكاني كونها تحدث في سلسلة متصلة من الحلقات، وبالتالي فهي لا تعبر بالضرورة عن مظاهر لأزمات آنية تتطلب إعادة بناء.
- ان حجم التغييرات المعاصرة سواء كانت مخططة أو تمثل نتائج ترتبت على التجديدات الحديثة تأخذ طابعا شموليا من حيث درجة التأثير تفوق بكثير تلك التغييرات التي كانت تحدث في فترات سابقة، فلطالما كان ينظر إلى عملية التغيير بأنها عملية نازلة يجب إدماجها، و تطبيقها بطريقة موحدة و رسمية من طرف كل أفراد المنظمة، حيث كان ينظر إلى العامل بأنه مجرد آلة منفذة لمهام الإدارة وعليه الاحترام الكلي و الجامد لتعليمات الإدارة بدون تفاوض أو مناقش، ولكن مع تطور الفكر وظهور الحركات و العلاقات الإنسانية أعطيت أهمية ومكانة رئيسية للفرد وأهمية للعلاقات، والجو النفسي و علاقته في تطبيق أوامر العمل و في مردوديته.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

وعليه فإن من شروط التغيير اليوم الأخذ بعين الاعتبار رغبة العامل، تطلعاته المادية، الاعتراف به، معرفة شبكة علاقاته داخل المنظمة، فحسب ميشال كروزي "الفرد هو فاعل مؤثر و هو في تفاعل دائم مع النظام".¹

• الهدف اليوم من التغيير هو البحث عن كيفية إقامته بدون إثارة ظهور مقاومة، و ذلك يكون باعتماد الإدارة بالمشاركة و اعتبار الفرد فاعلا و له تأثيره بالمنظمة، وذلك بالاهتمام بدوافع الأفراد وشخصياتهم و تطلعاتهم الاجتماعية و الإنسانية، و الاهتمام بثقافة المنظمة، من حيث معرفة قيم و اتجاهات و مواقف العاملين وثقافتهم و خلفياتهم البيئية و الاجتماعية والمعيشية وأنماط حياتهم قدر الإمكان للتعرف على حاجاتهم و توقعاتهم".²

إن أفكار الفاعلين ليست بطبيعة الحال شفافة، لهذا لابد من تحليل المواقف والسلوكات، والملاحظة والاستماع إلى الفاعلين يسمح بإعادة إنشاء استراتيجية، وتحديد علاقات السلطة، تحالفات المعارضة، علاقات التفاوض.

• التجديد المستمر للتنظيم: أي وضع هدف واضح ومحدد للتغيير يمكن تطبيقه ويسهل استخدامه، على ضوء حاجة المنظمة المراد تغييرها وحسب Mayo: "فإن الخوف من العقاب ليس حافزا للعمل إذ وضح الهدف، الذي يحدد المسؤوليات للعامل يعتبر حافزا ايجابا له"

• استخدام مفهوم النظم: يعني ذلك النظر لمنظمة العمل كنظام اجتماعي والترابط الديناميكي لمكونات النظم الفرعية كالنظام الفرعي الإنساني والنظام الفرعي الهيكلي والنظام الفرعي التقني. تبني استراتيجية إدارية للتطوير بالسعي إلى التجديد، والابتكار الذاتي عن طريق إحداث تغيير له دلالة في سلوك أفراد العاملين، وذلك عبر سبل إدارية كتحسين مناخ المنظمة وتفهم العاملين. ويعرف الغمري: "المناخ التنظيمي بأنه البيئة الإنسانية التي يعمل في إطارها العاملون، هذا المناخ قد يكون داخل إدارة من الإدارات أو يمثل جزءا أساسيا من المنظمة أو يعبر عن الوحدة الاقتصادية ككل، وبالتالي فإنه يتأثر بكل شيء يدخل داخل أو خارج المنظمة". فلذلك لابد من الاهتمام بذلك النسيج المعقد، والمتداخل من المتغيرات التنظيمية التي تؤثر في طريقة شعور الأفراد العاملين وفي الاتجاهات والقيم التي ينموها نحو زملائهم، وفي نوعية العلاقات بين الفرد وجماعات التنظيم".³

¹Pierre ,Morrin Eric Delavée, Op.Cit, P. 242.

² صلاح الدين، محمد علي عبد الباقي، مرجع سابق، ص305.

³المرجع نفسه، ص207.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

- الاهتمام بالمعايشة والتعلم: أي أن يكون التعلم نابعا من خبرات واقعية معاشة، والاستفادة من هذه التجارب.
 - التعامل مع قضايا حقيقية: أي أن تكون المشكلات المطروحة من الواقع المعيشي والحقيقي، وأن تكون مشكلات محددة حتى يسهل فهمها والتغلب عليها.
 - الاستفادة من الخبرة: أي الاستفادة من المختصين في هذا المجال، وذلك بالقدرة على تفهم المشكلات وتحسينها على ضوء الخبرة وإيجاد البدائل والحلول.¹
- إذن لتفادي صعوبة التغيير المتعلقة بتعقيد المؤسسات لا بد أن تتبع خطوات حذرة وفطنة، إذ لا بد من اتخاذ خطوات صغيرة في البداية بدلا من القيام بتغيير مفاجئ يخص الاستراتيجية كلها ودراسة قابلية تغيير أو استبدال الأهداف انطلاقا من التفاوض، والتحاور مع الفاعلين خلال تنفيذ العمل.
- بالإضافة إلى تحديد أفق محدد: وذلك لتزايد الشك وعدم التأكد من الوقت والمحيط، ولا بد من تحديد آجال وآفاق قصيرة المدى، و تخصيص الموارد اللازمة للتغيير، و تشجيع روح المبادرة وأخذ الاحتياط في مجال الموارد لتخصيصها للمستقبل والاعتراف بالخطأ ، وبالتالي لا بد من تقبل الخطأ من أجل التعلم من العمل اليومي لإصلاح وتدعيم الأهداف.²

الفرع الثاني : استراتيجية التغيير التنظيمي

لقد أقام العديد من المفكرين العديد من نماذج عن استراتيجية التغيير وأهمها:

نموذج Kurt lewin سنة 1978، الذي حقق عملا مهما تحليليا ونموذجيا حول التغيير التنظيمي حيث قسم مراحل عملية التغيير إلى:

المرحلة الأولى: إذابة الجليد Degel: و ذلك بإضعاف قوى التوازن الحالية و تهيئة المنظمة لاستقبال عوامل التغيير بزرع بذور التشكك في الحالة الراهنة، يعني ذلك إضعاف القيم السائدة التي تسند أو تدعم الوضع الراهن تتعلق بوضع الاعتقادات و المواقف، عوامل عدم الرضا، كعدم فعالية المنظمة، ووضع في بعض الأحيان حتى القيم الثقافية في مرحلة تساؤل، لأنه لماذا نغير إذا أحسنا بالكفاية، فهي تعتبر مرحلة تليين وفتح نحو الأسئلة، هي مرحلة طويلة وتبدأ غالبا عن طريق أزمة

¹Bernard, Caminel, Manager un centre de responsabilité, Paris : Institut Français de géopolitique, 2004, P.218.

²Op.Cit , P. 219

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

ثقافية، مرحلة انتقالية بين المعالم القديمة والسلوكات الجديدة و التي تنتهي من المفروض إلى تغييرات في الآراء و المواقف.

المرحلة الثانية: التغيير: لكي يتم التغيير لا بد أن تتغير حالة التوازن كما جاء في الخطوة الأولى بإضعاف قوى المقاومة، وتقوية القوى الدافعة، فالتغيير هو التحول من نقطة التوازن الحالية إلى نقطة التوازن المستهدفة.

المرحلة الثالثة: التجميد: و تعني تثبيت عملية التغيير في نقطة التوازن الجديدة أين يستقبل فيها الأفراد فكرة التغيير، و هي مرحلة يتم فيها بتوسيع و تقوية السلوكات الجديدة¹ ويمكن أن نمثلاً أيضاً ذلك ضمن الشكل التالي:

جدول رقم (04): مراحل التغيير التنظيمي

المراحل	الاستماع	التبادل	الاختيار	التوسيع	التأسيس
التفكير					
أرضية العمل					
عوامل النجاح	خلق الثقة	اقتناص الفرص	حماية المبادرة والتغيير	تشغيل المنظمة	تحقيق التجانس بين النظم
	عدم الالتزام الرسمي من طرف الإدارة		التزام رسمي من طرف الإدارة		

Source : Pierre Morrin, Eric Delavée, Op. Cit, P. 238.

في كل مرحلة من هذه المراحل، كلما كان هناك تفاعل وتبادل بين التفكير وأرضية العمل مستمر كلما كانت فرصة نجاح التغيير قائمة، كما أن تسيير الوقت هو عامل أساسي في سيروية التغيير فلا يمكن اختصار بعض المراحل الأساسية في التغيير ربما قد تخسر الوقت كله وهذه المراحل هي كالاتي:

1- مرحلة الاستماع: "هي تشخيص لمحيط العمل، النزول إلى أرضية العمل في كل مستوياته من أجل استخلاص طبيعة التغيير الأولية أو التأكد من أن فكرة التغيير بارزة وواضحة في تفكير فاعلي المنظمة "مستوى التفكير ومدى مطابقته لمشكل حقيقي، وهذا يتطلب تشخيصاً لقوى الضعف والقوة في مصالح معينة في فترة زمنية معينة.

¹Pierre ,Morrin Eric Delavée, Op.Cit, P. 238.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

مفتاح النجاح في هذه الفترة هو خلق الثقة والتغاضي عن الفشل السابق من أجل إعطاء الحرية لظهور المشاكل الحقيقية".

أي الانطلاق من القاعدة لمعرفة، واكتشاف المشاكل الحقيقية والمعلومات الدقيقة، وترك المجال لأبسط عامل للتعبير عن آرائه ومقترحاته.

2- مرحلة التبادل: أغلب المصالح و المؤسسات العمومية هي منظمات تايلورية، أي تتميز بالتخصص الوظيفي و هي مغلقة على نفسها، و لهذا فإن نجاح التغيير يتطلب تفتح المصالح على بعضها البعض و تبادل الخبرات.¹

مفتاح النجاح في هذه المرحلة يكون باستغلال المرحلة السابقة، واستغلال الفرص انطلاقاً من أرضية ومحيط العمل وجمع كافة المبادرات، أي أن تبادل الأفكار والخبرات يجب أن يظهر كمستجيب لحاجيات الفاعلين في ميدان العمل.

3- مرحلة الاختيار: إن مرحلة التبادل والتي تظهر تحت شكل الاجتماعات الدورية، التكوين تسمح لنا باكتشاف الاحتمالات، التغيير، المبادرات وهنا يجب إجراء اختيارين، وأكثر وإجراء مقارنات بينها، وهنا فإن دعم التجديد ضروري وفعلي في ميدان العمل، ولو أنه في الأنظمة البيروقراطية المبادرات، التجديد يعرقل بسرعة عن طريق العادات، الغيرة، الجمود....

4- مرحلة التوسع: تتضمن أساساً تحديد المعارضين: من أجل إنقاص، و خفض قدرة المعارض على إيقاع الضرر و الإيذاء، و ذلك بتهديدهم بطريقة غير مباشرة كعرض منصب أو مسابقة، فهذه المرحلة تحوي كل تنظيم مسبق للتغيير و ذلك بنزع العوائق الظاهرة ومراجعة الأهداف، تحديد مسبق لمختلف الفاعلين المسؤولين، المنفذين، و بأي نسبة و بأي شكل "الميولات المالية، التكوينية، وهنا لا بد أن لا تكون النظرة التحفيزية المالية فقط المسيطرة، إنما يمكن الاعتماد على فكرة تحسين علاقات العمل و قيم المرفق العمومي"²، إذ أن حاجيات الأفراد تختلف من شخص لآخر.

¹Bernard, Caminel, Op.Cit, P. 220.

²Op.Cit ,P. 222.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

إن ترجمة التغيير إلى أرضية الميدان، تعتمد على قدرة قائد التغيير على الاتصال من أجل إقناع المترددين الذين يمكنهم الحد من انتشار التغيير، باستعمال مشروع المؤسسة أو ترك الفرصة للفرع النقابي وإلى غيرها من العوامل التي يمكن استغلالها لتوجيه عملية التغيير نحو الأهداف المطلوبة.

5- مرحلة التأسيس: تتضمن إرساء لعملية التغيير في كامل وحدات التنظيم، تقتضي الحفاظ على التجديد، وعدم اليأس بتكرار الرسالة على المصالح.

الأهمية تكمن في هذه المرحلة في الانسجام بين المقاييس و التوجيهات الأساسية للتغيير وهنا يتطلب الأمر اللامركزية في المسؤولية والمبادرة والرجوع إلى الميدان للاستماع ، التطوير الواسع لشبكة التغيير الاستقبال، مراقبة السير، تطوير وسائل الاتصال .¹

لقد أضفت مجمل التغيرات البيئية والتطورات النظرية إلى اعطاء مقاييس معينة في التعامل مع المواطن والبيئة وأهداف تتمثل في النوعية والفعالية في التسيير للاستعمال الأمثل للموارد، ولهذا سنبين أهم محاور النوعية والطرق الفعالة لإقامة تغيير ناجح.

المبحث الثالث: طموحات التنظيمات المعاصرة

إن التنظيمات المعاصرة أمام تحديات ورهانات كبيرة، نتيجة تأثير اقتصاد السوق والعولمة أصبحت في سباق تنافسي لإثبات نفسها ، و بالتالي فإن أبعاد العلاقة بين الادارة و الموظفين هي مرتبطة بتحقيق الربح والتائج أساسا و مرتبطة بالمحيط بفكرة الارضاء ، وأمام ازدياد الحاجيات الإنسانية و عدم القدرة على التحكم بها ، كان لا بد من إيجاد آلية تضمن ارضاء المحيط من جهة وتحقيق النجاح للتنظيمات من جهة أخرى، ولهذا أصبح الهدف المحوري لأي تنظيم هو وضع الزبون في قلب التسيير و البحث عن الوسائل لترشيد النفقات داخل التنظيم والبحث عن النوعية والفعالية.

المطلب الأول: البحث عن النوعية والفعالية

النوعية في الخدمات المقدمة والفعالية في التسيير هما متلازمتين اليوم لتحقيق التكامل والتوازن بالنسبة للتنظيمات، فما هي أهميتهم الجوهرية في التنظيمات المعاصرة؟

¹Abdelsamed ,Bengouffa, Op.Cit, P .13.

الفرع الأول : النوعية

إن فكرة النوعية بدأ الاهتمام بها من أجل الوصول إلى ارضاء الزبون وتثبيت صورة التنظيمات على مستوى السوق أو المحيط.

هو مفهوم عرف عدة تطورات تاريخية، تكيفا مع التغييرات المحيطة ،من اجراء التفتيش ثم مراقبة الاحصائيات المتعلقة بالنوعية ،ثم تحقيق النوعية إلى غاية الوصول إلى فكرة النوعية الشاملة، وهو مصطلح اقترن أيضا بمفهوم وتطور المناجمت.¹

إن اجراء النوعية منتشر بكثرة في اليابان، بدأ الاهتمام بالنوعية الشاملة منذ الخمسينات ضمن مقال نشره الأمريكي AVFEIGENBAN سنة 1957 ويشرح فيه بأنه نظام فعال يحتوي نشاطات التطوير والمحافظة وتحسين النوعية في كل مجموع المؤسسة، وهو لا يخص نوعية معينة بالمؤسسة ولكن كافة أعضاء المجموعة وفي كل مرحلة من مراحل النشاط "، ثم بدأ تدويل هذا المصلح ابتداء من سنوات الثمانينات.

إن الظروف الاقتصادية التي شهدتها العالم منها: تطور الاعلام الآلي، التطور التكنولوجي وظروف عدم الاستقرار ساهمت في تثبيت النوعية وبتخفيض درجات السلم الاداري

يعود الاهتمام بالنوعية أكثر وضرورة إرساء قواعدها في الوقت الحالي نظرا لصعوبة توقع مخاطر البيئة،مثلا انخفاض مفاجئ لأسعار البترول،انخفاض نسبة النمو الاقتصادي،نسبة الفوائد الكبيرة، ولهذا فإن الأمر الذي ينقذ التنظيم من الانهيار يتمثل في قوة المؤسسة من الناحية التنظيمية، فهي انعكاس لمميزات وقدراتها و طرقها في التخطيط والتطبيق و أن تكون في تنافسية دائمة عن طريق العلاقة نوعية- تكلفة ، و بطريقة تنظيم نفسها وحلها للمشاكل.²

• ما هي التعاريف المختلفة التي أعطيت للنوعية:

تعريف النوعية: "هي جملة من مواصفات المنتج أو الخدمة والتي تؤهل اليها القدرة على إرضاء الاحتياجات المعبر عنها وغير الظاهرة، وهذه الاحتياجات تضم أيضا الكفاءة التقنية التكاليف، سهولة العمل الأمن، الآجال،الجوانب المتعلقة بالمحيط، كما أنه اجراء تقييمي في كل مرحلة من المراحل من أجل معرفة نقاط الضعف ثم الانطلاق في مرحلة أخرى". وهي شاملة لأنها تمس

¹Phillipe, Dètrie . *Le client retrouvé*. Paris :Eyrolles Edition, 2002 ,P.15.

²Katsuya, Hosotani .*Les 20 lois de la qualité*: Paris : Dunod Editeur , 1994, P.24.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

عدة جوانب ومراحل: دراسة السوق، إقامة التصورات، التطبيق بالإضافة إلى نوعية العلاقات داخل التنظيم في ذاته بضمنان ادماج المستخدمين، دراسة المحيط.

أما بالنسبة لنوعية الخدمات: فإن الأمر يختلف فهو متعلق بآنية مكانية ويكون أكثر صعوبة، التقييم المباشر للخدمة، ويكون الزبون حساس أكثر وكذلك أي خلل في النوعية قد يكون حول الخدمة وليس الخدمة في حد ذاتها.¹

مثلا إذا ذهب مريض إلى مؤسسة صحية واستقبل جيدا من طرف الطبيب، ولكن كانت مدة الانتظار طويلة بدون مبرر أعطي له، فإنه قد يكون هناك احتمال عدم رضا الزبون حتى وإن تم التكفل به جيدا من طرف الطبيب، ولهذا لا بد من الاهتمام والتركيز على سيورة الزبون وليس التركيز على اجراء دون الآخر، فالتقصير وعدم الاهتمام بجانب من الجوانب قد يؤثر على النوعية بصفة عامة حتى ولو كان الإجراء المباشر قد أدي بنوعية عالية.

إن الفكرة المضيفة والرئيسية ضمن النوعية هي:

أن يكون موجهها نحو الزبون وحول فكرة رئيسة وهي: "زبون راضي عن الخدمات يعلن ذلك لثلاث أشخاص، وزبون غير راض يقول ذلك إلى 10 أشخاص، وعادة الزبون عندما يُفقد فهو بسبب عدم التوازن بين العرض والطلب أو عن طريق إجراءات التي تقتل الزبون ، بالإضافة إلى فكرة عدم النوعية التي تكلف أضعاف.²

إن الهدف من النوعية هو خلق، انشاء وبيع المنتجات والخدمات التي تمنح إرضاء للزبائن وتكون مقبولة من طرف المجتمع أي يبيع لينتج وينتج لبيع، أي يجب أن يكون الزبون قبل كل شيء وكل التفكير والسياسة تكون منصبة حول الزبون وإنتاج المنتجات ومنح الخدمات التي تتوافق بدقة مع احتياجات السوق ووضع أنفسنا في مكان الزبون.

إذن يمكن أن نحصر أهدافها في المحاور التالية:

- الوصول إلى إرضاء وثقة للزبون وتطوير صورة المؤسسة؛
- تحقيق المردودية بإعطاء الثقة وإرضاء الزبون؛

¹Laurent, Hermel ;et Gerard Louyat . Qualité et engagements de service. Saint Denis : Afnor Edition ,2003,P.12.

²Phillipe ,Détie ,Op.Cit, P.25

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

- امتلاك هيئة سليمة والتي تحقق تطورا مستمرا؛
 - تطوير تنظيم المؤسسة وضمان المشاركة الكاملة لأعضاء التنظيم؛
 - التكيف مع التغييرات المحيطة ومع أشكال التغييرات الفجائية في عالم التنظيم؛
 - تغيير في مجمل المؤسسة لمواجهة تغييرات البيئة¹.
- إن التطور الذي عرفه مفهوم النوعية يتمثل في التحولات التالية في الأهداف:
- ✓ الانتقال من فكرة تكوين منتج جيد واقتراح خدمة جيدة إلى فكرة إرضاء الزبون؛
 - ✓ من الانعزال إلى التنافسية؛
 - ✓ من نوعية مقبولة إلى نوعية ممتازة؛
 - ✓ من الاستشارة إلى الاستماع إلى الزبون؛
 - ✓ من المراقبة إلى الوقاية؛
 - ✓ من استشارة المتخصصين إلى مشاركة الجميع.
 - ✓ من الخبرة إلى اعتباره اجراء يومي وآلي².

النوعية: هي أيضا طريقة تفكير وسلوك وتصرف متبنى من الجميع، وبالتالي لا بد من تحرير المبادرات وإعطاء قيمة لمشاركة الجميع وجمع كافة المستخدمين حول مشروع مشترك، إذ لا بد أن يستشعر الزبون بالنوعية في كل المراحل وعند كل المستخدمين وذلك لترابط التأثير الشديد لكل اجراء يقوم به الأشخاص على التحقيق الكامل للنوعية، إن تحقيق النوعية الشاملة تستلزم مشاركة الجميع، وذلك يستلزم آلية للتحكم في كل وظائف المؤسسة وتحكما في الجانب التسييري والثقافي، لهذا لا بد من اتباع الخطوات التالية:

- تحديد نقاط الضعف للمؤسسة؛
- التحديد الواضح للأهداف؛
- تحديد الأولويات؛
- خلق نظام لجمع المعلومات حول السوق بصفة منظمة وصحيحة ودقيقة لسياسة المنتج؛
- معرفة هذه المنتوجات إلى أين تذهب؛

¹Katsuya ,Hosotani ,Op.Cit ,P .24

²Ibid ,P .97.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

- تحديد وتنظيم القواعد التنظيمية وإعادة تنظيم النظام في حد ذاته؛
- توقع المشاكل وتحديد طرق حل الخلل في كل مرحلة من مراحل مشروع التغيير.¹
- كما نصل إلى فكرة النوعية المنتظرة من خلال دراسة:
- شكاوى الزبائن؛
- رؤية شبكة الاستقبال؛
- دراسة إرضاء الزبون؛
- الطاولة المستديرة للمستهلك؛
- تحليل الخدمات المقدمة للزبون.²
- وذلك من خلال:

الاستماع: يكون بالاستماع الداخلي وذلك بوضع نظام للاستماع الداخلي عن طريق مجموعات داخلية ومقابلات واللقاءات المباشرة مع مختلف الناس منها الاستماع إلى مكتب الفوترة مثلاً وتعاملها مع المحيط ومصلحة النزاعات، كل هذه المعلومات يجب أن تكون محل تحليل وتواصل مع الجميع لجمع الاقتراحات والحلول أما الاستماع الخارجي فيكون عن طريق التشخيص المسبق بالإضافة إلى ضرورة إقامة استراتيجية اتصال داخلية وخارجية.³

الفرع الثاني : الفعالية في التسيير

اخيار سعر البترول سنة 1973 غير من السياق الاقتصادي والتنظيمي بالنسبة للتنظيمات وخاصة مع التضخم و توقف الطلبات و ارتفاع نسبة البطالة وهذه الأزمة بينت نقاط الضعف التي تعانيها التنظيمات التقليدية والبيروقراطيات الكبرى، وخاصة الأمريكية فأظهرت عدم فعاليتها وانتاجيتها، بالإضافة إلى تأثير التغيرات السياسية منها وصول مارغريت تاتشر إلى الحكم في المملكة المتحدة و ريقن في الولايات المتحدة الأمريكية في 1979-1980، والذي أدى إلى تغيرات ايدولوجية في العالم وبالتالي أظهرت بأن بيروقراطية الحكومات غير فاعلة و ثقيلة وتكلف غالبا على عكس التنظيمات الصغرى و التي تتميز بالمرونة و أكثر تأقلماً وأصبح البحث عن ترشيد التنظيمات هو الحل المثالي لهذه المشاكل، وخاصة لدى الشركات التي عرفت بالفصل بين المساهمين والمديرين

¹Phillipe, Dètrie , Op.Cit, P . 14.

²Laurent, Hermel, Op.Cit ,P. 27.

³Ibid, P .27

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

والذي أدى إلى التناقض في المصالح بين الأطراف وعدم اندماج المساهمين وبدأ التفكير في الترشيد وفي حجم التنظيمات وظهر مفهوم الوكالات منها التي نادى بها نظريا MecklingJensensen في سنة 1976 وهذا الحل تم التوصل اليه في فرنسا في أواسط التسعينيات مع اختلاف السياق، ففي الحكومات الانجلوساكسونية الدولة والبنوك هي مساهمة ومؤثرة في أغلب القطاعات والتنظيمات.¹

ونتيجة لهذه المعطيات فإن النظرية التaylorية التي تضم تقسيم المهام وبالتالي خلق العديد من الوظائف والوسائل (المحاسبة، مراقبة الأداء، الموارد البشرية) والخدمات التي يعاد استخدامها بين المقر الاجتماعي وبين العملياتي، الجانب الاستراتيجي يتم من طرف متخصصين، فكل هذه الوظائف وما تحملها من تكلف في البناء التنظيمي يجعلها محل انتقاد من خلال عدة نقاط:

ثقل الاجراءات، التملص من المسؤولية، والتكلفة الباهظة، بالإضافة إلى انعدام الانسجام في سياسات التنوع، فالتنوع والتعدد والذي كان يعد ميزة أصبح يشكل خطرا ابتداء من سنوات الثمانينات، فالتنظيمات هذه لا يمكنها تقييم كفاءتها بالقدر الكافي، وهذا ما بينته أعمال edith penrose سنة 1959 والتي تم تنظيرها في سنة 1990 من طرف prahald et hamel، وغير في التفكير في الاستراتيجية وأصبح التفكير في المهنة وبدأ التفكير في خفض التكاليف ما تطلب كسر الحواجز السلمية التقليدية وتحقيق الفعالية والمرونة في التسيير، الأمر الذي أدى إلى ادخال المناجمت الحديث: منها مناجمت المشاريع، حلقات التأهيل، منطق الكفاءات بإيجاد مناصب وترقية للكفاءات الموجودة وإدماجهم جيدا داخل التنظيم من أجل توزيع جيد للموارد وتقنيات التسويق الذي ظهر لمعالجة مشكل تكدس السلع ورفع الطلبات التي انخفضت.²

وتأثرا بهذه الظروف المستجدة فقد أدخلت عدة مفاهيم على حقل المؤسسات الخاصة وانتقلت بعدها إلى المؤسسات العمومية، مع أن الأرضية التنظيمية تختلف بين الخدمات و بين السلع وبين المرفق العمومي والخاص لاختلاف الأهداف و المشاكل و تتعلق أساسا بصعوبة التطبيق و التقييم على مستوى المرفق العمومي، ولكن هو اجراء اجباري على المؤسسات العمومية، من أجل البحث عن السبل التي تحقق أكثر النتائج بأقل الموارد، وتحقيق التوازن الاجتماعي وتحقيق المشاركة وإنقاص الحد من التوترات داخل التنظيم من أجل اعطاء صورة جيدة للمؤسسة، ومن بين هذه المفاهيم:

¹Pierre, Labardin, Op.Cit, P. 47.

²Op.Cit ,P .49.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

-الفاعلية في التسيير: والتي تتمثل في تحقيق النتائج المتوخاة بأقل الموارد المادية والمالية، وهي تستلزم دراسة الاحتياجات دراسة موضوعية علمية وحصر الأولويات طبقا لمعايير محددة مسبقا.

-الانتاجية: هي الوصول إلى النتائج المتوخاة، وهي أيضا تستلزم توزيع الموارد البشرية المادية والمالية والبشرية حسب كمية الانتاج أو حسب النشاط المؤدى، مثلا إذا كانت مصلحة معينة تحقق نتائج قليلة في مقابل توفرها على عدد كبير للموارد، فإننا نلجأ إلى إعادة توزيع الموارد بين المصالح، بإنقاص الموارد وإعادة توزيعها إلى مصالح تعرف انتاج أكثر من أجل تحقيق الانتاجية.

-تسيير الموارد البشرية: لقد انتقل هذا المفهوم، من مفهوم تسيير المستخدمين إلى مفهوم تسيير الموارد البشرية لإعطائه صبغة التخطيط ودراسة الاحتياجات النوعية في إطار المحيط الداخلي والخارجي، الدراسات التوقعية، واعطاء أهمية للجانب الاجتماعي، فهو عبارة عن تجسيد للخروج من فكرة الجمود الإداري نحو مرونة في التسيير. انها وظيفة تشمل 04 نشاطات:

- التخطيط: ويتضمن وضع الأهداف والمعايير وتطوير القواعد والاجراءات والخطط وتوقع الأحداث المستقبلية القريبة.
- التنظيم: تحديد مهمات الأفراد والعاملين وتوزيعهم على الأقسام ومنحهم الصلاحيات الكفيلة بإنجاز أعمالهم، علاوة على تنسيق جهودهم لتحقيق أهداف المنظمة.
- التوظيف: تحديد نوع الأفراد المراد تشغيلهم واستقطابهم واختيارهم علاوة على وضع معايير الأداء وتحديد الأجور والكفاءات وتدريب الأفراد العاملين.
- القيادة: توجيه الأفراد العاملين باتجاه أعمالهم ورفع معنوياتهم وزيادة دافعيتهم.
- الرقابة: وضع المعايير التي تعكس تحقيق الأهداف لمستويات المبيعات ومعايير النوعية ثم التأكد من أن الأداء الفعلي يتناسب مع هذه المعايير واتخاذ الاجراءات التصحيحية.

-مراقبة التسيير: تعتمد أساسا على تحديد الأهداف وإيجاد معايير للتقييم، ثم مراقبة الأداء استناد إلى جداول القيادة التي تعطي أرقاما ومعلومات دورية عن التسيير في أي لحظة ومقارنتها بالأهداف المسطرة وكذا اكتشاف الاختلالات في أي مصلحة أو في أي نشاط.

-الإدارة بالأهداف: العمل بالإدارة بالأهداف يعطي نتائجها من خلال توضيح الرؤى أولا وتحديد الموارد وتوجيهها بدلا من تشتتها ويعطي فرصة للتقييم والوقوف على نقاط الضعف والقوة للتنظيمات، وعلى هذا الأساس فإنه يتم تدريبيا العمل بمشاريع المؤسسات وهي عبارة عن عقود والتي

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

يتم فيها تحديد الأهداف بين العامل وبين الإدارة، ويحاسب العامل حسب انجازه للأهداف وهذا يسمح بإعطاء الاستقلالية من جهة والالتزام من جهة أخرى.

كل هذه الوسائل التسييرية التنظيمية لا يمكن ارساؤها بدون اتباع أساليب إدارية تتكيف مع السلوكات الحالية للأفراد وتأخذ بعين الاعتبار السلوكات المقاومة وقوة السلطة غير الرسمية، ولهذا فإن إقامة التغيير يعتمد في الجمل على أساليب تنظيمية تدور خاصة حول تحقيق المشاركة والتفاوض مع الفاعلين.

المطلب الثاني: الأساليب التنظيمية المعاصرة لتطبيق التغيير

لإنجاح عملية التغيير وترسيخ قيم الفاعلية والنوعية، يوجد مدخلان هاما يتم اعتمادهما في التعامل مع الأفراد:

الفرع الأول : المدخل القائم على المشاركة

إن التغيير يتطلب الحصول على قبوله من طرف الفاعلين وبالتالي إشراكهم وذلك يكون بالاهتمام بالعناصر التالية:

■ ثقافة المؤسسة: إن قيادة التغيير تتطلب معرفة أي إجراء يمكن إتباعه لمعرفة إلى أي مدى ثقافة المؤسسة تسهل أو تكبح عملية التغيير، ومعرفة نضج المنظمة، أي الإمام بالعناصر التالية:

- الذاكرة الجماعية، والتجارب المتعلقة بالتغيير في السنوات السابقة؛

- الإرث القديم للتسيير؛

- نجاحات وفشل عمليات التغيير السابقة؛

- تقدير مستوى الثقة والمصادقية ضمن فريق؛

- الانطلاق من هوية وصورة الوحدة محركا ومحرضا؛

- التضامن.

■ الاتصال: وخصوصا معرفة:

- دور الجماعة غير الرسمية؛

- تحليل السلوكات و المواقف الملاحظة.¹

¹ محمد، علوي ، مرجع سابق ، ص20.

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

اهتم الكثير مثل كارت رايت سنة 1968 وشين سنة 1976 بدراسة جماعة العمل في المؤسسة والذين أشاروا إلى دور الجماعة غير الرسمية، وأكدوا على اعتماد مناقشة الواقع في إطار جماعي وقد استعملت تقنيات في هذا المستوى كالتدريب الجماعي، ومن بين هذه التجارب التجربة التي قام بها "ويلدن" على شركة للملابس حيث لوحظ على هذه الشركة تغيير، حيث حققت أرباحا تقدر ب 17% وانخفاض نسبة الغياب، بعد أن كانت تتكبد الخسارة بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الغياب، و التسرب بين مستخدميها و عدم التفاهم بين الإدارة والنقابة، وهذا التطور راجع لنمط التسيير الجديد القائم على الشراكة الجماعية، وإدخال نتائج العلوم الاجتماعية كاستعمال عمليات القياس الشاملة لعملية الإنتاج ودراسات للسلوك التنظيمي، وقياس سلوك الأفراد و اتجاهاتهم.

"François kourilsky" ضمن كتاب "Désir Au Plaisir Du Changement" يقول بأن: عملية تسيير التغيير تمر أساسا بإنشاء رغبة في التغيير عن طريق احترام الفرد، ثروة تجاربه، قيمه و قدراته فلا يكفي شرح وإفهام التغيير، و إنما أساسا اكتساب متحمسين وتعاونهم نحو التغيير المشترك".¹

وذلك يلزم إدارة المؤسسة:

- بتبني طريقة تسيير مرنة وخلاقة، عدم تعقيد الإجراءات.
- توزيع المسؤوليات على الوحدات، المشكل ليس في فهم إشكالية وحدتك في مواجهة التغيير ولكن في جعل معاونيك يفهموها، ويتجهون نحو التفكير والتحرك جماعيا نحو التغيير.
- انجاز مشاريع المؤسسة، فالعمل عن طريق مشروع المؤسسة يمنح تفتحاً للمصالح على بعضها، والتفاعل بينها بالإضافة إلى توفير معلومات سريعة ومرنة عن الزبون.
- تطوير علاقات الشراكة.
- التحكم في المعلومات، والتقييم الآلي المستمر لنوعية إدارة الفريق.
- تسيير الموارد البشرية موجه نحو أهداف التغيير باستعمال قواعد مرنة وقائمة على التحفيز.

حسب E.Freidberg المشاركة لها طابع وسائلي فهي ليست غاية في حد ذاتها، وإنما وسيلة في خدمة التغيير²

¹Abdelsamed ,Bengouffa, Op.Cit ,P. 15

²Bernard, Caminel, Op.Cit, P . 244

الفرع الثاني: المدخل القائم على التفاوض

إن مهمة قيادة التغيير تتطلب انجاز عدد من المشاريع والتقارير، والتحضير للمستقبل التي تسمح للمؤسسة بتحسين مستواها وتأقلمها مع متطلبات المحيط، هذه المهام قد تكون متناقضة فيما بينها فهناك نتائج تتطلب السرعة في التنفيذ التي تتطلب قدرا من التنظيم واحترام الإجراءات تتحدد بوقت واحترام الآجال.

كما أن المنظمة تعمل في محيط معقد، ولا يمكن التنبؤ بالمستقبل بسهولة فالمنظمة تنظر إليه بشك " ولهذا لا بد أن تكون الإدارة لها:

- القدرة على مراجعة المشروع وإدماج التغييرات المتوقعة، وغير المتوقعة والقدرة على التقدير لأن قيادة التغيير هو سيرورة مستمرة وغير منتهية.
- إعطاء فرصة للخطأ و بعض من الفوضى، و إعادة مراجعة للمواقف و الإجراءات.¹
- الاعتراف بأن مشروع التغيير الذي يقوده قد يصادف أحداثا غير متوقعة، المراجعة لا تعني أن مشاريع التغيير ليست مدروسة جيدا ومحضرة، وإنما يعني أن المنظمة تنشأ وتتطور في محيط غير ثابت ومتغير.

وقد اكتسبت النظرة التفاوضية مكانة وفرضت نفسها لعدة أسباب:

لأن التنظيمات الحالية السلطات مقسمة فيها بطريقة متساوية نسبيا، أصبحت فيها السلطة محركا وكابحا في نفس الوقت فبحسب دراسة قام بهاميشال كروزي سنة 1970 بين من خلالها بأن لكل فرد هامشا من الحرية ومنطقة تحكم هي مصدر للتفاوض بالنسبة إليه، بهذه الخاصية يفرض نفسه ويحافظ على هامش حريته وجزء من استقلاليته.²

فالمنظمة وإن كانت تعمل بطريقة منظمة، فهناك علاقات سلطة تتكون ويكون صعبا استخلاصها، مثل مهنة الخبير، أو الذين يمتلكون المعلومة والمعرفة والمهارة، والذين لديهم التنوع في التخصص فهم يمتلكون سلطة حقيقية، ونلمس ذلك أيضا على مستوى المؤسسات الصحية، أين السلك الشبه الطبي نظرا لأنه يمثل النسبة الأعلى بالنسبة لمجموع العاملين، وماله من مميزات مشتركة تسمح له بتكوين سلطة وفرض الآراء، كذلك بالنسبة للأشخاص الذين لديهم حب تملك المعلومة

¹Pierre, Morrin Eric Delavée, Op. Cit, P . 240

²Ali,Belaid ,Op. Cit, P .19

الفصل الثاني: تطور التنظيمات مع واقع التغييرات

لفرض سيطرتهم باحتباس المعلومة، وعدم تعليم وتكوين الأفراد العاملين، خاصة إذا كانت هذه المعارف في ميدان جديد أو تقني.

فقد انتقلنا من فكرة كان التغيير يلخص في قضية اختيار تقني وعملية يمكن تنفيذها ومراقبتها كأى عملية أخرى، ومن بيئة تتميز بالاستقرار النسبي إلى بيئة تتميز بالتعقد والشك، فيمكن فرض التغيير إذا كان قائد عملية التغيير يمتلك كافة المعلومات والكفاءات للقيام بعملية التغيير أو يمتلك السلطة لفرض اختياراته وتنظيم عملية التغيير، ولكن لا يمكن أن تتوافر هذه الشروط، كما لا يمكن التحكم في السلوكات المعارضة.¹

فالمدخل القائم على التفاوض يسمح لنا بتحليل المواقف والسلوكات الملاحظة والاستماع إلى الفاعلين، نظراً لأن استراتيجية الفاعلين ليست شفافة، وبالتالي فهي تسمح بتحديد علاقات السلطة وتغيير في المواقف من معارضة إلى موافقة، وإدخال التغييرات متأقلمة مع تطورات الأشخاص والمحيط داخلياً وخارجياً.

إن المدخل القائم على التفاوض تكون فيه المجموعة مسؤولة كلياً عن تحليل المشكلة، وإيجاد الحلول من أجل تقليل المقاومة وتأكيد التعاون، و أن نتقبل الأخطاء الناتجة عن عدم امتلاك المعلومات الكافية عن المحيط، و تقبل مراجعة الإجراءات في كل مرة يستدعي الموقف ذلك.²

كما أن هذا المدخل له مميزات، والتي تتمثل في العناصر التالية:

- يدعم السلوكات الجديدة والتفتح على الانتقادات؛
- الانطلاق من منطلق تحقيق الفائدة المشتركة "أنا أربح وأنت تربح؛
- النظر إلى المقاومة بأنها شيء طبيعي لا بد منه وبالتالي ومن الأفضل التعامل معه كمصدر قوي يمكن استخدامه كقوة دافعة للتغيير؛
- الحرص على خلق جو من الانفتاح و الصراحة لمواجهة مقاومة التغيير، لأنها تنتشر و تزداد حدتها في الخفاء.³

¹ دانا، جاينس روبنسون و جيمس روبنسون، مرجع سابق، ص 202.

² صلاح الدين، محمد علي عبد الباقي، مرجع سابق، ص 342.

³ دانا، جاينس روبنسون و جيمس روبنسون، مرجع سابق، ص 196.

خلاصة

لقد رأينا من خلال هذا الفصل أهم التحولات التاريخية فيما يخص موضوع التغيير التنظيمي، ابتداء من بداية الاهتمام به كفكر وأهم النظريات حول، ثم التغيير في الفكر المؤسسي وتأثير البيئة إلى غاية وصولنا إلى صور التغيير الحديث ورهانات التنظيمات المعاصرة وتحدياتها، بأن التنظيمات في الوقت الحالي تعيش صعوبات كبيرة ليس فقط في تغير علاقات العمل والسلوك والتغيرات البيئية ولكن أيضا في تطبيق الاستراتيجيات الواجب اتباعها وتنوعها للوصول إلى التوازن البيئي ولإثبات وجودها واستمرارها.

الفصل الثالث

تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات
الاستشفائية

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية.

تمهيد:

إن مجموعة التحولات البيئية والاجتماعية والفكرية التي عرفتتها المجتمعات، أدت إلى قلب الأدوار داخل التنظيمات، فتعدد التنظيمات وكبر حجمها وتنوع التخصصات الطبية والمهنية والثورات العلمية والتقنية من جهة، أعطت بناء تنظيميا وعلاقات تنظيمية أكثر تعقيدا، وأدت إلى تنوع الفاعلين، كما ساهمت في تطور حقوق المريض ومطالبة المواطن بالنوعية، ليصبح فاعلاً حقيقياً في حياة التنظيمات.

كما أن هذه التغيرات المتمثلة أيضاً في ازدياد عدد السكان في مقابل ندرة الموارد أدى إلى تغير الرهانات حيث أصبحت التنظيمات الاستشفائية تشكل هاجساً لدى الحكومات لإيجاد وسائل عقلانية لترشيد النفقات، أي الاستجابة إلى حاجيات السكان الكمية والنوعية وبأقل التكاليف وأصبح تحقيق المنافسة والتفاعل مع المحيط واستعمال وسائل تنظيمية عصرية من شروط ديمومة التنظيمات، بعد أن كانت منغلقة على نفسها وأصبح للصحة مفهوماً أكثر شمولية ومتعلق بمدى توازن الإنسان ببيئته بمختلف جوانبها.

ولهذا فإننا نحاول الالمام بكافة هذه الأبعاد بدراسة تطوراتها التاريخية والموضوعية ومختلف النظريات التي أثرت المجال الصحي وعلم اجتماع الصحة، وكيف أثرت مجمل التحولات على بناء التنظيمات الاستشفائية والعلاقات داخلها لتصل إلى الصورة الحالية، في ظل توحيد وتقييس الإجراءات ضمن العولمة.

من خلال المحاور التالية:

- مكانة المريض التي اكتسبها مع مرور الوقت في ظل تطور الحريات وتغير الأيديولوجيات والمحيط بدراسة التطورات النظرية للصحة والمرض والعلاج، ومحاور التغيير على العلاقة بين المريض والتنظيمات الاستشفائية والتطور التاريخي لحقوق المريض.
- البناء الجديد للتنظيمات الاستشفائية: التغيير في علاقات السلطة وفي هيكلها والتصور السوسيولوجي المعاصر لها.

المبحث الأول: تطور مكانة المريض ضمن التنظيمات الاستشفائية

لقد تغير مفهوم الصحة تدريجيا مع مرور السنوات من مجرد تعريف بيولوجي إلى تعريف اجتماعي، ولقد ساهمت البحوث الاجتماعية وخاصة في المجال الابدميولوجي في إثراء هذا المعنى، وتغير مفهوم الصحة ليشمل الصحة العمومية وإلى فكرة توازن الإنسان مع بيئته.

كما ساهم التفاعل بين علم الاجتماع والصحة في إثراء مجال علم اجتماع الصحة من خلال تطور سبل العلاج لمعالجة الأنماط المتعددة للمرض في افادة المجالين سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية في مكافحة الأمراض، عن طريق البحث عن الأسباب متعددة القطاعات والبيئية المؤدية إلى تلك الأمراض بالإضافة إلى تطور حقوق الإنسان أعطت أبعادا جديدة للعلاقة بين المريض والتنظيمات حيث اكتسب المريض تدريجيا مكانة الفاعل الحقيقي سواء عن طريق المجالس والتمثيلات بإبداء الآراء والاقتراحات وغيرها من الآليات، بالإضافة إلى اكتسابه أهمية اقتصادية واجتماعية داخل التنظيم جعل استمرارية التنظيمات الاستشفائية ونجاحها مرهون بالسهر على حقوقه القانونية المادية والمعنوية للمريض.

لذلك ومن خلال هذه الرؤى، سوف نتطرق إلى المحاور التالية:

- أهم الاتجاهات النظرية للصحة وأهمية سوسيولوجيا الصحة إلى غاية الوصول إلى عوامة أشكال الممارسة الصحية.
- التطور التاريخي لمكانة المريض وحقوقه.
- أهمية العلاقات العامة في التنظيمات الاستشفائية المعاصرة.

المطلب الأول: الاتجاهات النظرية للصحة والمرض والعلاج

اليوم أصبح مفهوم الصحة من أصعب المفاهيم تعريفا، فإذا كانت كلمة الصحة تدرج يوميا فيكلامنا للتعبير عن أحوالنا فإنها مفهوم يعبر عن الوجود من جهة، ومن جهة له مدلولات علمية ونفسية واجتماعية فهو مفهوم يتغير من حيث الزمان والمكان، فما هي أهم الاتجاهات النظرية وتطوراتها التي عاجلت هذا المفهوم؟ وماهي أهم مقاربات مفهومه الاقتصادية والاجتماعية إلى غاية تأثير العوامة في بناء قوالب محددة في السلوكات والاتجاهات.

الفرع الأول : الصحة بين البعد البيولوجي و الاجتماعي

1- البعد البيولوجي: الاتجاه البيولوجي يعتبر أن الصحة والمرض وصفاً بيولوجياً بسيطاً لحالة أجسامنا، فحينما نشعر بالألم نكون مرضى، حيث أعطيت عدة تعاريف للصحة كتلك التي جاء بها قاموس Trevaux سنة 1732 بجريدة العلماء التي ترى أن الصحة " ليست شيئاً آخر إلا في تناسق و انسجام و توازن الأجزاء السائلة والصلبة " ، كما عرفها Riche Rle 1936 أنها حالة أساسية للتوازن العيادي، و أحسن ظروف للعمل¹.

أما قاموس لاروس فيرى أن الكلمة مأخوذة من كلمة اللاتينية Sanitas و تعني "حالة البدن الذي يعمل بطريقة عادية ، و دون مرض"².

يلزم المرض الإنسان بنسب متفاوتة لا يوجد انسان خال من الأمراض ، فقد ذهب "دور كايم" إلى أن الصحة أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض ، أما الإنسان الخالي من الأمراض فليس له وجود وكان هذا الاتجاه حجر الزاوية في مدرسة فكرية وأسلوب علاجي بما قد يسمى المنهج الجزئي في الطب والعلاج والوقاية³.

وبالتالي فإن أساس النموذج الطبي البيولوجي عن المرض يستند إلى الافتراضات التالية:

- أ. المرض حالة عضوية وبالتالي يتم تجاهل العوامل غير العضوية المرتبطة بالعقل البشري في البحث عن الأسباب البيولوجية للعلامات أو الأعراض المرضية.
- ب. المرض حالة عضوية مؤقتة: يمكن علاجها بالتدخل الطبي.
- ج. المرض خبرة يمر بها فرد مريض يصبح مستهدفاً للعلاج.
- د. علاج المرض عقب ظهور الأعراض.
- هـ. يعالج المرض في بيئة طبية بعيداً عن البيئة التي ظهرت فيها الأعراض⁴.

ويسيطر هذا النموذج على الممارسة الطبية ، هو يستند على علم قوي تقنياً ، الطب الذي يشكل اسهاماً ضخماً في مجالات أساسية للصحة ، على سبيل المثال : التطعيم ، التشريح الأبنية

¹ نور الدين ،حاروش. "التشريع الصحي دروس ما بعد التدرج لمناجحت الصحة". المدرسة الوطنية للصحة العمومية. الجزائر، 2005.

² المرجع نفسه .

³ ابتسام ، سيد علام. البيئة والمرض والعلاج في قاع المدينة . ط 1. القاهرة : الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ، 2007، ص 7.

⁴ سلوى ،عثمان الصديقي .الصحة العامة والرعاية الصحية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2004، ص 9.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

الفيزيولوجية ، كما أصبح التطبيق العقلاني لعلم الطب سمة مميزة للحدثة بقدر ما كان مرتبطا طوال القرنين الماضيين بالتنمية والتجريبية التي تستند على التحليل الطبي لبناء ووظيفة الجسد والعوامل التي تضعفه فإن علم الطب حل محل الطب الشعبي ، هذا التطبيق العقلاني أضعف الاعتماد على وصف المرضى لمرضهم الذي كان يحدث في القرنين 18 و 19 ، ونادرا ما يعتمد الأطباء في تشخيصهم على وصف المريض لأنهم يستخدمون الطب السريري الذي يتراوح بين الفحص بالسماعة إلى الرنين المغناطيسي للكشف عن الأمراض ، مما يعد وصف المريض من أن يكون جزءاً من عقلنة الممارسة الطبية ، كما أنها أيضا تعني التخصص ، فتقارير المرضى و الأشعة والصور الصبغية يتعامل معها فريق من الأطباء ، و ربما بعضهم لن يتعامل مع جسد المريض .

إن معالجة المرض كشيء بيولوجي أو احصائي فقط يسيء للواقع ويشوهه ذلك أن الديناميكية تسري في جسد المجتمع ، تغير كل طبقة أسلوب حياتها وتتغير الحدود بين الطبقات ويحدث التبادل بين الأعضاء كما أن التفاعل مع المرض والألم يرتبط بأنساق المعتقدات والقيم التي تؤثر على الناس ، توجد اختلافات في القيم والاستجابات الثقافية لدى الأطباء والمرضى حتى الذين يقيمون في نفس المجتمع ، وهي ترجع في جانب منها إلى اختلاف المكانة والأدوار والتنشئة الاجتماعية والمهنية "الفقر، انشار الحدثة، الفردانية وعدم الاهتمام بمصلحة المجتمع والآخرين، عدم المصادقية في المحيط"، وغيرها من العوامل التي تبين العلاقة الوطيدة بين المرض والبيئة والثقافة، ولهذا مع التطور أصبح الاهتمام بالبعد الاجتماعي ضرورياً لتفسير المرض وتعريف الصحة أخذ بعداً أكثر شمولية .

2- الاتجاه الشمولي: لقد أعطت المنظمة العالمية للصحة في مقدمة دستورها سنة 1946 تعريفاً جديداً يظهر المنعطف الأساسي في تعريف الصحة بإعطائها مفهوماً عمومياً وشمولياً: فهي " تلك الحالة الكاملة من الراحة الجسدية، والاجتماعية فلم تعد تعني غياب المرض أو العاهة، إن امتلاك حالة صحية جيدة تشكل إحدى الحقوق لكل كائن إنساني"، ولا يعتبر هذا التعريف جامعاً مانعاً بل تطور ليشمل العديد من المجالات ومن بينها البيئة وأصبح يعني بها ذلك التوازن بين الإنسان والبيئة، وبأنها حق من حقوق المواطن"، ومن خلال الأدبيات الصحية لمنظمة الصحة العالمية فإن مفهوم الصحة قد اتسع ليعبر عنه بالصحة العمومية أو الصحة الشاملة للشعب، والتي هي: "ذلك النظام الرسمي لحماية التجمعات التي تنظم على شكل إدارة في خدمة الشعب من خلال سياسة صحية محددة".

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

كما تعرفه بأنها " ذلك التوازن أو الانسجام لكل الإمكانيات للكائن البشري الحيوية، والنفسية والاجتماعية"، حيث هذا التوازن يلزم من جهة إشباع الحاجيات الاجتماعية للإنسان التي هي نفسها عند جميع البشر كالحاجيات العاطفية، الغذائية والصحية والتربوية والاجتماعية من جهة ومن جهة أخرى تأقلم من دون توقف للإنسان مع بيئة دائمة التغير".

والصحة العمومية هي نظام حركي مهمته دراسة الحالة الصحية للمجتمع أو المجتمعات المكونة له وتحليل الإجابات عن المشكلات الصحية للأفراد و الجماعات، و ضمان العدالة وإزالة الفوارق الصحية بين الدول و بين الطبقات الاجتماعية و المهنية.¹

إذن فإن هذا الاتجاه يتضمن التركيز على الكل بدلا من الأجزاء عند معالجة أبعاد الظاهرة لفهم أسباب المرض وكيفية علاجه ويصف السوسيولوجيون والأنثروبولوجيون والمؤرخون الأساس الاجتماعي للصحة والمرض في دراسات لمجتمعات محلية معينة، فهم يستكشفون اشكاليات الرعاية الصحية، دور المريض، ظهور المرض العقلي، أنساق والمعتقدات الطبية والعلاقة بينها وبين ممارسة القوة والضبط الاجتماعي.

وتقوم فلسفة هذا المنهج على النظر للإنسان كوحدة متكاملة يكون المرض أحد جوانبها وعوارضها ولا يمكن تحقيق الشفاء للمريض، إلا إذا سلمنا بأن مرضه وعائقه وظروفه الاجتماعية، كلها مؤثرات متبادلة أحداها يؤثر في الآخر ويتأثر به في نفس الوقت.²

فقد بينت العديد من الدراسات التي تناولت مجال الممارسات العلاجية والتصورات فيما يخص الصحة و المرض أنه غالبا ما يشعر الأطباء بفشل علاقاتهم مع المريض و يجدون أنفسهم عاجزين عن تحسين حالاتهم، ويرجع ذلك إلى أن العديد من الأمراض العضوية إن لم تكن كلها تتضمن أبعادا سيكولوجية واجتماعية.³

ويمكن بشكل عام تصنيف الدراسات التي تناولت موضوع التصورات الاجتماعية للمرض والعلاج إلى نمطين من الاقتراب، تلك المركزة على المتغيرة الثقافية وهي مقاربات انتربولوجية بالأساس

¹ نور الدين، حروش، مرجع سابق .

² ابتسام، سيد علام، مرجع سابق ، ص 19.

³Michael ,Ballint.« Le Médecin et son Malade et la Maladie »,Traduit par J.P Valabrega.Revue Français de Sociologie ,VII-362 ,(Numéro Spécial)(1960) , P.3.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

وأخرى تحاول ادخال المتغيرة الطبقيّة المقاسة وفقا لعدة مؤشرات (الدخل، نوع الوظيفة، مستوى التعليم) ولو أنه يؤخذ عليها أنها لم تعرف التمييز ضمن المتغيرة نفسها أثر مختلف المؤشرات المكونة لها وتأثيرها في تحديد التباين بين مختلف الطبقات¹.

كما مهدت التدابير الاجتماعية التي روعيت في مجال الصحة العامة والبحوث والدراسات الصحية إلى النهوض بالجانب الاجتماعي والارتقاء بالمستوى الثقافي والتربوي للأفراد والجماعات، باعتبار أن ذلك هو الضمان الأكيد للارتفاع بمستوى البيئة، حيث أن صحة البيئة أمر مجتمعي، ولذلك فإن الجهد الذي يبذل من أجلها يحتاج إلى اسهام الذين يعينهم أمر المجتمع وفي مقدمتهم الأطباء وعلماء الاجتماع والأخصائيون الاجتماعيون والاقتصاديون وغيرهم.

من ناحية أخرى فإن الصحة العامة في واقع الأمر، إنما هي في توازن بين الإنسان والوسط الذي يعيش فيه من النواحي البدنية والتربوية والسلوكية والنفسية والطبية، فسوء الحالة الصحية تنجم عن أخطار المهنة ورداءة المسكن وارتفاع معدلات الوفيات وانتشار الأمراض المعدية، ولقد فطن إلى أهمية النظر إلى هذه العوامل عدد من الأطباء منذ بداية الثورة الصناعية الأولى، وفي مقدمتهم الدكتور "نترثا كراه" الذي كان لرسالته عن الصحة المهنية عام 1831 أبلغ الأثر في لفت الأنظار إلى اجتماعية الصحة العامة.

فخلال فترة ما بين 1830 إلى عام 1840 ظهرت تغيرات أخرى في التفكير و الاتجاه نحو العوامل الاجتماعية وأثرها على الصحة العامة، وكان لقيام اللجنة الخاصة بقانون الفقراء بإنجلترا من بين الاتجاهات الهامة التي وضعت قاعدة لمثل هذا التحول الايديولوجي في النظرة الاجتماعية للمرض².

إذن فإن الربع الأخير من القرن التاسع عشر شهد مولد الطب الاجتماعي، ومن المهتمين به طبيب بلجيكي أصدر عام 1862 مؤلفا عن الأحوال الصحية والاجتماعية والاقتصادية للشعب البلجيكي وتناول فيه البيئة الجغرافية للمجتمع، دراسة الأمراض المسببة لها ثم البحث في العوامل المجتمعية المؤثرة في تلك الأمراض وبحث في التدابير الاجتماعية التي يؤخذ بها لعلاج المشاكل الصحية والمرضية التي تعرض لها، لتصل هذه التطورات إلى اعطاء تعريف جديد للصحة من طرف المنظمة

¹ محمد، رضا بلمختار. "نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه". مذكرة ماجستير. جامعة الجزائر. 1990-1991، ص 13.

² سلوى، عثمان الصديقي، مرجع سابق، ص 7.

العالمية للصحة سنة 1946 و اعتبار الصحة العمومية تكمن أيضا في اقتناع المواطن بأنه جزء من مجتمعه وعليه واجبات اجتماعية يجب أن يؤديها وله كذلك حقوق يجب أن ينالها .

وعلى هذا الأساس فإنه للقيام بتنفيذ برنامج ناجح للصحة العمومية فإنه يستلزم الاحاطة الكاملة والأخذ في الاعتبار الجوانب الاجتماعية و الأبعاد الأساسية للصحة الاجتماعية ، حيث تعد الصحة مسؤولية اجتماعية داخل إطار الجماعة المحلية وخارجها .¹

كل هذه التحولات الجذرية التي مست مفهوم الصحة وكذا الدراسات والمقاربة التي سوف نذكرها في العناصر اللاحقة بنوع من التفصيل ساهمت في نمو وتطور علم اجتماع الصحة، فما هي أهم تطوراتها؟

الفرع الثاني : تطور مفهوم سوسولوجيا الصحة

كل الأدوار المتبادلة بين علم الاجتماع والصحة ساهمت في اثراء ونمو سوسولوجيا الطب وسوسولوجيا في الطب الذي تطور تدريجيا إلى سوسولوجيا الصحة، سندرس كيف تطورت هذه المفاهيم وكيف ساهمت في تطوير الصحة العمومية؟

أولا: تطور سوسولوجيا الطب:

إن علم الاجتماع الطبي يهتم " بدراسة الجوانب الاجتماعية للصحة والمرض، وأثر العادات والتقاليد الاجتماعية على صحة أفراد المجتمع، كما يهتم بدراسة العلاقة بين صحة الناس وحياتهم اليومية والعلاقة بين الإنسان والبيئة الطبيعية، من حيث التأثير البيئي السكاني والاجتماعي والنفسي والاقتصادي، والتلوث البيئي وأثره على صحة الإنسان".²

ولهذا فإن النظام الصحي أو المؤسسة الصحية من الضروري أن تعرف مميزات مجتمعتها ومحيطها لاتخاذ كافة الإجراءات الوقائية، ففي البلدان النامية أين بقاء الأمراض الوبائية والتي تنتقل عن طريق المياه والحيوان، والنتيجة أساسا عن عادات وسلوكات الأفراد والجماعات كعدم الاهتمام بالنظافة الجسدية ونظافة المكان، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية كالفقر، عدم توفر المياه الصالحة للشرب، قلة وعي الأشخاص كل هذه العوامل تساهم في زيادة هذه الأمراض هذا بالإضافة

¹ سلوى، عثمان الصديقي، مرجع سابق ، ص 20 .

² لطيفة، عبد اللطيف ، نقلا عن www.ensayat.com

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

إلى خطورتها، وسرعة تنقلها مثلا في الوسط المدرسي أو في التجمعات، فمعرفة خصائص فئة مستهدفة من المحيط يفيد في توجيه الموارد لمنطقة على أخرى، ويمكن من تحديد طريقة لمعالجة مشكل منها مثلا القيام بالحملة التحسيسية، فكل هذه العناصر المهمة تحققها سوسيولوجيا الصحة من جهة وتخدم نوعية علاج وتخفيض التكاليف الصحية الاجتماعية.

كما أنه يعرف أيضا:¹ "العلم الذي يهتم بدراسة أسباب انخفاض المستوى الصحي في الدول وكيفية النهوض بالوعي الصحي والغذائي في المجتمع، وأهمية التثقيف الصحي على مستوى الفرد والجماعة والمجتمع، كما يهتم بدراسة دور المستشفيات والمراكز الصحية كالمؤسسات الطبية والاجتماعية في رفع الوعي الصحي للمواطنين وتحسين الأحوال الصحية في المجتمع، والاهتمام بالطب الوقائي حيث أن المستوى الصحي في المجتمع لا يقاس بمدى تقدم الطب العلاجي بقدر ما يقاس بمدى تقدم الطب الوقائي.

إذا أردنا التكلم عن تطور سوسيولوجيا الصحة لابد أن نشير إلى أن هناك صعوبة في تحديد مصطلح واضح بين سوسيولوجيا الطب وسوسيولوجيا الصحة، فقد كانت النظرة الكلاسيكية تتجه نحو دراسة سوسيولوجيا الطب لتتطور إلى فكرة سوسيولوجيا الصحة، كما أن المفكرين قد فرقوا بين سوسيولوجيا الطب والتي تهتم بمجموع الهياكل والهيئات الصحية وأدوارها، وقيمها وسوسيولوجيا في الطب وهي التي تعبر عن مجموع المراحل والطرق أين يقوم علماء الاجتماع بالتعاون مع الأطباء من أجل دراسة مرض أو حالة مرضية معينة، والعوامل المؤدية إليه.

وقد اهتم بهذا الفرع بالولايات المتحدة الأمريكية: Black well سنة 1902 و C.mintive سنة 1894، أما في أوروبا فإن الاهتمام بهذا الفرع يتراوح حسب ثقافات الدول، ففي فرنسا مثلا تم الاهتمام به من طرف جون جورج كاباني، وفلرمس ضمن ملاحظاته على عمال النسيج، وحول أهمية عامل النظافة، "اميل دوركايم" تكلم حول ظاهرة الانتحار.²

منذ عام 1950 بدأ واضحا في الولايات المتحدة و بدرجة أقل من بريطانيا أن هناك اسهامات متعددة يمكن أن يقدمها علم اجتماع للطب، مثال ذلك دراسة التنشئة الاجتماعية والأسرة

¹المرجع السابق.

²المرجع نفسه .

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

ومعتقدات الأفراد والتباين الاجتماعي والجماعات الصغيرة، هذا فضلا عن النظرة الحديثة للصحة، بأنها لا تعني مجرد الخلو من الأمراض وإنما يقصد بها حالة الاكتمال للجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية للفرد، ولقد تزايد الاعتماد على علماء الاجتماع في تدريس برامج العلوم السلوكية في كليات الطب والتمريض¹.

وكلما تقدم الطب ازداد الاهتمام بالقضايا والمسائل الاجتماعية أكثر فأكثر، ولقد أشار رودن يكو سنة 1970 في مؤلفه بعنوان: علم الاجتماع الطبي إلى أهم مجالات هذا الميدان، وذهب إلى أن هناك منظورات أربعة أساسية تستخدم في هذا الميدان:

أولاً: أن المرض المنتشر بين سكان مجتمع معين لا يتوزع توزيعاً عشوائياً ولا متماثلاً ولا مفرداً وإنما هو مرتبط بمجتمعات اجتماعية معينة ذات أنواع مختلفة للحياة وهذا بدوره ما يكشف عن أصول اجتماعية للمرض.

ثانياً: أن الناس يستجيبون للمرض ويحرفونه بطرق مختلفة تعكس تأثير الخلفية الثقافية أو المستوى الحضاري لهم كما تعكس أيضاً تأثير وضعهم الطبقي أو مكانتهم الاجتماعية للمجتمع. وثالثاً: أن كل مجتمع يستحدث نظماً خاصة به للرعاية الصحية وتختلف هذه النظم في درجة تقدمها وهي تبدأ من الطب الشعبي إلى الطب الرسمي النظامي الحديث.

ورابعاً: أن المنظمات الطبية الحديثة ذات صلة بمجموعة أخرى من المنظمات الطوعية حتى شركات الأدوية².

هناك قائمة من الموضوعات التي أشار إليها دافيد ميكانيك والتي تشكل محاور علم الاجتماع الطبي:

1- توزيع المرض وأسبابه: توزيع المرض بين السكان والعوامل المؤدية إلى ظهورها بطريقة معينة دون الأخرى والشائع في التراث هو الاهتمام بالأمراض المزمنة والاضطرابات العصبية، ويبين أيضاً العلاقة بين المرض وبعض المتغيرات: العمر، النوع والطبقة الاجتماعية ومتغيرات أخرى الأنماط السلوكية والعمليات الاجتماعية الأكثر تعقيداً، وأما دراسات الصحة العقلية فإنها تهتم بمتغيرات مثل الحراك الاجتماعي والعزلة الاجتماعية والضغوطات الاجتماعية.

¹ محمد، علي وآخرون . دراسة في علم الاجتماع الطبي . الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، 2009 ، ص 40.

² المرجع نفسه، ص 41.

2- الاستجابات الثقافية والاجتماعية للمرض: بدراسة وتحليل إدراك الناس لأغراض المرض أو للأمراض ذاتها، وطريقة تعريفهم للمرض وهم يدرسون هذه الإدراكات والاستجابات في أوساط اجتماعية ثقافية مختلفة

3- الجوانب الاجتماعية الثقافية للرعاية الطبية: بدراسة العلاقات بين ممارسي الطب وبين المرضى وكيف تتأثر هذه العلاقة بسمات وخصائص الأطباء و المرضى على السواء ويدخل ضمن هذه الدراسة معالجة موضوعات اجتماعية مثل الاتصال والتأثير والأدوار الاجتماعية.¹

كما يعالج علم الاجتماع الطبي المواضيع التالية:

- تنظيم الممارسة الطبية: يهتم هذا الميدان بتنظيم ممارسة مهنة الطب في المجتمع وتباين أشكال هذه الممارسة باختلاف النظم الطبية ويدخل ضمن هذا المجال المقارنات بين نظم الرعاية في المؤسسات المختلفة.
- الدراسة السوسيولوجية للمهن الطبية: والاهتمام هنا ينصب حول عدة متغيرات مثل التنشئة الاجتماعية والتدرج والتخصص والمنافسة كما درسوا الطب الشعبي.
- سوسيولوجيا المستشفى: وهذه الدراسة هي فرع من فروع علم الاجتماع وتعرف باسم علم اجتماع التنظيم حيث يتناول المستشفى بصفتها تنظيمًا اجتماعيًا فيركز على تطور المستشفى والتنظيم البيروقراطي والعلاقات وعملية صنع القرار وتقسيم العمل.
- منظمات صحة المجتمع: التركيز على المنظمات الصحية في المجتمعات المحلية العامة والخاصة.
- التغيير الاجتماعي والرعاية الصحية.
- التعليم الطبي والصحة العامة: من بين اهتمامات هذا الميدان نشر الوعي الطبي والوقاية من الأمراض والأمراض المزمنة، هدفه الأساسي هو أحداث تغييرات في البيئة وفي الأنماط السلوكية الصحية للناس.
- الضغوط الاجتماعية والأمراض والطب النفسي الاجتماعي والمجتمعي.

¹ المرجع السابق ، ص 41.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

كما يدرس السياسة الصحية: يختص بدراسة مختلف أساليب الرعاية الصحية في المجتمع والعلاقة بين الهيئات الحكومية والتطوعية والتعاون الدولي في مجال الخدمات الصحية ويدرس حاجات الناس للخدمات الطبية ومدى توافر الامكانيات المالية و العلمية و الفنية لتوفير هذه الخدمات.¹

و شيئاً فشيئاً تطور مفهوم سوسيولوجيا الطب إلى مفهوم سوسيولوجيا الصحة، وتجسد ذلك خلال سنوات السبعينات، و ذلك تأثراً وتوازياً مع ظهور مفاهيم جديدة مثل اقتصاد الصحة، الصحة العمومية، التربية الصحية.²

حيث أصبح ينظر إلى الصحة بمعنى واسع من منطلق تحسين وترقية المحيط عن طريق الحد من استهلاك النفايات الضارة، وتوفير المياه والكهرباء ومكافحة التلوث، ومحاربة الأمراض المهنية، تهئية السكنات، ترقية وتطوير الطبقات الفقيرة بمعرفة احتياجاتهم، وتحسيس الفرد بضرورة القيام بالفحوصات الدورية لزيادة في مدة الحياة.

إذ أن الوسط الداخلي والخارجي للفرد لا يكونان صحته فقط، وإنما العادات الغذائية، النظافة والتي تظهر وتنتقل في سلوكات الأشخاص، وتأثيرها على الجماعات، وعلى الأفراد في مجمل المعتقدات، والآراء التي تنشأ بصفة طبيعية، أي أن الهدف هنا هو جعل الصحة في توازن لتجديد بصفة منتظمة بين الجهاز البيولوجي وبين وسط الحياة عن طريق نظام بيولوجي واجتماعي يضمن تأقلم الأفراد مع البيئة الخارجية.

و ضمن سوسيولوجيا الصحة تم الاهتمام بالمشاكل التي تهم المجتمع أو مجموعة من الأفراد في ميادين مثل الأمراض المعدية، والاهتمام بالإجراءات الوقائية، حيث أن الطب في حد ذاته تغير مفهومه من فن العلاج أو الشفاء إلى فكرة إبقاء الأشخاص في صحة جيدة أي الاهتمام بالنظرة الوقائية، وبالتالي البحث عن العوامل التي تعد خطراً على الصحة الفردية والجماعية والحد من انتشار الأمراض، والأخذ بعين الاعتبار للعوامل الاجتماعية فيما يخص صحة الأفراد، التعمق في حقيقة وواقع حياة الجماعات والمجتمعات التي تشكل عوائق أو شروط حسنة للفرد ضمن وسط العمل والمجالات الحياتية والتكوين.³

¹ المرجع السابق ، ص 43.

² Alphons, D'hautou. Sociologie de la santé. Paris : Imprimerie labellery, 1988, P. 190.

³ Ibid, P.192

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

ولعل أكبر مجال يتدخل فيه علم سوسيولوجيا الطب هو الابدميولوجيا، إنه الجسر ما بين الطب الحيوي والعلوم الاجتماعية والعلوم السلوكية. والذي يعني " دراسة حدوث وتوزيع الأحداث المتعلقة بالصحة أو المرض في مجموعه بشريه محددة بما في ذلك دراسة المحددات المؤثرة في هذه الحالة وتطبيق هذه المعلومات للسيطرة على المشكلة الصحية ".¹

فالعلوم الاجتماعية تستعمل لفهم السياق الاجتماعي الذي تتواجد فيه وتحدث الأمراض من خلاله. إذ أن الصفات الرئيسية لأي مرض تحت الدراسة هي:

-الشخص: العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية والاقتصادية، التعليم، الوظيفة، الدخل، العرق والوصف الوراثي.

- السلوك، العادات.

-المكان: محدد جغرافيا أم منتشر عالميا (متوطن - وباء - انتشار مفاجئ)

-تأثير المناخ: (حرارة - رطوبة - تأثيرات متداخلة)

-المدينة:(عشوائيات حول المدينة - الريف)

-العلاقة بالتأثيرات البيئية (المياه - الإمداد بالطعام)

-تجمعات عديدة أم منفردة

-التوقيت: متغير أم ثابت

-تجمعات وبائية أم متوطنة، موزعه بانتظام.

-التكرار الزمني: مصدر النشوء، الانتشار، موسمي، قرني (تحدث مرة كل قرن)، زمني، مختلط

وخصوصا مع تطور النظام الإعلامي والإحصائي، فقد أصبح من السهل دراسة ظواهر الصحة

والمرض، وحصر معلومات عن السكان والجماعات الخاصة، وبعد تحصيل كافة المؤشرات الجديدة

بربطها بالمعارف العلمية والتقنية. حيث أن حالة كل فرد تقاس و تقيم عن طريق مجموعة من الفئات

"الجنس،العمر، المستوى الاجتماعي والمهني،الدراسي، الأصل الجغرافي التبادلات الاجتماعية والثقافية

وضع بنك معلومات".²

¹بورتام، لاس ت ج، جرين لاندس. قاموس علم الوبائيات، 2008، نقلا عن www.bibalax.com

² لطيفة عبد اللطيف، نقلا عن www.ensayat.com

إذن فإن الوسط الصحي يمثل مجالا خصبا لبحوث سوسيولوجيا الصحة، وخصوصا مع تطور التقنيات التي تساهم في تسريع وتقديم بحوث نوعية، كما أن سوسيولوجيا الصحة تعتبر وسيلة مهمة وضرورية للمساهمة في فهم البيئة المعقدة من طرف النظام الصحي بصفة عامة، وخصوصا في بلدان مثل الجزائر التي تعيش انتقالا وبائيا ببقاء الأمراض الوبائية وظهور الأمراض الحديثة، فالنظام الصحي يحتاج لقاعدة معلوماتية كبيرة ونوعية تحاول من خلالها توجيه كافة الموارد المادية والبشرية التي توفرها له سوسيولوجيا الصحة.

الفرع الثالث : الاتجاهات النظرية لدراسة الصحة و المرض وتأثير العولمة

سنرى من خلال هذا المحور مختلف الدراسات والأبحاث الاجتماعية على مستوى التنظيمات الصحية والتي كان لها تأثيرها الواضح على تشكيل العلاقة بين علم اجتماع الصحة وعلى العلاقة بين التنظيمات والصحة، كما سنبين تأثير العولمة على تكوين ومفهوم هذه العلاقة.

أولا : الدراسات و النظريات:

هناك عدة دراسات نظرية أقيمت من أجل دراسة الصحة والمرض، والتي كان لها تأثيرها الواسع في تطور المفاهيم والممارسات المهنية والعلاقة بين الأنظمة الصحية والبيئة، من أهمها:

- دراسة ستراوس: والتي أقيمت على مستوى مستشفى الأطفال والتي من خلالها يريد أن يصل إلى دور مستشفى طب الأطفال الذي يساهم بدور فعال في انتشار الأمراض، رفع نسبة الوفيات، لأن الحالات المرضية التي كان لا يمكن علاجها كانت تؤخذ إلى المستشفى دون أمل في شفائها.
- ويرى ستراوس أنه حتى 1926 المستشفى ضم الأطفال المرضى الفقراء الذين لا يمكن شفاء مرضهم ولكن نتيجة لتطورات تقنية والمعارف الطبية استبدلت وظيفة المستشفى من مركز ايواء إلى مركز تشخيص وعلاج المرضى ومركز للتكوين الطبي، وأصبحت مؤسسة الضمان الاجتماعي تسمح للعائلات الأكثر فقرا بتوفير العلاج الطبي، إذن فإن التطور التقني ساهم في تغيير الذهنية الاجتماعية لدخول الأطفال للمستشفى، مع التأكيد أن المستشفى احتفظ بدوره التقليدي المتمثل في الايواء فهي لا تبعث الأطفال لاستعجال حالاتهم وعدم توفر التكاليف وإنما لظروف السكن، عمل المرأة، التفكك الأسري ومعنى هذا أن دخول المستشفى مرتبط باعتبارات اجتماعية، كما استخلص إلى أن معدل بقاء المرضى لا يرتبط بطبيعة الحالة المرضية وإنما أساسا لاعتبارات اجتماعية

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

منها عدم امكان توفير العلاج المنظم و المراقب داخلا للأسرة، و لهذا فإن دور المستشفى كما درسه الباحث ضمن سياقه الاجتماعي المتميز هو عزل المرضى إلى حد ما.¹

• دراسة سوشمان وروزمبلاط: التي أقيمت سنة 1961 بالولايات المتحدة الأمريكية وتركزت حول الاعلام ومواقف السكان ازاء المرض والصحة ومحاولة تحديد لماذا يستجيب العمال اليدويين بشكل مختلف أمام المرض والصحة وقد أجريت الدراسة بالقطاع الصحي واشنطن هيت بنيويورك وتضمنت العينة أكثر من 05 آلاف واستعملا الباحثان تقنية الاستجواب يقدم لأحد كبار الأسرة للحصول على معلومات تخص الأمراض المزمنة ومعطيات ديمغرافية، هذه العينة تطلبت تدخل طبيب في العام المقبل لاستكمال الدراسة فيما يخص المعرفة الطبية وتفسير التصرفات وكانت نتائج الدراسة : بأن بعض العمال لا يتقبلون دور المريض خاصة لمن لديهم موارد مالية ضعيفة و هناك من يشكون في النسق العلاجي أكثر من شكهم في الطبيب ويظهر الاستجابة للمرض حسب متغيرة المتغيرات الطبية الاجتماعية الثقافية².

• وظيفة بارسونز : وهي تهتم بالدور الذي يلعبه المريض في المجتمع وترتكز على سلوك المريض فرغم اهتمام بارسونز سنة 1951 بجوانب مختلفة للمرض ، فإن أفضل ما كتبه يرتبط بتأكيد على الأهمية الاجتماعية لدور المريض ، يؤكد "بارسونز" أن المريض يرغب في صحة أفضل ،فالناس يقررون أنهم مرضى و محتاجون للعلاج وكونه مريضا يعني اختيار انسحابه و انحرافه عن الأنماط السوية للسلوك الاجتماعي ،يتوقع المرضى تلقي علاجا مهنيا وثقة أما الأطباء فعليهم الاهتمام وتطبيق المهارات والخبرات وفقا للمبادئ المهنية للسلوك ويمنح الانسجام مع هذه المبادئ حقوقا استثنائية للأطباء منها الحق في ممارسة السلطة على مرضاهم والحق في فحص أجسادهم و الحق في معرفة المزيد من التفاصيل الشخصية منهم.

من بين الانتقادات التي وجهت لهذه النظرية هو احتمال أن يكون الشخص مريضا ولا يخضع للعلاج الطبي وانتقاد آخر أن المرضى يمتلكون المعرفة البسيطة والخاضعة للمعرفة الطبية والحس بمرضهم وضرورة استشارة طبيب،ولكن من الملاحظ أن الانتماءات الطبقيّة والعمرية والنوعية والعرقية للمرضى تمارس تأثيرا ضخما على نوعية العلاج الذي يتلقونه.

¹ محمد رضا، بلمختار ، مرجع سابق ، ص 15.

² المرجع نفسه ، ص15.

بالرغم من الانتقاد، فإن فكرة بارسونز عن دور المريض تمكننا من استكشاف تشكل ومسار المريض حيث يكافح عديد من المرضى مع المرض بتحديد كوظيفته، يتم ادارتها بنجاح بالعمل الشاق والتعاون مع الآخرين كالأطباء ومن يماثلهم والمشاركة في المعلومات عن حالة المرض¹.

• دراسة غوفمان سنة 1968 بعنوان *la condition sociale des malades mentaux*: التي أقامها على مستوى مستشفى سانت اليزابيث بمحاولة معرفة كيف يعيش المرضى ذاتيا وعلاقتهم مع الوسط الاستشفائي، وقد أطلق على المؤسسة الاستشفائية كمؤسسة اجتماعية اسم المؤسسات الشمولية بضم خاصيات صنف كامل من المؤسسات المختصة بحراسة البشر ومراقبة تصرفاتهم منها السجون الثكنات، والأديرة فهي أيضا مؤسسات شمولية فهي تشترك في أن تصرف المعتقلين "المرضى" كل يقومان على انقطاعين: الانقطاع الأول مع العالم الخارجي بينما يقع الانقطاع الثاني بين المستخدم من المرضى، والذي ما هو إلا صورة للانقطاع الأول طالما أن العاملين ينتمون للعالم الخارجي².

إن الشخص الذي يقوم بعملية العلاج يمثل بالنسبة للذي يتلقاه ما يمثله الحر بالنسبة للمسجون والغني للفقير و العالم للجاهل، إن حالة الاغتراب التي يعيشها المريض تأخذ معنى جديدا إنه مغترب من جراء المرض نفسه، و من جراء المؤسسات نفسها³.

• التحليل الفوكوي يؤكد على Foucault 1977: أنه لكي نفهم دور الطبيب في المجتمع يجب أن نراه كجزء من متطلبات اجتماعية أوسع لتنظيم ومراقبة الأجساد، ويمكن فهم الطب وخاصة في المستشفيات العقلية والطب السريري وعلم الصحة العامة اليومية داخل هذا السياق العام للضبط العام، ويناقش فوكو أن الطب لا يمثل فقط دور الطب السريري ولكن أيضا الأخلاق.

حيث يعتبر أن الخطاب الطبي من أكثر الخطابات قوة ، ففي بداية القرن 19 اتجهت المعرفة الطبية الادارية لتطوير الاهتمام بالمجتمع وصحته و مرضه وظروف حياته وإسكانه وعاداته التي شكلت جوهر الاقتصاد الاجتماعي وعلم اجتماع القرن 19⁴.

¹ ابتسام، سيد علام، مرجع سابق، ص 20.

² كوت، جان بيار و موني جان بيار، مرجع سابق، ص 54.

³ المرجع نفسه، ص 54.

⁴ ابتسام، سيد علام، مرجع سابق، ص 15.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

• التفاعلية الرمزية والتشكل الاجتماعي للمرض: من منظور التفاعلية الرمزية فإن تحديد الهوية يتم انجازها من خلال التفاعل مع الآخرين وتعلم أن يصبح الإنسان كائنا اجتماعيا يعني تعلم انجاز ضبط هذه العملية بإدارة انطباعات الآخرين عنه.

يصنف كل من ستيوارت و روتر سنة 1989 العلاقة بين الطبيب و المريض بسيطرة هذا الأخير كمستهلك سوق العلاج الخاص الذي يستند إلى الرعاية ، ورغم هذا فإن الطبيب يسيطر ويمارس سلطة قوية على المرضى الخاضعين لعلاجه ويفترض مورجان سنة 1997: أن العلاقة بين الممارس الطبي والمريض تنتقل بين هاتين الحالتين أثناء المراحل المختلفة للمرض، ومن الضروري للطبيب أن يكون مسيطرا إلى مرحلة المرض الخطير ،بينما في المراحل المتأخرة للمرض ربما يكون مقيدا أكثر للمشاركة بفعالية والاندماج في مسؤولية الادارة اليومية لحالاتهم المرضية.¹

تقدم التفاعلية الرمزية تفسيرا للقوة واللامساواة كوظائف للقوة النسبية لشخصيات الجماعات في المواجهة الطبية كما أنها تركز الاهتمام على التوزيع غير المتساوي لمصادر القوة المتاحة لممارسي الطب والمرضى سواء في زيارات المنزل ،العيادة الخارجة أو داخل المستشفى.² كما قدمت عدة دراسات منها:

• دراسة مارجریت كلارك عن الصحة في ثقافة الأمريكيين -المكسيكيين وقد أجريت الدراسة في حي فقير وقد لاحظت عدم زيارة سكان الحي للمستشفيات ويفسرون ذلك بأن الأطباء لا يفهمون الأمراض المكسيكية بالإضافة إلى وصف المعالجين بالبرودة والعلاقات غير الودية بشكل مخيف ولا يسمحون لأصحاب الأسرة الآخرين بالحضور أثناء الكشف الطبي، كما يعتبرون المستشفيات موحشة وزيارات المرضى محددة وطعام المستشفى غير صالح للأكل وبل هو ضار للمريض ، كما لم تجد الدراسة فروقا ذات دلالة بين الجنسيات ولكن الفروق ناتجة عن الفقر وانخفاض المستوى التعليمي.³

دراسة ZBorowski بعنوان "la diversité des attitudes culturelles à l'égard de la douleur" والتي من خلالها أراد الباحث فهم المواقف المتصلة بالصحة ،الدواء والمستشفى والطب بصفة عامة وأقيمت

¹ المرجع السابق ، 20-22.

² المرجع نفسه ،ص 23.

³ محمد، الجوهري وعلياء شكري. علم الاجتماع الريفي والحضري . ط2. الاسكندرية: مكتبة دار المعارف، 1983، ص ص 492-495.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

الدراسة بمستشفى بالولايات المتحدة الأمريكية وقد اختار الباحث أربع جماعات، من خلال دراسة كيفية، من أصول يهودية وإيطالية وإيرلندية وإنجلوساكسونية، ولهم نفس المرض تقريبا فوصل إلى أن اليهود والإيطاليين يميلون إلى مبالغة آلامهم وذو حساسية شديدة لمرضهم ، ويختلف في أن الإيطالي يعبر بتصرفه نظرا للإزعاج الذي يسببه الألم ويعبر عن تأثيره فيما يخص نتائج هذه الآلام على وضعه الحالي من منظور اقتصادي، أما اليهودي فيعتبر أولا وقبل كل شيء عن قلقه، فهو يتساءل عن مدى تعبير الألم عن كون صحته مهددة، الإيطالي يضع الثقة الكاملة في الطبيب و يخفي آلامه أمام الأسرة ويعتبرها رمزا للضعف أما اليهودي فيستغل ذلك لخلق جو من القلق لأسره وتجنيدهم لعلاجهم.

أما الإنجلوساكسونية فليس لديهم ميل للشكوى فهم يحاولون تحديد نوعية و مكان ومدة الألم ويستجيبون للألم بالانعزال عن المجتمع ، كما يعملون على مساعدة المعالج بتشخيص المرض ويهتمون أيضا بأهمية الألم من حيث أنه عرضي مرضي فيعتبر الألم كمؤشر على سوء الصحة وبضرورة الذهاب للطبيب وينظرون للجسم كجهاز ميكانيكي يجب فحصه دوريا وتوضع الثقة الكاملة في الطبيب من حيث أنه يمتلك القدرة على العلاج وهم يجدون أنفسهم مرتاحين بالمستشفى وأن للأصل الاجتماعي والثقافي والتربية والشعور الديني دورا أساسيا باعتبارها تخلق تباينات فردية في نمط الاستجابة للألم.

دراسة أخرى حول تصور المرض والممارسات المتصلة في البلدان النامية:loyola MA من خلال بحثها عن الممارسات العلاجية المختلفة التي يمكن أن تتعايش عند نفس الكائن الاجتماعي المريض والمعالج وإلى بناء نسق العلاقات بين مختلف أساليب العلاج الموفرة محليا والجماعات الاجتماعية التي تمارسها وقد تمت الدراسة بحى بسيط بالبرازيل وسكانه من أصل ريفي غالبا وأميون ويشكون من تردي الظروف المعيشية.¹

ومن بين نتائجها أن الطب الشعبي لا يقتصر على مجرد المناطق الريفية بل ينافس الطب الرسمي في المناطق الحضرية أيضا و أن المعارف المتصلة بتركيب الجسم أو الحالات المرضية هي ذات طابع امبريقي أي تعتمد على خبرة الفرد للمرض وبالخطب الطبية التي كان على صلة بها أو ما لاحظته عند أفراد محيطه ،و أن لغة المرض تنتشر في معظمها من طرف أخصائيي الصحة ، حيث هناك عدة أنساق لتصور الجسم ،الصحة والمرض يعاد انتاجها باستمرار من طرف هؤلاء الأخصائيين

¹ رضا ،محمد بلمختار ،مرجع سابق ،ص ص 17-18.

وهي تتعايش وتتداخل كما يساهم الفراغ الذي يتركه الأطباء و المؤسسات الرسمية للصحة والتصور السحري الديني للجسم و الصحة السائد عند السكان على استمرار ذلك ، كما أن التصور القديري للمرض يستبعد كل وقاية وضعية من الفرد ، وهناك علاقة غير جامدة بين الطب الشعبي والطب الرسمي والتي تتخذ طابع التنافس الاجتماعي.¹

• النظرية الماركسية: تركز هذه النظرة على أن البناء الاقتصادي المسيطر في المجتمع هو الذي يحدد اللامساواة والقوة ويشكل العلاقات التي تؤسس النظم والمؤسسات الاجتماعية الأساسية ويعتبر الطب مؤسسة اجتماعية أساسية، ويتشكل في المجتمعات الرأسمالية من خلال المصالح الرأسمالية ويطور عدد من السوسيولوجيين ومحللو السياسة الصحية وصفا ماركسيا للطب الرأسمالي، ومن أبرز هؤلاء Navarro سنة 1985، الذي يشير إلى وجود عدة عناصر تحدد الطب كشيء رأسمالي وتؤكد الغزو الطبي للمنزل من خلال الرأسمال أهمها:

أولاً: تحول الطب من حرفة أو مهارة فردية إلى طب نقابي.

ثانياً: أصبح الطب بشكل متزايد متخصصاً.

ثالثاً: يمتلك الطب الآن قوة عمالة أجيحة في صناعة المستحضرات الطبية وفي القطاعات الصناعية المرتبطة، يصبح الأطباء بروليتاريا ويتم تفويض مكانتهم المهنية تدريجياً كنتيجة لتولي الهيئة التنفيذية والإدارية المسؤولية عن توفير الرعاية الصحية.

وهذا يعني أن الطب أصبح سلعة سوق تشتري وتباع مثل أي منتج آخر وأصبح مربحاً لاهتمام رأسمالين مسيطرين: قطاع التمويل من خلال التأمين الخاص، القطاع النقابي من خلال بيع الأدوية والوسائل الطبية ويمارس الاحتكار الرأسمالي، الغزو والنوعية والسيطرة اما مباشرة من خلال القطاع الخاص أو بشكل غير مباشر من خلال الدولة على جميع مجالات الاقتصاد والحياة الاجتماعية.

وبأن كون الطب كنسق قومي للرعاية الصحية (كما في المملكة المتحدة)، لا يعني أنه متحرر من التأثير الرأسمالي، فإنه يمثل جزءاً من مركب الطب -الصناعة -الدولة ويتضمن علاقات حتمية بين الشركات الكبيرة والهيئات الدولية، تشتري الدولة الأدوية أو العقاقير أو التجهيزات الأخرى من

¹ المرجع السابق، ص 18.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

الشركات الكبرى الأخرى، وتقدم الدعم المالي لبحوثها من خلال معامل الجامعة وتؤكد احتياج البيئة التحتية الكبيرة للمستشفى إلى بضائعهم.

يفترض الماركسيون ارتباط المشكلات الصحية بعمل البيئة غير الصحية والضغوط ولا يرون المشكلات الصحية كنتيجة للضغط الفردي بل يتم رؤيتها في ضوء البناء الاجتماعي غير المتساوي والمعوقات الطبقة التي يعاد انتاجها في ظل الرأسمالية ، فمثلا ترتبط أنماط الوفيات والمرض بشكل وثيق بالمهنة ، مثلا السرطانات الصناعية مسؤولة عن 10 بالمائة للسرطان لدى الذكور ، بينما يتم النظر لحوادث العمل كنتيجة للخطأ البشري وقد أوضح أنها تعكس أيضا الضغوط على العمال لإنجاز المهام سريعا في بيئات تمتلئ بالمخاطر ، وبوضع التشريعات لضبط المخاطر في مكان العمل انخفضت نسبة الوفيات والأضرار والمرض بين العمال¹.

• اسهامات تيرنر: 1987 حاول التوثيق بين النظريات السابقة حيث يهتم بخبرة المرض حيث تلعب التفاعلية دورا في اثاره الاهتمام بتصورات الإنسان عن مرضهم وعلى المستوى الاجتماعي تركز على ديناميات المؤسسة، وهنا فكر بارسونز يبرز وأخيرا على المستوى المجتمعي تتحول إلى أبنية نسقية أو ماكرو حيث تظهر أهمية التحليل الماركزي واكتشاف فوكو لقوة الخطاب وتميز الجسد كوجود فردي كشخص وكوجود مجتمعي كالسكان.

كما يفترض "تيرنر" أن الطبيب حل محل رجل الدين المحافظ على القيم الاجتماعية والنظم مثل النظام العشائري، أماكن التدريب المهني، مساعدات المهاجرين وأماكن العبادة والتي تحولت من خلال التطور العلمي للطب إلى مجموعة ضخمة للهيئات المركزية للمراقبة والضبط، كما نشأ الطب الوقائي والطب الاجتماعي وطب المجتمع المحلي مما ساعد على اتساع هذه الهيئات وتنظيم الحياة الاجتماعية بشكل أعمق.

• تونسنود وفيدسون 1982 تكلم عن التفاوتات الصحية: استمرارية التفاوت في نسبة انتشار المرض والوفيات عبر الطبقات الاجتماعية وناقشت العوامل المؤثرة على الصحة كالدخل والمهنة والتعليم والإسكان وأسلوب الحياة، وقد توصلنا إلى أربع تفسيرات لوصف الاتجاهات الوصفية:

¹ ابتسام، سيد علام ، مرجع سابق ، ص 15.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

أ. التفاوتات الصحية من صنع الإنسان ، فالاختلافات الصحية هي خيال ينشأ كنتيجة للأسلوب الذي تم به جمع البيانات و تحليلها ، وبالتالي لا توجد علاقة حقيقية بين الوضع الطبقي ونوعية صحة الفرد.¹

ب. التفاوتات عملية اختيار اجتماعي ويوجد في هذا التفسير قبول ارتباط الصحة والتفاوتات الطبقيّة، وتعد الصحة هي المتغير المستقل وبالتالي فالصحة الجيدة تدعم الحراك الاجتماعي المساعد.

ج. التفاوتات كحرمان مادي: حيث يناقش كسبب مباشر للمرض.

د. التفاوتات الصحية كحرمان ثقافي.

ويناقش ارتباط المرض بالممارسات الثقافية والمعتقدات أكثر من المعوقات المادية، مثلاً التدخين عند النساء فإنه يمثل رمزاً للتحدي وأداة تأكيد هويتهن وسيطرتهن الشخصية في المواقف الشخصية وتستند شركات التبغ بالتأكيد على هذا النوع من التداعي للأفكار والذي شكلته المرأة حديثاً، ويعد التفسيرين الثقافي والمادي الأكثر تفضيلاً لانتشار المرض والوفيات.²

ويفترض أن يبدي كل شخص سواء من الهيئة الطبية أو من المرضى الطاعة للسلطة الطبية ويبقى المريض عاجزاً عن اتخاذ القرارات الخاصة به وتباین صلة المعالجين مع المرضى من سلطوية إلى حوارية تبعاً لمدى تعاون المرضى مع معالجيهم ، وهناك ميل لدى المعالجين للنظر إلى المرضى كأهداف لأسباب تتصل بمنطق الممارسة الطبية و بحالة الاعتماد التي تميز المرضى ويصبح المريض من الناحية الاجتماعية والبيولوجية بمثابة الحالة، فلا يجد إلا فرصة ضئيلة لتبادل المعاني المشتركة والعواطف مع غيره أثناء الإجراءات التي تفرض عليه ، وبالرغم من أن هناك أشخاصاً كثيرين ينتمون إلى الفئات المتخصصة و الذين يشتركون في توفير الرعاية للمريض فإنه يلاحظ أن جهود هؤلاء الأشخاص يوجه أوتوقراطياً من خلال سلسلة أوامر علاجية ، لذلك فإن الاتصال ما بين أعضاء الهيئة يعد شكلياً إلى حد كبير و مكتوباً ولا يحتاج إلى فهم كل عضو لطبيعة المهام الملقاة على عاتق الآخر، ويلاحظ من جهة أخرى أن ارتباط المستشفى بندرة بعض الوسائل يؤدي إلى تباین حظوظ فئات المرضى المختلفة لبلوغها.³

¹ المرجع السابق، ص 39.

² المرجع نفسه، ص 39.

³ رضا، محمد لمختار، مرجع سابق، ص 15.

ويسود لدى الأطباء ايدولوجية مضمونها النظر إلى المريض كحالة وهم من خلال ذلك، كما تراه شوفنات Chauvenette إنما يعملون على نقل ايدولوجية الطبقة السائدة حيث لا تعطى أهمية للعوامل الاجتماعية المتصلة بالمرض ولا ينظر للمرض إلا كنتيجة وهذا النفي للعامل الاجتماعي له وظيفة اجتماعية مضمونها السماح بإنتاج اللامساواة¹.

إن العولمة أنتجت أفكاراً انعكست على الممارسة الطبية وعلى اعطاء تفسيرات، ولهذا نحاول أن نبين أهم التأثيرات التي ولدتها العولمة على مفاهيم الصحة والعلاج والمرض.

ثانيا: عولمة الصحة والعلاج والمرض

يمكن القول أن الأنماط المتعلقة بنسبة انتشار المرض و الوفيات ترتبط منها بالعولمة، فأكثر اقتصاديات العالم تتكامل في ضوء الانتاج والاستهلاك ويتضح التماثل الأكثر في الأبنية الدولية، اللامساواة والطبقية ويسود التماثل أيضا في الثقافة الفردية، خاصة بنموذجها الأمريكي وهناك تماثل في الأنماط العالمية للصحة والمرض والتغذية الجيدة والفقيرة وفي الاستفادة من الرعاية الصحية².

ووفقا لدراسة "تيرنر" التي أقامها سنة 1987 فإن الأنماط العالمية لانتشار المرض والوفيات تصبح متقاربة، مثل ما يحدث مع أمراض السرطان والموت الاكلينيكي والقلب أيا كان السياق، وبالمثل فإن هناك عولمة لاستجابات المؤسسات للطلب على الرعاية الصحية والبيروقراطية العالية والأنساق العقلانية للتوزيع الطبي الذي يتجاوز الحدود القومية وأخيرا كسمة للحدثة الشائعة لجميع الدول الصناعية ، فإن الطب يلعب دورا أساسيا هاما علميا ومتخصصا كمنظم للهياكل الفردية الجمعية في جميع المجتمعات، بالإضافة إلى عولمة الأشكال الشائعة للممارسة الطبية والتكنولوجيات المرتبطة: مثل جهاز السكانير وأدوات وحدات الرعاية المركزة تعكس شبكة دولية للأطباء الذين يشتركون في المعايير والمستويات المماثلة، أيضا يعكس الأسلوب الذي يشجع به حدثة المستويات التكنولوجية والأدواتية ليس فقط في الطب، والقائمون بتقديم التجهيزات والعقاقير المخدرة والبند الطبية الأخرى، فهم يتعرضون للضغوط لمتابعة نفس التجديدات التقنية لكي تكمل

¹Antoinette, Chauvenette , « Idéologie et statut professionnel chez les médecins hospitaliers ». *Revue française de sociologie* ,1,(Numéro spécial) (1973): PP.61-76.

² ابتسام، سيد علام، مرجع سابق، ص 40.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

المنافسة بينما هناك تطابق في المعايير الكيفية التي وضعتها الهيئات الدولية المنظمة بسبب اندماج الشركات الأساسية للعقاقير المخدرة لتصبح شركات عالمية.¹

بالإضافة إلى تأثير تكنولوجيا الاتصال والمعلومات، ففي ميدان البحث الطبي تتضح أهمية الاقتراب إلى قاعدة البيانات الدولية للاستمرار مع التطورات الجديدة و التبادل السريع للمعرفة في بنية معيارية في المشروع الطبي الإنساني من وجهة نظر الممارسين ، فإن التسجيلات الرقمية للمرضى تسمح للأطباء بمناقشة الحالات على الانترنت دون مقابلة المريض ولا يشجع هذا فقط توحيدا قياسيا دوليا في بحث الأغراض والتشخيص، إنه أيضا يتيح بعض التساؤلات فيما يخص علاقة الطبيب -المريض واستمرار ما يرتبط بالأسلوب المباشر الجسم والوجه في نفس الوقت.²

من هنا نستنتج أن دور المهنة الطبية يتضمن أكثر من علاج المرضى، إنه أيضا يشكل تحديات الصحة والمرض ويرتبط بشكل وثيق بمصالح اقتصادية وسياسية أساسا، قواها العلاجية والاستشفائية غالبا أقل فاعلية من تصورها الذاتي المعاصر الذي فيه علم الاجتماع يتحدى النموذج الطبي البيولوجي للصحة والمرض بتوضيح الأسس الاجتماعية لكليهما:

كما تؤسس المهنة الطبية ذاتها كسلطة رئيسية في السوق الطبي رغم وجود اختلافات في الأسلوب الذي تعبر به هذه القوة وفي أصولها التاريخية بين الدول، فالصحة ذات أبعاد عالمية، ليس فقط أنماط انتشار المرض والوفيات لكن أيضا تقارب أشكال العلاج، العقاقير والتجهيزات ومن ناحية ثانية وضوح المقاربة المحلية.

وبشكل عام يقول "ستودلر" أنه في الوقت الراهن توجد هوة بين المعالجين والمرضى بالرغم من أن المظاهر العدوانية تكاد لا تظهر وأن المعالجين لا يعتبرون تصرفات المرضى معبرة عن مواقف جماعية ولكن على أنها مواقف فردية، كما أن غياب قنوات الاتصال التي تسمح لجماعة المرضى بالتعبير على زيادة الانعزال المتبادل بين المعالجين والمرضى ويحمي المرضى أنفسهم بانطوائهم وتنمية بنية اجتماعية تساعدهم على الحد من فرص الصراع.³

¹ المرجع السابق ، ص 46.

² المرجع نفسه ، ص 46

³François ,Steudler . « Hopital,profession Médicale et Politique Hospitalière».Revue Française de Sociologie,1,XIV(1973): P.13-40.

وفي ظل هذه المقاربات وشمولية مفهوم الصحة وتعدد الفاعلين بها، كل التطورات البيئية والتي تميزت بالحركات التحررية والتعددية، نريد أن نبين ما هي مكانة المريض في السياق الدولي والمجتمعي الحالي، وما هي أهم التطورات إلى غاية وصولها إلى هذه المكانة الاستراتيجية كركيزة لبقاء واستمرارية التنظيمات الصحية.

المطلب الثاني: التطور التاريخي لمكانة المريض وحقوقه

إن التطور في القوانين الدولية فيما يخص حقوق الإنسان وكذا عصنة الإدارة، التي تتطلب ارساء قواعد المواطنة والشفافية وإعطاء صفة الفاعل للمريض أو المواطن بصفة عامة أعطت مكانة استراتيجية للمريض تجسيدا لدولة القانون والديمقراطية وضمان الشفافية والنوعية في العلاقات في جانبها المادي والمعنوي، من الاستقبال إلى تحسين العلاقة والجانب العلاجي.

الفرع الأول: تطور مفهوم المريض " من مستهلك إلى فاعل "

يمكن أن نصف العلاقة بين المعالجين والمريض أنها مرت بعدة منعرجات وتحولات لوصولها للمكانة الاجتماعية الحالية، فقد كانت وظيفة المستشفى في أوروبا تتمحور حول مساعدة المعوزين والفقراء والمرضى وكان اهتمامهم منصب على راحة المريض أكثر من معالجته وتولد عن ذلك توقعات لدى المرضى تتصل بالإحسان أو حب الخير المصاحب للمرضى ومن يحسنون إليهم، فقد كان يتوقع من المرضى أن يكونوا ممتنين للخدمات التي تقدم وأن يعبروا على قدر مناسب من الاحترام والاذعان كمقابل للإحسان المقدم لهم.

ومع التغيرات التي عرفتھا التنظيمات الاستشفائية والتي أصبحت منصبة على العلاج بشكل أساسي وأصبح المريض فاعلا حقيقيا داخل التنظيمات الاستشفائية، وذلك ما صاحبه من تطورات قانونية عرفت العلاقة بين المريض والتنظيمات الاستشفائية عدة تحولات تاريخية وتدرجت تاريخيا وطرديا مع تطور المرفق العام والسياسة العامة في العديد من الدول مثل فرنسا والتي بمراحل نلخصها في المراحل التالية:

- فترة القرون الوسطى: وهي الفترة التي تطورت فيها الخدمات العمومية وظهور فكرة المنتفع، الذي هو المستعمل للخدمات التابعة للجماعة وهذا المعنى تراجع مع انخفاض تدخل الدولة.¹

¹www.sante.com ;Relation Administration-Citoyen , P.23

- عصر المماليك: فيه ازدهرت الادارات مع ظهور كوكبة من النصوص القانونية الملكية.
 - فترة التصنيع: تميزت بظهور ثورتين علميتين وظهور منطق الانتاج الضخم الكميوفي سنة 1906 بدأت تظهر فكرة تدخل المنتفع ضمن الادارة "مستعمل".
 - فترة المستهلك: ظهرت مع بداية 1925 مع تكوين اتحاد حضاري واجتماعي، والتي تناولت فكرة المشتري الجيدة، والتي وصلت إلى مستواها الحالي مع انشاء المجلس الوطني للاستهلاك ودخول ممثلي المنتفعين في المجالس الادارية للمؤسسات الصناعية العمومية.
 - فترة الديمقراطية الاشتراكية: بدأ المطالبة بها في سنوات السبعينات وطبقت ميدانيا في الثمانينات عن طريق سياسة المدينة "الأحياء التي تعاني من صعوبات"، وتطور في سياسة النوعية، بعدها عمقت في سنوات التسعينات بالتحقيقات والاستبيانات الخاصة بإرضاء وتلبية الاحتياجات، أيضا تطور معها حقوق المنتفع خاصة في المجال الصحي والاجتماعي وخاصة مع ظهور سياسة الترشيح¹.
- هناك أنواعا ثلاثة (03) للسلوكات تتبناها التنظيمات الاستشفائية في مواجهة المريض بصفة عامة وهي:
- سلوك الحماية: هنا التنظيمات تحتفظ بالمعلومة وتتميز بدرجة مشاركة صفر، فهي تفرض نفسها مسبقا عن طريق سلم اداري، في التنظيمات البيروقراطية بالمعنى التقليدي تعتمد في علاقته مع المواطن على هذا السلوك.
 - الاستشارة: وذلك يكون بطلب رأي المنتفع ولكن بدون ضرورة الأخذ به، ويكون ذلك عن طريق دفتر الاقتراحات، الاجتماعات"، وهنا يكون المنتفع مادة أولية لوجهات النظر، والذي عادة ما يختار بطريقة جزافية من طرف المؤسسة.
 - المشاركة: أما في حالة المرافق العمومية التي تختار منطق المشاركة وهذا ما تفترضه قواعد العصرية، المنتفع يكون محاورا ويكون المفهوم هنا أقرب إلى التفاوض مع تفضيل المصلحة العامة، وهنا المحاورون هم فاعلون معترف بهم كممثلين من طرف الأطراف، المحاور المنتفع هو معين من طرف المنتفعين والجمعيات الممثلة.
- وأهم تطلعات المنتفعين أو الزبائن فيما يخص المشاركة العامة تتمثل في:

¹Op.Cit , P.23

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

- ✓ تطوير حقيقي للاستجابة لاحتياجاتهم بإعطاء حلول سياسية وإدارية متكيفة ويتطلبون بصفة خاصة البساطة والسرعة؛
 - ✓ الأخذ بعين الاعتبار كافة الآراء وخاصة نقاط الضعف؛
 - ✓ الشفافية والمسؤولية؛
 - ✓ الاعتراف بوجود الديمقراطية الاجتماعية الداخلية في المؤسسة.¹
- لقد أبرزنا أهم التحولات القانونية في طبيعة العلاقة بين المريض والتنظيمات الاستشفائية، وسوف نركز من الناحية السوسيولوجية على أهم سمات هذه العلاقة:
- تغير طبيعة العلاقة بين المريض والمستشفى من الناحية السوسيولوجية:
- اهتم "غوفمان" بدراسة المستشفيات و أخذ نموذجا للدراسة مستشفيات الأمراض العقلية من حيث أنها مؤسسات تتم فيها معالجة المرضى، وقد أطلق على المؤسسة الاستشفائية كمؤسسة اجتماعية اسم المؤسسات الشمولية بضم خاصيات صنف كامل من المؤسسات المختصة بحراسة البشر ومراقبة تصرفاتهم منها السجون، الثكنات، الأديرة فهي أيضا مؤسسات شمولية فهي تشترك في أن تصرف المعتقلين "المرضى" كل يقومون على انقطاعين: الانقطاع الأول مع العالم الخارجي بينما يقع الانقطاع الثاني بين المستخدم والمريض، والذي ما هو إلا صورة للانقطاع الأول طالما أن العاملين ينتمون للعالم الخارجي.
- إن الشخص الذي يقوم بعملية العلاج يمثل بالنسبة للذي يتلقاه ما يمثله الحر بالنسبة للمسجون والغني للفقير و العالم للجاهل، إن حالة الاغتراب التي يعيشها المريض تأخذ معنى جديدا: إنه مغترب من جراء المرض نفسه، و من جراء المؤسسات نفسها.²
- لقد انتقلت طبيعة العلاقة بين المريض وبين المستشفى من هذه النظرة إلى نظرة المريض الفاعل والمشارك في المستشفى، وتفتح المستشفيات على احتياجاته ودراساته، كما أن طبيعة المرض أصبحت تحدد طبيعة هذه العلاقة، وتطورت هذه العلاقة خاصة مع المطالبة بحقوق الإنسان وبظهور قانون "كوشنير" KOUCHENER حول حقوق المرضى الذي جعل المريض فاعلا حقيقيا مثل مشاركته

¹ Op . Cit , P.24

² كوت ، جان بيار و موني جان بيار ، مرجع سابق، ص 54.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

ضمن المجلس الاداري باعتبار أن المشاكل الصحية هي ذات أبعاد اجتماعية أيضا بالإضافة إلى ازدياد جمعيات المرضى، تحقيقات حول إرضاء المرضى، ارساء الشفافية في الاجراءات.

بالرغم من الازدهار في القوانين التي تعطي مساحة قوية للمريض عن طريق التمثيل وتطور في حقوقه، إلا أن المريض واقعا ليس دوما فاعلا بالمعنى المراد منه في إطار تطبيق الشفافية والنوعية، فليست له صورة نمطية وحيدة قد يكون متفاعلا وإيجابيا وقد يكون سلبيا، كما أن تأثير الجمعيات يختلف هناك من تفرض نفسها ووجودها و هناك لا يستجاب لها وبالتالي ليس لها التأثير المضمون على مستخدمي الصحة.¹

كما يقول عبد الرازق جليبي: " وقد يبدو من الغريب في ضوء أهداف المستشفى أن يستبعد المرضى من عدد الجماعات الرئيسة، ولكن هناك أسبابا عديدة تبرر ذلك فالمرضى العاديون في المحل لم يكتسبوا الأنماط الثقافية التي تميز هذا التنظيم، كما أنهم لا يشاركون فعليا في حياة المستشفى ويميز دورهم بالسلبية والانطوائية ذلك الذي يتركز حول هدف مشترك بينهم جميعا، وهو الشفاء بكل سرعة ممكنة ".

كما مست التغييرات عدة نواحي لتتكون التنظيمات الاستشفائية حول المحاور التالية:

1- اضمحلال العلاقة التقليدية بين الطبيب والمريض ، إذ قلل الطب الحديث بدرجة كبيرة من الوقت الذي يمكثه المريض العادي في المستشفى ،منها تجارب الدائمك و فرنسا عن طريق فكرة الاستشفاء في مكان الإقامة، لدرجة اختفى بها الوضع التاريخي للمستشفى باعتبارها منظمة للحجز والرعاية التي تقوم لفترة، و لهذا عادة لا تنمو بينهم ثقافة النزلاء وتصبح عاملا جوهريا في البناء الاجتماعي للمستشفى كما تنمو في السجون والمستشفيات العقلية وغيرها من منظمات الرعاية طويلة الأجل ".² فهناك بعض المستشفيات في ظل الظروف الاقتصادية يلجؤون إلى التخفيف من مدة الإقامة ومن أجل إرضاء المريض الذي يبحث عن الجو العائلي من جهة وتوفير الموارد من جهة أخرى، ونفس الحالة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة،الذين يكتسبون نوعاً من

¹ Ivain, sainsaulieu. *L'hôpital et ses acteurs*. Paris : Edition Belin , 2007, P.16.

² علي، عبد الرازق جليبي. علم اجتماع تنظيم. ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999، ص 181 .

الاستقلالية فمع تكرار العلاج والتعود على نظام معين، يفضلون علاجهم ضمن الإطار الأسري والمجتمعي بدلا من المستشفى الذي يفقدونهم الاستقلالية وكذلك من أجل توفير النفقات.¹

2- انخفاض الرمزية: والتي لا تتعلق بعدم رضا المستخدمين مقارنة بالمعايير الاجتماعية أو المسار الشخصي ولكن هذا الانخفاض في الرمزية متعلق بالتطور التكنولوجي والعلمي، وبالتالي فإن الفاعلين التقليديين فقدوا مكانتهم تدريجيا حتى المعنيين التقنيين أصبحوا أسيري الاوتوماتيكية، الأطباء فقدوا الهوية الاجتماعية والمكانة التي كانوا عليها، وبالتالي فقدوا ذلك التحفيز المعنوي، المرضى أصبح لهم وقتا أقل لقضائه مع المرضى وتحقيق نوعية، مشكل عدم الاعتراف بالمجهود المبذول عند كافة المستخدمين، وبالتالي تدريجيا وضمنا أصبح المستشفى يتجه نحو انخفاض مكانته الرمزية، كما أن ادراك فكرة النوعية تختلف بين الادارة و المواطن، هذا الأخير الذي يهتم بمسار العلاج انطلاقا من مدة الانتظار إلى غاية علاقته مع الفريق المعالج، وفي ظل غياب معايير وأطر تقييمية موضوعية للنوعية فإنه في أغلب الأحيان تقيّم بصفة اعتبارية من طرف الصحافة، الشعب وغيرها.

وانطلاقا من هذه المفاهيم ومواكبة لتطور حقوق الإنسان، فإنه في الوقت الحالي أصبح هناك اجماع عالمي على ضرورة احترام حقوق المرضى والتي سوف نأتي على ذكر تفاصيلها التالية.

الفرع الثاني: حقوق المرضى

نظرا للتطورات التي عرفها المجتمع الدولي وتطور الحريات وحقوق الإنسان يظهر أهم قانون هو قانون "كوشنير" الفرنسي الذي ضم أهم حقوق المرضى التي ترضيه من الناحية الصحية والإنسانية والتي تعرف بأنها "التزامات واجبة التنفيذ على الكادر الطبي والفني والإداري في المستشفى" وأهمها:

- الحق في العناية اللائقة التي تضمن له احترام والمعالجة حسب مستوى علمي رفيع.

- الحصول على المعلومات الخاصة بحالته من طبيبه المعالج ، وذلك بلغة بسيطة يستطيع المريض فهمها ، عن العلاج الموصوف: منفعته ، مخاطره المتوقعة ، الحصول على المعلومات الكافية التي تمكنه من اتخاذ القرار الصحيح.²

- حرية اختيار المؤسسة والمعالج التي تتكفل به في إطار امكانيات كل مؤسسة.
- نوعية في التكفل والعلاج.

¹Ivain ,Sainsaulieu,Op.Cit ,P.18.

²تامر، ياسر البكري. التسويق والمسؤولية الاجتماعية . عمان : دار وائل للنشر ، 2009، ص50.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

إن المؤسسة الصحية ملزمة بتحقيق نوعية في الاستقبال والعلاج، ويجب أن تسهر على تخفيف الألم وتستخدم كل الوسائل لكي يحافظ المرضى على كرامتهم.

- الحق في الاطلاع على الملف الطبي من طرف المريض أو من طرف ممثله القانوني.
 - احترام السر الخاص بالملف الطبي.
 - الحماية الاجتماعية.
 - احترام أخلاقيات المهنة من طرف المعالجين.
 - احترام الكرامة والحياة الإنسانية.
 - أي نشاط طبي لا يمكن أن ينفذ إلا عن طريق اتفاق وموافقة المريض، بعد اخباره عن الايجابيات والسلبيات، هذه الموافقة تعد كتابيا، كما أن رفضه يجب ألا يؤثر على نوعية الخدمات المقدمة.
 - يستطيع المريض مغادرة المؤسسة بعد اخباره عن المخاطر التي قد تحصل جراء هذا الاجراء ويكون ذلك كتابيا.¹
 - احترام المعتقدات والحريات الخاصة.
 - بإمكان المريض أن يقدم ملاحظات على العلاج والاستقبال المقدم، اذ في كل مؤسسة هناك لجنة للعلاقات مع مرتفقي الصحة لدراسة الشكاوي والاقتراحات.
 - الوصول إلى المرافق واستمرارية فيالعلاج، ما يدعم فكرة التعاون والتنسيق بين الطب الاستشفائي واليومي. يمكن تعيين شخص ذو ثقة للاستعانة به في اتخاذ القرارات.
 - احترام شروط الحياة: النظافة والأمن منها عدم التدخين، الهاتف النقال.
 - كل هذه المبادئ المختصرة لا بد أن تعطى لكل مريض ضمن كتيب صغير عند دخوله للمستشفى.²
- من أهم اهداف التغيرات التنظيمية الاستشفائية هي تحقيق نوعية في العلاج ولهذا سوف نتعرف على تعاريفها المختلفة وأهميتها.

¹ Louis, Rolland, Op.cit. P.124.

²Op.Cit, P.125.

الفرع الثالث : نوعية العلاج

1. التعاريف المختلفة لنوعية العلاج : " هي القدرة على ارضاء احتياجات المرضى عن طريق التزام الادارة بمجموعة من النشاطات لتطوير الخدمات المقدمة للمنتفع ،والتي تمر عن طريق التحليل و المتابعة المستمرة لكل مراحل تنظيم العلاج ، الايواء ، الاستقبال وغيرها ومراقبة مدى تطابقها للمعايير النوعية المحددة مسبقا " ¹

هو مصطلح نعني به: " وضع كل الوسائل والشروط الممكنة من أجل ضمان للمرضى نوعية في التكفل من ناحية التشخيص والعلاج الملائمة".

النوعية هي وحدة مركبة و مدججة كما يقول "Evedis Donabedian" انطلاقا من نوعية عمل مستخدمي الصحة ومن علاقة المعالج بالمريض إلى النوعية الاجمالية للنظام الصحي.²

الأمر أيضا متعلق بالمعايير التي يتخذها الفاعل ومكانته ضمن النظام الصحي، فهو أمر نسبي فمثلا النوعية المتلقاة من طرف مريض مقيم في مستشفى لبضعة أيام في مصلحة الجراحة من أجل عملية سهلة تختلف في تقييمها عن نوعية العلاج المتلقاة عند مريض في مصلحة جراحة معقدة.

حسب المنظمة العالمية للصحة فإن نوعية العلاج: "هي الاجراء الذي يسمح بضمان لكل مريض بنسق من النشاطات في التشخيص و العلاج الذييسمح بتحقيق أحسن النتائج من الناحية الصحية ، حسب الوضعية الحالية للعلوم الطبية بأحسن التكاليف، بنفس النتائج وبأقل الخسائرمن أجل الوصول إلى ارضاء أكبر من ناحية الاجراءات ،النتائج و العلاقات الإنسانيةداخل النظام الصحي.³

وقد ترجم عمليا عن طريق مصطلحات مثل "la certification"، شهادة " والتي تعني الاجراء الذي من خلاله تتم الموافقة على مطابقة نظام معين إلى المعايير ISO9000 وذلك عن طريق هيئة خارجية لها الصلاحية والاستقلالية، والتي تقوم بإعطاء ضمان كتابي لمنتوج معين، اجراء معين أو خدمة معينة حسب المعايير المحددة والمتخصصة.

¹Op.Cit, P .180

² www.sante médecine.net, P. 23

³Ibid ,P.23.

وكما سميت في مرحلة لاحقة باسم "accreditation" الاعتماد"، والذي يعني اجراء تقييمي من طرف هيئة خارجية، لمؤسسة صحية معينة من طرف أخصائيين ومهنيين، حول مجمل اجراءات التسيير والممارسات وتهدف إلى التحقق من مدى احترام الشروط الخاصة بأمن ونوعية العلاج وكذا التكفل بالمريض من طرف هذه المؤسسة الصحية.

وهذه الهيئة المكلفة الخارجية تتمثل الهيئة العليا للصحة ومجال تخصصها يدخل في عدة نقاط أهمها:

- مدى مشاركة المواطن بمجالس المؤسسة.
- تقييم نشاطات الممارسين الصحيين.
- مرجعية المناجنت.
- تقييم السلوكات، منها محاربة الأمراض الاستشفائية، كيفية التعامل مع الألم محاربة سلوكات مثل المبالغة في اعطاء الأدوية، ومراقبة قواعد التغذية.¹

ولهذا طبقا لإجراء النوعية فإن المؤسسات الصحية تخضع لهذا الاجراء والتنقيط من طرف هذه الهيئة وعلى أساسها يتم ترتيب المؤسسات، كما يهم المؤسسات أن تعتلي المراتب الأولى وذلك من أجل فرض المنافسة وتحقيق التوازن المالي وذلك بإرضاء الزبون وتحقيق المداخيل، أي أن بقاء والتحكم في النفقات الصحية يعتمد على مدى تحقيق نوعية وتقييم جيد من طرف هذه الهيئات والاستجابة لهذه الشروط الموضوعية المسبقة.

2. أهداف نوعية العلاج: تحقيق نوعية العلاج: ذلك يكون بوضع هيكل يكلف بالتقييم الدائم القبلي والآني والبعدي للنشاطات الطبية وجودة الخدمات العلاجية، مشكلا من أخصائيين من مختلف الهيئات والتي تقدم توصيات بعد مراقبة المؤسسات الاستشفائية وشهادة «Certification» وهدفها:

- تشكيل صورة جيدة عن المؤسسة: وذلك يكون بالشفافية والوضوح عن طريق وضع كافة المعلومات المتعلقة بالمؤسسة على مرأى المرضى، والمنتفع وهيئات المراقبة والوصاية مثلا في الانترنت، إعلام المريض بكل المضاعفات لكل نشاط طبي، وكذا الأخطاء الطبية.
- تحقيق احترام حقوق المريض ضمن ميثاق كتابي: مثلا إذا تم إعلام المريض بالأخطار الناتجة عن عملية جراحية فلا بد من كتابتها.

¹Les méthodes et les outils de la qualité en santé .www.qualité .com

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

- إحصاء جميع الأخطار المهنية التي تهدد المريض من جهة، والعامل بالمستشفى، ومحاولة تفاديها في المستقبل منها "الأمراض الاستشفائية".
- تقييم النشاطات المهنية، الإدارية والطبية وشبه الطبية.
- التقييم الآلي واقتراح برامج لتطوير التكفل بالمريض.
- التعامل وفق الاستشارة مع هيئات المرتفقين، وجمعيات المرضى عن طريق تفعيل اللجان المتعلقة بالوساطة لحل المشاكل المتعلقة بالمريض.
- وضع نظام إعلامي بين المستشفيات تسمح بتسهيل تنقل المرضى بينها، ويكفل للمريض الراحة.¹

3. أبعاد نوعية العلاج: يختلف مفهوم نوعية العلاج على حسب رؤى كل فاعل داخل التنظيم الصحي:

أولاً: بالنسبة للمرضى: فهو يتعلق بالمحاور التالية:

- الاتصال مع المعالجين.
- آجال التحصل على المواعيد.
- شروط الايواء والاقامة.

فالمعلومات المقدمة للمواطنين عن طريق انتشار وسائل الاعلام والاتصال من جهة وسهولة الحصول على المعلومات من خلال النت عن الأمراض والمعلومات الطبية وانخفاض الثقة في المعالجين، جعل المواطنين متطلبين أكثر للنوعية التقنية للعلاج المقدم لهم.

وهي تعني أيضاً للمريض معاملته باحترام و اهتمام و تعاطف و تفهم من قبل كافة العناصر البشرية التي يتصل بها بشكل مباشر أو غير مباشر أثناء تواجده و اقامته بالمستشفى.² وكذلك ضمان اوصول العلاج «l'accessibilité»، وهي تعني مدى تلقي المرضى لنفس المستوى من النوعية مهما كانت الوضعية الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وبخصائص النظام الصحي والأولويات السياسية المختارة لتسيير وتقييم هذا النظام الصحي.

¹Op.Cit.

²www.sante médecine .net, P.24.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

ثانيا: بالنسبة للمؤسسة: تتمثل في ارساء علاقات جيدة مع المحيط وذلك ب:

- ارضاء الزبون والوصول إلى ضمان الوفاء للمؤسسة.
- تدعيم صورة المؤسسة.
- تطوير المميزات أمام المنافس.
- اثبات الاسعار بالنسبة للنوعية المقدمة والانتاج المقدم.
- وتتمثل في اقامة علاقات نوعية داخل المؤسسة وذلك ب:
- تحريك كامل المستخدمين حول هدف مشترك معين وملموس.
- تشجيع المبادرات الفردية.
- اعادة تنظيم اجراءات وطرق العمل المؤسسة.
- تطوير الاتصال بين المصالح.
- تخفيض تكاليف الانتاج.

فهي تعني للإدارة توفير أفضل العناصر البشرية و المادية اللازمة لتقديم الخدمة وقيام الأطباء ومزودي هذه الخدمات بالتقييم المستمر وتدريب وتعليم العناصر البشرية العاملة في المنظمة لضمان التحسين المستمر لهذه الخدمات و ذلك ما يتطلب نظام معلومات دقيق.¹

ثالثا: بالنسبة للمعالجين: العلاج المقدم من طرف الأطباء أو المنتجين الآخرين للعلاج، نوعية العلاج بالنسبة إليهم تعني توفير أعلى مستوى من المهارات الطبية والمعدات والأجهزة لرعاية المرضى، هي مرتبطة من جهة بالخصائص التقنية وبالخصائص العلاقية للمعالجين من جهة أخرى، فالخصائص التقنية هي مرتبطة بالمعارف العلمية والقدرات التي تحكم المعالجين أو منتجي العلاج.

تطور المعارف العلمية والكفاءات لا يكفي لتحقيق نوعية بدون أنسنة، فالقدرات العلاقية للمعالج هي رئيسية وتدمج مختلف العناصر مثل: الاستماع، المعاملة برفق، الاحساس، الحفاظ على السرية بالإضافة إلى اعطاء المعلومات الضرورية للمريض حول مرضه وحول اجراءات التكفل المقترحة، فالرابط الذي ينشأ بين الطبيب والمريض هو أساسي لتحقيق النوعية فهو العنصر المحرك للثقة والحماية بين الطرفين.²

¹Op.Cit ,P. 24.

² Ibid. P .25

فهي التقنية العالية التي تسبق الكفاءات المهنية وفرصة أداء العلاجات هي الأمور الأولوية بالنسبة إلى الأطباء، وهم أقل اهتمام بنوعية اجراء التكفل بالمريض التي يتركون أمرها إلى المراقبين والمسيرين. المعطيات الجديدة تعطي أبعادا جديدة لعلاج المرضى، فالأمر لا يتعلق بتوفير الأجهزة والموارد المادية والبشرية ولكن نوعية العلاج والوصول إلى نتائج يعتمد أيضا على تقبل العلاج وعلى طبيعة العلاقة بين المريض والمعالج والاهتمام بالجانب النفسي والاجتماعي وتفهمه ضمن سيرورة العلاج، ولهذا أصبحت الدول المتقدمة تهتم بمفهوم العلاقات العامة وتتركز على طريقة التعامل مع المرضى. ما هي أهم محددات هذه العلاقة وما هي الطريقة المثلى للتنظيمات في تعاملها مع المريض؟

المطلب الثالث: أهمية العلاقات العامة في اندماج المريض

غالبا ما نلاحظ أنه بالرغم من الجهود التي تبذلها التنظيمات سواء على المستوى المادي والمعنوي، لا تظهر وفي مقابل ذلك يوجد دائما عدم رضا من طرف المريض أو المواطن بصفة عامة، قد تتعدد الأسباب منها عدم المعاملة الجيدة من طرف المستخدمين أو عدم تفهم للمريض وحالاته النفسية الاجتماعية، أو لجهل وعدم اعلام المواطن بصورة المؤسسة وكذا تطوراتها، وهذا الذي يخلق هوة بين الأطراف المختلفة، كما أن التنظيمات والدول آمنت بضرورة جس النبض في اتخاذ القرارات ودراسة الاحتياجات ومحاولة الوصول إلى رضا المواطن والتي هي من شروط بقاء التنظيمات. كل هذه العناصر تشكل موضوع وأهمية العلاقات العامة بنشاط يترجم ضمن الهيكل التنظيمي ضمن النشاط اليومي وبصفة مستمرة، في هذا الإطار سنبين المحاور التالية:

- ما هو مفهوم العلاقات العامة؟
- ما هي أهميتها بالنسبة للمؤسسة الصحية؟
- وما هي كيفية التعامل مع المريض في السياق الحالي؟

الفرع الأول: مفهوم العلاقات العامة

إن أي منظمة لا تعيش بمعزل عن الجمهور وعن المجتمع المحيط بها، لا بد من وجود علاقات طيبة بينهما تضمن كل منها أهمية الدور الذي تقوم به في المجتمع ولتضمن هذه المنظمات الاستقرار، فقد أضحي كسب تأييد وتعاون وثقة الآخرين عن طريق الاقتناع جزءا من العمل اليومي

للإدارة، فالمؤسسات لا يمكنها أن تحقق نجاحا إذا بقيت بعيدة عن الجمهور ولهذا أنشئت إدارة العلاقات العامة في المنشآت المختلفة.

1. **تعريف العلاقات العامة:** ظهر مصطلح العلاقات العامة قرابة نهاية القرن 19 وشاع استخدامه في منتصف القرن 20 وتعددت تعاريفه بالرغم من شيوعه في أوساط الأعمال، إلا أنه كان يستخدم لوصف مجموعة متنوعة وواسعة من النشاطات مما ألبسه غموضا وإبهاما، فقاموس وبستر Webster's news collegiate يعرفها: "أنها مجموعة من النشاطات تقوم بها هيئة أو اتحاد أو حكومة أو أي تنظيم في البناء الاجتماعي، من أجل خلق علاقات جيدة وسليمة مع الجماهير المختلفة التي تعامل معها كجمهور المستهلكين والمستخدمين وكذلك الجمهور بوجه عام، وذلك لتفسير نفسها للمجتمع حتى تكتسب رضاه.¹

تعريف آخر "كريستيان": الجهود التي تبذل للتأثير على الجمهور عن طريق وسائل الاعلام المختلفة، حتى تكون لديها فكرة صحيحة فيساندوها في أزماتها ويعضدونها في أهدافها ويشجعونها في نشاطها.

هناك تعريف شائع عرضته مجلة أمريكية (العلاقات العامة الأمريكية) تشير فيه أن العلاقات العامة وظيفة إدارية تقيم اتجاهات الجمهور وتحقق تناسق سياسات وتصرفات الفرد أو التنظيم مع المصلحة العامة وتضع وتنفذ برنامج عمل للفوز بثقة الجمهور وتقبله للمؤسسة.

ويمكن أن نستخلص من هذه التعاريف، النقاط التالية:

1. هي جزء من نشاط أي مؤسسة وهي مستمرة وليست عملا وقتيا.
2. العلاقات العامة علم: يستعين بالأسلوب العلمي ويستند إلى النظريات العلمية والخبرات المقننة والتجارب المدروسة.
3. العلاقات العامة فن بمعنى أنها تعتمد على تطبيق العلوم الاجتماعية وعلى المهارات الخاصة في تطبيق نظريات خاصة في تطبيق النظريات المختلفة بمراعاة الاستعدادات الفردية التي تختلف من متخصص إلى آخر.
4. تحتاج إلى متخصصين على مستويات مختلفة.

¹حسن صالح، سليمان القضاة. إدارة العلاقات العامة مدخل في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية. ط 1. عمان: دار واثل للنشر، 2013، ص 17.

5. العلاقات العامة وسيلة لتدريب وإعداد الجماهير لتقبل الأفكار وأراء جديدة وللقيام بمسؤوليات مطلوبة.

6. تتضمن العلاقات العامة التفاهم بين المؤسسات وجماهيرها وتعمل على الترابط وتحقيق التعاون بينها.

7. تستخدم العلاقات العامة أدوات الاتصال والإعلام والبحوث العلمية لتحقيق أغراضها.

8. أصبحت العلاقات العامة ضرورية لا بد من وجودها في جميع المؤسسات على كل المستويات¹. لا بد للمؤسسة أن تبدأ بتحسين علاقاتها مع جمهورها الداخلي أولاً بخلق روح الجماعة والتعاون بين أفراد المؤسسة على اختلاف المستويات الإدارية ثم توطيد العلاقات بينها وبين جمهورها الخارجي، مما يساعد على كسب تقدير الرأي العام الخارجي وزيادة فرص نجاح المؤسسة ويتحقق ذلك بتحسين ظروف العمل للعاملين والسعي لتدريبهم وإشراكهم في الإدارة وإتاحة الفرصة أمامهم للخلق والابتكار.

ترتكز العلاقات العامة على ركائز اجتماعية بحيث تتوافق أهداف المؤسسة مع ظروف المجتمع وأهدافه العامة واحترام رأي الجمهور وتدريبه على المسؤولية الاجتماعية، فهي عن طريق تبصيرهم بإمكانيات المؤسسة ومجهودها و الصفات التي تواجهها تستطيع أن تساعد على تحمل السياسة العامة للمؤسسة ، كما تقوم الهيئة بتبصير جمهور العاملين معها بالخدمات التي تؤديها وتشرح لهم كيفية تنفيذ القوانين وتوضح مسؤولياتهم حيالها وتحديد مدى المساهمة التي يمكن أن يقدمها المواطن للارتفاع بمستوى الخدمات العامة ومستوى تنفيذها وهنا يظهر عنصر التماسك بين جماهير المنظمة الداخلية والخارجية².

للأسف أغلب الدول النامية منها الجزائر لا يوجد ضمن الهيكل التنظيمي لتنظيماتها الاستشفائية مصلحة خاصة بالعلاقات العامة تتكفل بالاعتناء بصورة المؤسسة، كل ما هنالك جهود فردية تتمحور بمتابعة الاعلام أو وضع معلومات على شبكة الانترنت أو وجود سجلات الاقتراحات والشكاوى، أي لا يوجد تنظيم واضح لهذه النقاط وباستراتيجية منظمة وأهداف محددة.

¹ المرجع السابق ص 17.

² المرجع نفسه، ص 25.

الفرع الثاني : أهمية و أهدافالعلاقات العامة

العديد من الدول وعلى اختلاف أنظمتها و إيديولوجياتها تحاول إيجاد علاقة طيبة مع مواطنيها عن طريق إعطاء المعلومات و الحقائق والبيانات الإحصائية عن ما تقوم به من انجازات وأعمال لخدمة المواطنين و معرفة اتجاهاتهم وميولهم اتجاه السلطة القائمة من أجل تكوين الثقة بينها و بين جماهيرها، وهذه الثقة مهمة في كسب الرأي العام¹ و ظهرت الحاجة الملحة للعلاقات العامة على اثر التغيير الكبير الذي حدث في المجتمعات الحديثة ، فقد تميز المجتمع الحديث بتغيرات واسعة في شكله و تكوينه وطبيعته من النواحي السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وأهم هذه التغيرات التي تعتبر دوافعا لإرساء فكرة العلاقات العامة:

- 1.ازدياد كبير في قوة ونفوذ الرأي العام خاصة في المجتمعات الديمقراطية، فضلا عن ظهور قوى مختلفة تحاول جذب الرأي العام مثل النقابات المهنية المختلفة والاتحادات والجمعيات وكذلك الحال بالنسبة للمؤسسات الصحية فحتى تنجح في أعمالها لا بد أن تكون على اتصال دائم بالجماهير التي تتعامل معها والمجتمع الذي تباشر فيه نشاطها.
- 2.توسع حجم المؤسسات وازدياد التنافس بينها.
- 3.التحول الصناعي والتجاري الضخم: نظم العمال أنفسهم في نقابات واتحادات تجمع كلمتهم وتدافع عن مصالحهم وأصبحت لهذه النقابات دورا فاعلا من خلال التأثير عن طريق الاضرابات أو التأثير في الرأي العام.
- 4.التحول الذي حدث في المجتمعات:التحول في الاقتصاد، التحول في تركيبة السكان، ارتفاع نسبة الحضر حيث أصبح هذا التحول يحتاج إلى جهود إعلامية ضخمة لمواجهة التغيير الاجتماعي والعمل على استقرار المجتمع وتحقيق مصالحه.
- 5.تطور وسائل الإعلام و الاتصال.²

• أهداف العلاقات العامة على مستوى المؤسسات الصحية هي:

أصبحت العلاقات العامة وظيفة متميزة من وظائف المنظمات التي ترسم وتحدد واجباتها في الهيكل التنظيمي لما لها من أهمية في تعريف المجتمع بفعاليتها بشكل منظم ومنسق معبر عن الحال

¹المرجع السابق، ص 30.

²المرجع نفسه، ص 32-33.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

وإذا كان الكثير من الناس يقلل من الدور الذي معظم القطاعات الصحية تقوم به في توفير الخدمات الصحية للمواطنين بمستويات عالية الجودة لضمان تأكيد قدرات الأفراد، فقد تتكبد الجهات الرسمية للقطاع الصحي العام "الوزارات" مبالغ طائلة من خزينة الدولة لتقديم أشكال الخدمات الصحية بأشكالها المختلفة كالأدوية وخدمات الرعاية الصحية للمواطنين، ومع هذا لا تستطيع إزالة الكثير من الرواسب العالقة في أذهان المواطنين على أن الخدمات الصحية لن تصل إلى المستوى المطلوب مما سيترتب عنه شرح كبير في العلاقات وعدم الثقة بين المرضى والمؤسسات الصحية، وقد يكون السبب الرئيسي هو المعاملة غير الجيدة للمريض، كل هذه الأسباب تجعل العلاقات العامة ضرورة لإضفاء التفاهم و التقارب بين التنظيمات والمرضى والمحيط بصفة عامة.¹

لهذا فإن أهداف العلاقات العامة: تتمثل في

- بالنسبة للمؤسسة

- 1- تقديم صورة حقيقية إلى مديري المؤسسة عن الأوضاع الجارية والمتغيرات الحاصلة في الأفكار للعمل ضمن المتغيرات الجديدة.
 - 2- تشجيع روح العمل وروح الانتماء للعاملين في المؤسسة.
 - 3- الوقوف على ردود الفعل الناتجة من النشاطات والتصرفات الانفعالية من قبل المؤسسة تجاه العاملين في الداخل من جهة والمحيط الخارجي من جهة أخرى.
 - 4- محاربة الاشاعات التي تحد من دور المؤسسة من المجتمع.
 - 5- تطوير نظام الحوافز المعنوية لزيادة تفاعل العاملين و الجمهور الداخلي و الخارجي عن طريق تقديم الاقتراحات والآراء.²
- ولهذا ونظرا لأهمية العلاقات العامة فإنه أصبح هناك نمطٌ معينٌ في التعامل مع المرضى والتي سوف نفصل محاورها.

الفرع الثالث : فن التعامل مع المريض

الإنسان في حالة المرض سواء نفسيا أو عضويا فإن مجاله النفسي حتما سيتغير وتطراً عليه تحولات عديدة لا يمكنه الهروب منها وتفرض نفسه عليها و تخضع لها طوعاً أو كرهاً، من أهم تلك

¹حسن صالح، سليمان القضاة، مرجع سابق، ص 45.

²المرجع نفسه، ص 37.

التغيرات والتبدلات تضيق المجال النفسي للمريض بحيث يترك الكثير من اهتماماته التي كانت قبل مرضه ليحل محلها الانشغال بنفسه والتفكير في المرض وتطورات وعلاجه وإمكانية الشفاء وطول فترته، وهل بإمكانه العودة إلى حياته العادية ، علاوة على ذلك انشغاله بحالته الفيزيولوجية ليتحسس النبض وضغط الدم وحالة أمعائه ونوع الدواء ويستعرض في ذهنه حالات لمرضى ابتلوا بنفس مشكلته وهل شفوا منها... الخ ، وعليه يصبح المريض اعتماديا خاصة إذا كان أسيرا للمرض بشكل يقعه عن رعاية نفسه والاعتناء بشؤونه الخاصة فهو يريد العون عند تناول طعامه وشرابه ودوائه ، وعادة فالمرضى يأنس لجو الرعاية الطبية التي يجدها من الأطباء والممرضين ومن الزوار ويشعر أنه محط الاهتمام فلا أحد يعكر مزاجه أو يرفض طلباته أو يهمله ويتجههم أمامه ويتحدث بأحاديث تنغص عليه، وهو في هذا الوضع بين مشاعر متناقضة من الأنانية والرغبة في السيطرة والامتنان والود لمن حوله، وفي نفس الوقت الشعور بالغيب نحوهم لعجزه عن رعاية نفسه والاستسلام لهم ولنظراتهم وعواطفهم وشفقتهم ، وكلما طالت فترة المرض كلما ازدادت حالته النفسية تعقيدا وتأزما لأنه سينشغل بنفسه لفترة أطول فالمرضى يجد ذاته يجد من الحركة والكسب والسعي وراء الرزق .

إلى جانب التفكير في الأسرة ومطالبها، علاوة على فقدته لمحيط الأسرة والأصدقاء ولحيته وأمنه النفسي، كذلك درجة التعلم ومستوى الثقافة فهي عوامل تسهم في تكيف المريض مع ظروف مرضه وشعوره بالاستقرار ولو نسبيا.

فكرة عدم تقبل المرض و خاصة في الحالات التي تستدعي المكوث طويلا و هناك من لا يتقبل ولا يواجه المرض ليلجأ إلى حيل دفاعية شعورية أولا شعورية فيرفض الاستمرار في العلاج وإلى جوانب أخرى كالعلاج الطبيعي و التأهيل ، وبعض المرضى يجد في طول مرضه ملاذا لأمنه النفسي إذ أنه يجد اشباعا لحاجته وشعوره بأنه في دائرة الاهتمام بما يمنحوه له من عطف وشفقة لذلك فهو لا يحمل هما ولا يشعر بأن لديه مشكلة فيما عدا نواحي القلق و مشاعر الخوف من المرض.¹

ولهذا احتلت الدراسات والبحوث المتعلقة بموضوع سيكولوجية المرضى وكيفية التعامل معهم في الفترة الأخيرة مكانا بارزا في أساليب ووظائف الإدارة الحديثة وبالذات في عمل المؤسسات الصحية على اختلاف أنواعها لما لها من دور كبير في تسريع فعاليات ونشاطات المؤسسة الخدمية من ناحية وزيادة قابلية الشفاء لدى المرضى وإعادةهم إلى حالتهم الطبيعية من ناحية

¹ المرجع السابق، ص ص 244-245.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

أخرى، فالشخص المريض يكون عادة متوتر الأعصاب قلق النفسية حساسا إلى درجة كبيرة لا سيما للأمور التي لها علاقة بشخصيته ومرضه.

لذلك أصبح من الواجبات الرئيسية للمؤسسات الصحية بالذات دراسة نفسية المرضى والمراجعين وإعداد برامج وأساليب خاصة بهم تتضمن العديد من عوامل التهدئة النفسية وإشعارهم بالاطمئنان داخل المستشفى، كما يجب أن تستند هذه البرامج إلى عدد من العلوم الإنسانية والسلوكية للتفاعل مع الإنسان بحيث يؤدي البرنامج إلى وضع مؤشرات إيجابية تؤثر على نفسية المريض وأسلوب حياته.

لقد كانت المؤسسات الصحية في الماضي تقدم الخدمات العلاجية لمختلف الأمراض دون النظر إلى المعالجات النفسية قبل العلاج الطبي، ولهذا كان معدل النتائج منخفضا من حيث نجاح العمليات الجراحية وإمكانية شفاء المرضى عن طريق الأدوية المقدمة لهم بشكل تام، أما اليوم وخاصة في الدول المتقدمة فيتعين على المريض مراجعة أقسام متخصصة في العلاج الوقائي والنفسي للمريض. بالإضافة إلى انتشار لتقسيم العمل والتخصص المهني الذي يساهم في تحديد العوارض النفسية قبل مباشرة العلاج.

وبما أن المواطن المريض يعاني بالتأكيد بالإضافة إلى مرضه من مشاكل اجتماعية واقتصادية أخرى منها تأثيرات ترك العمل وظهور الحاجة المادية وكذلك الإحساس بالاضطراب لإفلاق الناس. لذلك ترى بأن العوامل النفسية التي يحملها المريض معه تلعب دورا كبيرا في صحة الفرد وإعادة نشاطه.

ولهذا من الواجب أن تضطلع العلاقات العامة بدورها الأساسي لتوعية العاملين بأهمية التركيز على الجانب النفسي وكيفية التعامل معهم وتخفيف حدة الهواجس والاضطرابات النفسية التي ترافقه قبل وخلال وبعد المباشرة بعلاجه، وهذا الذي يترك أثرا حسنا من الناحية الإنسانية والاجتماعية في ربط أواصر العلاقة بين الجمهور والمؤسسات الصحية بالمساهمة في إيجاد نوع من الاستقرار الصحي والنفسي لدى المواطنين دون روااسب، وكل هذا زاد اهتمام الإدارة من الاهتمام المستمر بالمؤسسات الصحية في تنظيمها الإداري عن طريق إعداد برنامج عملية هادفة في بحث حالة المريض الاجتماعية لمساعدته ماديا أو فحص ظروفه لتهيئته للاستعداد النفسي لنقل حالة المرض وما سيترتب عنه وتأهيل المريض أو تغيير عاداته الاجتماعية، وهذا ما أدى إلى إقامة جهود من طرف المؤسسات

لإرضاء المريض من خلال برامج رفع الروح المعنوية وإنشاء أقسام للتوعية الصحية والثقافة الصحية واستخدام وسائل الاتصال الخارجي واستخدام وسائل مثل دليل المريض، افتتاح قاعات التسلية مطاعم وغيرها... وكل الوسائل الخاصة بالتهوية والإضاءة والتدفئة والتبريد والتركيز على نظافة المستشفى ووجبات الطعام، إيجاد علاقات طيبة بين المستشفى وعائلات المريض وتقديم رسائل معنوية.¹

لقد رأينا من خلال هذا المبحث أهم التحولات والدراسات النظرية التي درست العلاقة بين التنظيمات الاستشفائية والفاعلين داخلها وخارجها ومدى تطور مكانة المريض من مجرد الاحسان والانتفاع إلى المشاركة الحقيقية ورهان التنظيمات للنجاح والتوازن، وتأثير التحولات في بناء الجسر بين علم الاجتماع وبين الصحة خصوصا في ظل توسعة هذا المفهوم الذي أعطى صعوبة وتعقيد للأنساق العلاجية، سنقوم من خلال المبحث اللاحق تبيان أهم التحولات على الهياكل وعلى العلاقات التفاعلية داخل التنظيمات الاستشفائية.

المبحث الثاني: البناء الجديد للتنظيمات الاستشفائية

سنستطرق من خلال هذا المبحث إلى أهم التحولات الجوهرية التي طرأت على التنظيمات الاستشفائية والتي غيرت في بنائها التنظيمي وأعطت صورة جديدة أكثر تعقيدا ورهانات أكبر، سواء في العلاقات داخل التنظيمات الرسمية وغير الرسمية والتي أثرت أيضا على مجرى العلاقات بينها وبين المريض .

المطلب الأول: التصور السوسيولوجي التنظيمي للتنظيمات الاستشفائية

سنستطرق من خلاله إلى الصورة السوسيولوجية والتنظيمية الحالية، نتيجة للتحولات التي طرأت على المجتمعات، والتي منحت لها أبعادا كبيرة خارج فضاء الأمكنة والتي جعلتها متفتحة على كافة التيارات بمحددات اجتماعية واقتصادية.

الفرع الأول : التصور المعاصر للمستشفى

لقد تشكل المستشفى كتنظيم في جانب كبير منه عبر التاريخ، وقد عرف تغيرات مستمرة ناجمة عن محاولة أعضائه تحقيق التوافق بين أهدافه وأوجه نشاطه وبين الظروف المتغيرة ويستند تنظيم

¹ المرجع السابق، ص 249.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

الأفراد لنشاطهم وعلاقاتهم إلى حد كبير على الخبرة المتوفرة لديهم من الماضي، هذه الخبرة المتأثرة بحالات النجاح والفشل الماضية وبالإيديولوجيات السائدة ضمن هذا التراث التاريخي.

وبالرجوع إلى الخلفية التاريخية للمستشفى بأوروبا ووظيفته الاجتماعية نجد وأنه إلى غاية مرحلة تاريخية وهي مرحلة تطور التقنيات الطبية اعتبر منشأة للمراقبة الاجتماعية أساساً أو ملجأ خيرياً لإيواء المرفوضين اجتماعياً بدعوى النظام¹، وكانت هذه الملاجئ تمول من طرف المؤسسات الخيرية أي ما تنفقه الطبقات الثرية من تبرعات ويظهر الدور الرقابي لهذه المنشأة في كونها تستجيب لمحاولة نظام الحكم ومن خلاله الطبقة الثرية السائدة اجتماعياً آنذاك للحد من شدة الزحف الاجتماعي الساخط عليها، حيث كان الفقر، التشرد، البطالة والمرض منتشرًا على نحو يهدد الاستقرار الاجتماعي.

وكما يقول بولاك: لم تكن المستشفى سوى محلا لتعلم الأطباء وتنمية خبرتهم حيث كان الفقير يدفع بجسمه ليكون محلا للدراسة².

ولكن مع بداية القرن 20 بفعل التحول التكنولوجي والاقتصادي و الثقافي و الاجتماعي الذي عرفته أوروبا تحولت النظرة إلى العلاج من صدقة تقدم من طبقة إلى أخرى ليصبح حقاً اجتماعياً يضمنه القانون لكل مواطن ولم يعد المستشفى قاصراً على فئات اجتماعية دون الأخرى وفقد دوره الإيوائي تدريجياً ليختص أكثر في الوظيفة العلاجية الاجتماعية و التكوينية³.

أقام "Sainsaulieu" تصوراً لصورة المستشفى في السياق الحالي، والتي تتمثل في المحاور التالية:

1. هو يشغل يداً عاملة نشطة مهمة ومتنوعة من الأسلاك الطبية وشبه الطبية والإدارية والمهنية الأخرى، وهي في تزايد من سنة إلى أخرى وهو ما يشكل جماهيرية للمستشفى، ومع ازدياد الوعي الصحي أصبح هناك اهتمام أكثر بزيارة المستشفى والأطباء ما زاد من جماهيريته.

2. هو مكان للرقابة: الرقابة أخذت بعدها بعد تطور المستشفيات، فالمستشفيات تاريخياً، كما قلنا، منها في فرنسا كانت عبارة عن أماكن للمعوزين ومعطوي الحرب وتحت وصاية الأديرة، وكثيراً ما شُبهت في تنظيمها للسجون حسب دراسات "غوفمان"، ولم يكن النشاط الطبي بارزاً، بعد الثورة الفرنسية بدأت المهنة الطبية تتحرر و تظهرفتحول المستشفى تدريجياً إلى مكان للتعليم مكاناً

¹ محمد رضا، بلمختار، مرجع سابق، ص 53.

² Polack, Jean Claude . « La Médecine du Capital », *Revue Française de Sociologie*, 2(1972) :P.18.

³ محمد رضا، بلمختار ، مرجع سابق ، ص 54

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

للعلاج، ابتداء من سنة 1958 تم بناء المستشفيات الجامعية، وهنا تغير تاريخ المستشفيات وبنائها تغيراً جذرياً أدى إلى تقسيمه إلى أقسام وكل رئيس له مصالحه ودخلت التعقيدات في بناء المستشفيات، وأصبح النشاط الطبي غير منحصر في التشخيص بل هو قرار جماعي لا ينحصر في العمليات الجراحية فقط و لا في تسييره و لا في الأدوية فقط فهو الكل، وأصبح المستشفى مكاناً دائماً للشفاء يحتاج إلى الانتباه الدائم والنهوض به والمراقبة المستمرة بالوسائل والتجهيزات اللازمة.

3- غير مرتبط بالمكان: هو فضاء اجتماعي تحت إطار مراقبة المجتمع والمرضى، فمثلاً في الدول الانجلوساكسونية لا يهتم بفكرة المؤسسة وهيكلها بقدر ما يهتم بإطارها ضمن مشروع الترشيح الذي يضم عدة فاعلين حتى خارج المستشفى في حد ذاته، ما يهم هو السياسة الصحية لتطوير صحة المواطن¹.

4- الصحة اليوم أصبحت قريبة أكثر للمواطن، محدداً اجتماعية بدلاً من فكرة المريض المستهلك وأصبحت الصحة واجباً ومسؤولية اجتماعية منفتحة على المجتمع.

5 - المستشفى كتكلفة اجتماعية: منذ وقت كان المستشفى ينظر إليه كهيئة بسيطة متعددة المهام أين رهانات الصحة العمومية تحدد من طرف الإدارة المركزية، ولكن بعد سنوات 1970 أصبح ينظر إليها كتكلفة، المشاكل الاقتصادية من جهة كثرة التخصصات الطبية والمهنية وكثرة الاختلالات والاضطرابات المهنية والصراعات الاجتماعية في مقابل عدم انتاجية المستشفيات، مما أدى إلى إعادة التفكير في إعادة الانتاجية من خلال دراسة التكاليف والتحكم بها واجراءات إعادة الهيكلة وصلت إلى حد اغلاق بعض المستشفيات، لما لها من عبء مالي واقتصادي على السياسة العامة وأعباء اجتماعية بالنتيجة، ففكرة إعادة الهيكلة ضربت كافة العالم على اختلاف الأنظمة الصحية المتبعة. مثلاً في فرنسا 83000 سريراً استشفائي أغلقوا بين سنوات 1992 و 2003، انخفاض في مدة إقامة المرضى، زيادة شغل الأسرة، في بريطانيا 245 مؤسسة أغلقت في مقابل 21 فتحت بين 1990 إلى 1995.

6- هو مكان غير عادل: توزيع غير عادل، هناك أنظمة صحية تكلف غالباً مثل في الولايات المتحدة الأمريكية ولكنها تعتمد في الأساس على القطاع الخاص حيث ليس كل الناس لهم الحق في

¹Ivain ,Sain Saulieu , Op.Cit ,P.16

الوصول إلى العلاج، ويظهر التوزيع غير العادل أيضا في سوء توزيع الموارد والهيكل الصحية بين مناطق الوطن.

7- تعدد مفاهيم المستشفى: المستشفى ليس له مفهوم معين ووحيد فهو تنوع اجتماعي منطقي علمي الذي يضم كافة التنوعات و الاختلافات الداخلية المهنية التنظيمية البيروقراطية ، فإن تحقيق التوازن بين الثنائية المهنية و التنظيم تستدعي مقارنة متعددة التخصصات و مقارنة نظرية للفاعل المتنوع : الفاعل المسيطر -الفاعل الاستراتيجي،الفاعل التاريخي¹.

8- هو مكان للالتزام المهني والأخلاقي، في السنوات الأخيرة نظرا للتطورات السوسولوجية حول الأخلاق المهنية خاصة على ضوء المقاربة الانجلو ساكسونية للحماية care والذي يأخذ مفهوم الحماية أكثر من العلاج، أين النشاط التقني يمتزج مع الجانب العلاقي والإنساني والعاطفي، احترام أكثر للشروط الإنسانية للمرضى ولمشاعرهم.

كما أن مفهوم الصحة في حد ذاته لم يعد يعرف بغياب المرض بقدر ما يعرف مقارنة بالمتطلبات الاجتماعية مثل تامين نوعية الحياة في الاختيارات الطبية، الاهتمام بالحيط والاستقلالية.

9- ان تحديث التنظيمات الاستشفائية الآن يتطلب حركية دائمة وتجديداً دائماً للأفكار والخبرات الفردية والجماعية بدلا من النظر إلى المؤسسة كإدارة ثابتة بمجموعة من المناصب.

10- المستشفى اليوم أصبح من أعقد التنظيمات ولا يمكن أن نحله بدون معطيات ومحددات اقتصادية، اجتماعية وسياسية، فهو في الاختيار بين فئتين من الفاعلين، أصحاب القرار والذين يعتمدون بدرجة بعيدة على الفاعلين الاستشفائيين، فكرة الفاعل الاستراتيجي تظهر بقوة خاصة في التحليل الاجتماعي الجزئي وهذا الذي يكون في محل تناقض مع الرؤية الاقتصادية للتنظيمات الاستشفائية والتي لها نظرة عامة للتحليل السوسولوجي العام، حيث يظهر المستشفى جزءاً فقط من النظام التابع للعلاج الأولي².

عدم التوازن بين هذه المستويات تترجم من الجانب التطبيقي بين عقلانية فاعلي السلطة (أصحاب القرار) وبين عقلانية فاعلي الميدان أو ميدان الفاعلين الاجتماعيين، والتي تحد من العقلانية الاستراتيجية لأصحاب القرار، هذه العقلانية ليس شيئا مجردا فقط انما هي ممارسة، اجراء مستمر، نقاش

¹Ivain ,Sain Saulieu,Op. Cit, P. 16-20

²Ibid ,P.16-20 .

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

وبطرق مختلفة بين الفاعلين الاجتماعيين بالإضافة إلى دور النقابات، فتطور النشاط النقابي كان له دور في التأثير و في تغير مكانة الفاعلين في المستشفى¹.

من خلال هذا التصور العام سوف نقوم بداية بتوضيح الخيوط التنظيمية الجديدة وتعقيدها، وطبيعة العلاقة بين المريض والتنظيمات الاستشفائية و تغيرها.

الفرع الثاني : تغير بناء التنظيمات الاستشفائية

إن المؤسسة الاستشفائية كأي تنظيم الذي يعرف من حيث المضمون " كل وحدة اجتماعية تقام بطريقة مقصودة لتحقيق أهداف محددة ".

يتخذ التنظيم طابعا بنائيا يضم عناصر التنظيم الرسمي بالإضافة إلى التنظيم غير الرسمي، وهي مجموعة من الممارسات التي تظهر استجابة للقواعد الرسمية المنظمة للتنظيم من خلال العلاقات الاجتماعية الطبيعية التي تنمو بين المشاركين في التنظيم وتسهم في تكوين جماعاتهم الأولية وقياداتهم الطبيعية و اتصالاتهم التلقائية ومعاييرهم الاجتماعية وأهدافهم الكامنة.²

إن طبيعة المستشفى كتنظيم معاصر قد تشكلت في جانب كبير منها خلال التاريخ، منذ إنشائها على حسب تطور احتياجات السكان و الأولويات السياسية، ففي الدول الأوروبية كان أصلها دينيا وعقائديا على أساس تقديم الصدقة وتقديم الرعاية للمحتاجين، حيث كانت مجرد منظمة خيرية وكان البناء الاجتماعي متأثرا للغاية بقيم مثل ضرورة تقديم الخدمة للمحتاجين، وقيام المستشفى بدوره باعتباره رسالة دينية إلى غاية وصوله إلى منظمة طبية لها أهدافا متعددة الأدوار.³

يمكن أن نذكر أن هناك أنواعا متباينة من المستشفيات، ولقد لقي العديد منها اعترافا رسميا حيث ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية تمييزا بين المؤسسات ذات الملكية الخاصة، وتلك التطوعية التي لا تحقق أرباحا.

في فرنسا النظام الصحي مقسم إلى: المؤسسات العمومية والخاصة، والمؤسسات الخاصة ذات الهدف غير المربح، أما في الجزائر توجد المؤسسات العمومية، والمؤسسات الخاصة، والمؤسسات شبه عمومية.

¹Op.Cit ,P.20.

² علي ،عبد الرازق جلي ، مرجع سابق ،ص16.

³Eric, Molinié. « Hôpital public en France ». Paris, Conseil économique et social, (2005) :P .5

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

إن التنظيمات التي اكتسبت اسم المستشفى تختلف ليس من حيث الحجم والموارد المتاحة فقط وإنما أيضا في برامجها، وفي أنواع البيئات الاجتماعية وفيما تقدمها لمرضاها، وفيما يتعلق ببيئاتها والعاملين بها والجهود ككل.

إن التركيب التنظيمي للمنظمات الصحية سواء كانت مؤسسة استشفائية أو وقائية متشابهة ومعقد، وذلك لأسباب عديدة يجمل بعضها فيما يلي:

- تعتبر المؤسسات الصحية تنظيمات مركبة وليس تنظيما واحدا، فمثلا الأنشطة الصحية الوقائية تختلف عن الأنشطة الصحية العلاجية، وعن الأنشطة المساعدة بالإضافة إلى وجود أنشطة الأعمال الأخرى، والنواحي المالية والإدارية والمشتريات والصيانة أو أنشطة الخدمات المساعدة كالتغذية والمطابخ والغسل والمعيشة.

- تتفاعل المؤسسات الصحية مع مركب بيئي ذي أبعاد متباينة كالاقتصاديات والسياسات الحكومية، والقيم الاجتماعية والسلوكيات والعادات والتقاليد، وتعتبر مشكلة تنظيم الموارد الصحية المحور الرئيسي في إدارة المنظومة الصحية، وتحقيق الأهداف المخططة؛ أي أنه يجب التعرف على كيفية تكوين المدخلات العلاجية والوقائية من الأفراد والتخصصات والأجهزة والمعدات الطبية والمواد المساعدة وبأي نسبي في أي مزيج؟ وتحليل كيفية توزيع السلطة التنظيمية والقوة التنظيمية بغرض تحقيق الأهداف بأقل تكلفة ووقت ممكنين؟ وهل يفضل المستشفى المركزي أم الوحدات العلاجية الإقليمية الجغرافية؟ الخ.¹

- ما يميز أيضا المؤسسة الاستشفائية اليوم أن لها أهدافا متعددة ومختلفة، فهي مكان للإقامة ومدرسة ومعمل ومكان للعلاج، في نفس الوقت مكان لتوفير خدمات الرعاية الطبية لمرضاها والبحث الطبي، حيث أن الإداريين يؤكدون هدف الاستقرار الاقتصادي، والحفاظة على خفض التكاليف مع تقديم الرعاية الأفضل بقدر الإمكان، وفي نفس الوقت لا يعد بالنسبة للأطباء موضوع التكاليف مهما.

يرى البعض أن محاولة تحقيق هذه المجموعة من الأهداف المترابطة، والمستقلة يلقي عبأ ثقيلا على الإدارة، و التي تتحمل مسؤولية التنسيق بين الجهود في سبيل انجاز الأهداف²، ما يتطلب تحديد

¹ فريد، النجار . إدارة المستشفيات و شركات الأدوية . الإسكندرية : الدار الجامعية، 2007، ص 194.

² علي، عبد الرازق جلبي، مرجع سابق، ص 182.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

أنسب شكل للتنظيم و البحث عن: نوع تقسيم العمل، و القوة التنظيمية ومسؤوليات الاتصالات بالمستشفى وكيفية تحديد مراكز القوة و المراقبة و التوجيه بالمستشفى بما يساهم في تقييم الأداء و قياس الفعالية التنظيمية للمستشفى.

بالإضافة إلى تحديد السلوك التنظيمي بالمستشفى السلوك الجماعي و الفردي سواء الرسمي أو غير الرسمي و تحديد العلاقات التنظيمية بين المستويات الإدارية و مراكز اتخاذ القرارات التنظيمية وخاصة الطبية والإدارية و المساعدة .

- يتم انجاز الأهداف من خلال ميكانزمات التنظيم البيروقراطي أي الترتيب الهرمي للمناصب، وهو يختلف من مؤسسة إلى أخرى حسب الأولويات التي تحددها، مع أن هذا الاختلاف غير متاح بالنسبة لكل النظم، ففي النظام الصحي الجزائري هناك هياكل تنظيمية نموذجية لا يمكن تغيير هيكلها التنظيمي من طرف المسير تماشياً مع أهدافه التي يراها مناسبة للمؤسسة.

- إن الاتجاه الأفقي أكبر من الاتجاه الرسمي، ولقد شبهت الخريطة التنظيمية للمستشفى بشكل المشط بالمقارنة مع التنظيمات الرسمية الأخرى التي يقال على أنها شكل الشجرة.

- خطوط السلطة المتعلقة بإدارة و توجيه المستشفى تمتد لتشمل رؤساء الأقسام و خاصة الأقسام غير المهنية والتي ليس لها لأوجه نشاطها علاقة مباشرة بالرعاية الطبية، وحتى التنظيمات الأكثر رشداً ورغم كل الجهود التي تبذلها لتحقيق التنسيق الفعال بين نشاط أعضائها لبلوغ الهدف فإنها تسجل تباطؤاً في تغيير أنماطها بشكل يجعلها تسير الظروف المتغيرة ويبرر هذا التباطؤ بصفة خاصة في المجالات التي تشمل على العلاقات الإنسانية وعلى أهداف غير مادية، كما يمكن لهذا التباطؤ في التغيير أن يوجد ضمن أشكال تنظيمية تستمر في الوجود رغم تغير الظروف التي أوجدتها.¹

النتيجة التي نستخلصها من تاريخ المستشفيات هي أن هذا النموذج للتنظيم قد انتقل خلال القرن الماضي من بيئة ثابتة نسبياً حيث كانت الاحتمالات التي يمكن انجازها طبياً من أجل المرضى معروفة ومحددة تماماً إلى بيئة ديناميكية اتسع فيها مجال الاحتمالات التي تقدمها العلوم الطبية النامية، مع الاتساع الجزئي في احتياجات المجتمع المتغير وتوسع الفاعلين الداخليين والخارجيين وبالتالي تعقد

¹ محمد، عليوآخرون، مرجع سابق، ص319.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

البيئة الداخلية والخارجية، فما هو تأثير تلك التغيرات على العلاقات بوجه عام وعلى علاقات السلطة بصفة خاصة؟

المطلب الثاني: بناء السلطة في التنظيمات الاستشفائية.

إن التعقيدات التي عرفتھا التنظيمات أدت إلى ظهور نسق سلطة مزدوج، كل فاعل داخل المستشفى يريد أن يوسع نقاط تحكمه من أجل السلطة، فالطبيب قد يستعمل معرفته التقنية لرفض تعليمات الاداري بالرغم من قانونية التعليمات والتعارض الذي يحصل بين التعليمات في إطار أهداف واحدة وهي خدمة المريض، والاداري يستغل الاجراءات من أجل تحديد سلطة الطبيب والمخبري بتحكمه في المقاييس أو لندرة المستخدمين وغيرها من العوامل.

الفرع الأول : تقسيم السلطة المتطرف

حسب "فيبر" فإنه يمكن تعريف السلطة "بأنھا احتمال طاعة فرد أو جماعة معينة من الناس لأوامر محددة يصدرها فرد أو جماعة أخرى"، ويتم انجاز الأهداف التنظيمية من ميكانيزمات الترتيب الهرمي للمناصب والأوضاع من أجل تحقيق التنسيق الرشيد بين واجبات الأعمال والذي بدوره يؤدي إلى انجاز أهداف الجماعة.

كما يعرف فيبر القدرة بأنها "الاحتمال الذي يجده فاعل في علاقة اجتماعية ليكون في وضعية تمكنه من فرض تحقيق ارادته رغم كل ما قد يعارض ذلك من مقاومة".

ولكنّ الفاعلين ضمن التنظيم لا يخضعون بصفة حتمية لمعايير الدور الموكل لهم بل هم يحظون بحد من الاستقلالية التي تعتبر منفذاً ضرورياً تميز بين الفاعل والآلة، وهذه الاستقلالية كما يراها "كروزيه" لا يجب أن تهدد فاعلية التنظيم واستمراره، والأمر الأساسي هو عدم امكان تشبيه التصرفات البشرية وكأنها نتاج ميكانيكي للطاعة أو لضغط المعطيات البنائية، بل هي تتضمن حداً معيناً من الاختيار يستولي من خلاله الفاعلون على الفرص المتاحة.

والقدرة هي علاقة اجتماعية وليست خاصية في الأفراد، فلا يمكنها الظهور ولا التأثير على أحد الأطراف الموجودة إلا من خلال علاقة تربط بين اثنين أو أكثر من الفاعلين التابعين لبعضهم البعض في بلوغ هدف مشترك الذي يمثل الشرط الأساسي لبلوغ الغاية الخاصة بكل واحد منهم، فهي علاقة تبادل غير متساوية بين الفاعلين وموزعة بطريقة غير متساوية وهو ما يعطي

أحدهما امكانية تحقيق ارادته بما يتفق وأهدافه الخاصة ، كما لا يمكن أن يستجيب الفاعل ضمن التنظيم العلاجي لنموذج بسيط من الطاعة والامتثال بل هو ناجم عن تفاوض بينه وبين تلك المستويات ويتحقق حقل هذا التفاوض من خلال الاستقلال النسبي الذي يحضى به العامل في عمله، لأن ذلك يحدد مدى امكانية التنظيم استبداله بفاعل غيره ومعرفته بالطبيعة الحقيقية للمشاكل الموكول اليه حلها وبالتالي مدى تحكمها في هذا الفاعل ، مثل الطبيب الذي بفضل خبرته وتكوينه وحل بعض قضايا التنظيم تعطيه مكانة تميزه عن زملائه واحتكاره للقرار الطبي.¹

إن التغيرات أضفت تحولا جذريا ومهما على علاقات السلطة فأصبحت السمة التي تميز تنظيم المستشفى تتمثل في وجود خطين اثنين للسلطة نتيجة مباشرة مترتبة على أوضاع الأطباء، وعدم استطاعة المستشفى القيام بوظيفته بدوهم لي طرح المستشفى نتيجة لهذا الترتيب التنظيمي الخاص فرعا مغايرا تماما من مشكلات الخط الهرمي وعلى مستوى الهيئات على خلاف نسق السلطة الوحيدة.

و المؤلف القائم في تنظيمات العمل و الحكومة، و التي تركز على مستواهم قوى اتخاذ القرار في وظائف المدير الذين يوجهون أوجه نشاطات هيئة العمال، فالطبيب في المستشفى هو الذي يقبض زمام السلطة على الأقل بالنسبة للموضوعات المتعلقة برعاية المريض، كما أن الهيئة الطبية عادة ما تقوم بتوجيه أوجه نشاط باقي العاملين العاديين، بينما تنحصر سلطة الإدارة وتركز في الموضوعات التي تتعلق بتوفير الوسائل التي يمكن بواسطتها تنفيذ أوامر الطبيب.²

تقسيم العمل في المستشفى يتميز بالتقسيم المتطرف حيث يقوم كل قسم من أقسام المستشفى على حدة بوظيفة خاصة يفترض أن تعمل في مجموعها على إبراز أهداف المنظمة ككل، وهنا المدير عليه أن ينسق بين كل هذه الخدمات المتباينة في سبيل إيجاد نوع من النظام الرشيد.

ما يميز المستشفى أيضا أن أنواع النشاطات التي تمارس في المستشفى، و نعني ما يتعلق بإنقاذ الحياة لا يمكن أن يحدث إلا في موقف سوف تنفذ فيه الأوامر الصادرة بدون مناقشة أو تأجيل وتصديق هذه الحقيقة خاصة عندما تكون حالة المريض طارئة، و التي ينبغي أن يتم العمل بشأنها بدون تردد أو الاعتماد على الإجراءات الإدارية المفروضة، و ينبغي لهيئة المستشفى أن تكون على استعداد للحالات الطارئة، و لهذا فإن هدف التدرج الهرمي الجامد نوعا ما وقنوات السلطة المحلية

¹ محمد، رضا بلمختار، مرجع سابق، ص 57.

² علي، عبد الرازق جلي، مرجع سابق، ص ص 184_190.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

بوضوح "في البناء الإداري" والقواعد الإجرائية المدونة كتابيا يتضح هدفها في مساعدة الهيئة على التعامل مع الحالات الطارئة.¹

نمو التخصصات في المهنة الطبية، العدد المتزايد للخدمات التي تقدمها المستشفى، وإلى صور التقدم التكنولوجي وزيادة التسهيلات والخدمات أسهمت بفعالية في تعقيد المستشفى كتنظيم وأسهمت في التدرج المتزايد من خلال التخصص، ولقد أدى ذلك إلى ظهور مشاكل متزايدة تتعلق بالتنسيق والضبط، وفي نفس الوقت قد يميل التدرج في المستشفى إلى إعاقاة عملية تنمية الفريق بوظائفه إذ أنه كلما كان نسق السلطة جامدا كلما زاد احتمال تعطل عمليات الاتصال به.

و لنظام التدرج أيضا نتائج تنعكس على رعاية المرضى، إذ يرهن كل من سيمان و ايفانز باستخدام مقاييس الاتجاه و تقديم الرؤساء بأن "معلومات التنسيق المتعلقة بالمريض كانت أفضل في وجود هيئة التمريض ذات التدرج الأقل".²

ونجد هذه الصعوبة خاصة في المؤسسات الاستشفائية الكبيرة منها المؤسسات الاستشفائية الجامعية، التي تتميز باختصاصات مختلفة، ومعالجة كافة المرضى بربوع الوطن، أو المؤسسات الصحية الجوية التي تتميز بكثرة الهياكل الصحية التابعة لها كالعيادات متعددة الخدمات، والتي تبعد عن الإدارة بمئات الكيلومترات، والتي تتطلب تفويضاً للسلطة من أجل التحكم وضمان تحقيق الأهداف وهذا يتطلب جهدا من طرف الإدارة لتنسيق كافة الجهود وفتح قنوات الاتصال وامتصاص الصراعات التي قد تنشأ.

كل العناصر سابقة الذكر تعطي لنا فكرة عن البناء الاجتماعي للمؤسسة الاستشفائية، أنها تواجه جانبا لا بأس به من المشاكل التي تعيقها مقارنة مع تنظيمات أخرى وأن كل فرد بالمؤسسة يمتلك أسبابا قوية لامتلاك السلطة، فعلاقات السلطة بالمؤسسة الاستشفائية ليست بالمفهوم التقليدي موجودة في مستوى معين من الهرم الإداري.

¹ المرجع السابق، ص 190.

² المرجع نفسه، ص 190.

فعلى قائد التغيير أن يراعي إلى جانب النطاق الرسمي للمنظمة دراسة تاريخ السلوكات وكيفية تفاعلها، ومراعاة نسق السلطة المزدوج وتأثيرها على البناء الاجتماعي للمستشفى، وبالتالي استقطاب الجماعات التي تمنحه المناخ المستقر ليس لتحقيق أهداف المنظمة فقط وإنما أيضا لقيادة التغيير.

الفرع الثاني : نسق السلطة المزدوج

يرى "دهرندرف" بأن السلطة تتوزع في التنظيم إلى فرعين متقابلين، فرع يملك السلطة وفرع آخر لا يملكها، وهذا التوزيع غير المتكافئ للسلطة ينبثق عنه الصراع بين الذين يعملون على استمرار الوضع القائم لأن مصالحهم تتصل بذلك وغيرها الذين يعملون على التغيير، كما يمتد الصراع إلى مجالات واسعة ومتعددة من الحياة الاجتماعية هي دائما موضوع تنازل ونزال: القيم، المصادر الاقتصادية، المكانة الاجتماعية والقوة والسلطة، كما أن الصراع ليس دائما ذا مضمون طبقي بل يمكن أن يوجد ضمن الطبقة الاجتماعية الواحدة بين الأجيال، بين الريف والمدينة وغيرها من الصراعات.¹

كما يعتبر الصراع الاجتماعي جزءاً ضرورياً من نسيج التنظيم الاجتماعي أي يؤدي إلى التكامل الاجتماعي، إذ يؤدي التجاور بين جماعتين اثنتين من جماعات القوة في نفس الموقع بالضرورة إلى الصراع على الأهداف التنظيمية بينهما، وتعد مصدرا خصبا للصراع وينبغي أن نذكر بطبيعة الحال أن هناك بعض الميادين للسلطة مرسومة الحدود بوضوح و معترف بها فسوف لا يقوم الإداري مثلاً بمحاولة إسداء النصح إلى الهيئة الطبية في القرارات المتعلقة بعلاج المرضى، كما أن الطبيب لا يحاول تحديد الطريقة التي ينظم بها الإداري برنامج لشراء احتياجات المستشفى، وفي نفس الوقت ينبغي أن نسلم بأنه نتيجة للطبيعة الكاريزمية لسلطة الأطباء و المنزلة التي يضيفها عليهما المجتمع ، فإن تأثيرها قد يكون نافذاً إلى حد يتجاوز قدرتهم الفعلية².

وحسب "اليوت .أ.أكروس" فإنه في المصلحة العلاجية تمثل الهيئة الطبية الفرع الذي يملك السلطة والهيئة شبه الطبية الفرع المفتقر لها ، لهذا التوزيع يتصل بالبعد العمودي لترتيب السلطة المكونة للفرقة المعالجة بين جماعات التأهيل المكونة للفرقة المعالجة ، أما لو نظرنا إليها من وجهة نظر

¹Ralph,Dahrendorf . « classes et conflits de classes dans la société industrielle » .Revue Population ,3,29(1974) :PP.666-667.

²علي،عبد الرازق جلبي،مرجع سابق،ص 193.

أفقية نجد أنها لا تختلف عن السلطة العمودية بل تشكل صورة لها على مستوى مختلف، إلا أنه غالباً ما يظهر صراع بين هذين النوعين من السلطة.¹

كما أن هناك مجالا واسعا يظهر فيها اهتمامات و مستويات السلطة متداخلة بين كل من الهيئة الطبية والإدارة، و ليظهر الصراع مثلا في التسجيل الطبي، إدارة العيادات الخارجية، اختلاف الهدف بين التكلفة والعلاج في المستشفى أيضا الجماعات المتباينة لها منظورات مختلفة فيما يتعلق بمن الذي يمسك بزمام السلطة و في أي مجال، رغم أن الكثير يفضل الهيئة الطبية بالإدارة، إلا أن الصراع يبقى دائما حتى لو تولى الأطباء ادارة التنظيمات فسرعان ما ينظر الأطباء الآخرون لهم على أنهم مشغولون في أوجه نشاط غير مهني، و هكذا يصبح الطبيب واحدا من الإداريين وليس واحدا من الأطباء.²

ويمكن أن نستشهد من تجارب بعض البلدان والذين ثقافيا لا يقبلون أن يكون زمام الإدارة لإداري، وإنما لا بد أن يكون من صلاحية الطبيب، بما أنه يعلم بالحيثيات التقنية، ونجد هذا الصراع أيضا من خلال المناقشات التي تدور حول مشروع الإصلاحات الاستشفائية في فرنسا حول إدارة الأقطاب التي يراد إنشاؤها في إطار عصنة الإدارة الصحية، فهناك مقاومة من طرف الأطباء وصراع من أجل السلطة من أجل التحكم في زمام الأمور.

وبالنسبة للسلطة الطبية كما قال Guimaitre في كتابه حول علاقة العمل داخل المستشفيات بأن السلطة الطبية بالإضافة إلى شرعيتها بأنها كاريزماتية في طبيعتها ذات مضمون تاريخي تتمركز بين يدي أشخاص يتمتعون بخصائص معينة بارزة تقرها الجماعة الاجتماعية، والشيء الأكثر أهمية هو أن السلطة الكاريزماتية للأطباء قد غلبت على الكثير من المواقف في تنظيم المستشفى.³

ويمكن أن نعطي مثالا عن التجربة الجزائرية، حيث أعطيت إدارة المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في بداية انطلاقها إلى أطباء، والتي نشأ عنها مشاكل عديدة من عدم التحكم في التسيير ومشاكل في التنسيق والاتصال، وإلى ظهور صراعات بين الطبيب الإداري والأطباء.

¹ المرجع السابق، ص 58.

² علي، عبد الرازق جلي، مرجع سابق، ص 193_195.

³ محمد، رضا بلمختار، مرجع سابق، ص 59.

وتتمثل المشكلة الثانية التي تنشأ من نسق السلطة المزدوج، و التي ترتبط بالصراع على الهدف في استعراض بين الاستقلال المهني و الضبط البيروقراطي، إذ يؤكد الأطباء بفضل خبراتهم في الطب هم فقط الذين لديهم الكفاءة على اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المريض، ولديهم الحق في ممارسة الضبط على أعضاء هذه الهيئة، و يمكن تتبع هذا النسق منذ الوقت الذي كان فيه المستشفى مأوى للفقراء وكان الأطباء في هذه الفترة يعالجون مرضاهم الخصوصيين في منازلهم ويعالجون المرضى الفقراء في المستشفى، فكان الطبيب مجرد ضيف وليس مشاركاً في تنظيمها واليوم توصل إلى مكانة بالرغم من افتقاره إلى قوة رسمية في الموقع النظامي نظراً لاحتكار الأطباء للمعرفة الطبية والمهارات التي يعتمد عليها المستشفى، مع هذا فإن الطبيب يفضل استعمال السلطة الكاريزماتية، إذ أوضحت دراسة تناول أطباء الهيئة في موقع العلاج أنه حتى الطبيب المسؤول كان يرفض استخدام سلطته الشرعية، ولكن كان يفضل بدلاً من ذلك ممارسة تأثيره المهني في التحكم في الأطباء الذي يشرف عليهم¹.

إن الممرض والطبيب والتقني، كل يحاول أن يرسم استراتيجية لتطوير سلطته من أجل المحافظة على مكانته داخل المنظمة، ولا يمكن أن نقول أنها منظمة ضمن هرم إداري، إذ يمكن أن يتحكم مهندس في الإعلام الآلي على زمام المصلحة التي يعمل بها وكذلك الممرض يمكنه أن يتحكم وتكون له سلطة أكثر من الطبيب في المصلحة التي يعملان بها.

ففي دراسة حالة قام بها ميشال كروزي في كتابه عن ظاهرة البيروقراطية، فإن عمال النظافة والتصليح هم الذين كانت لهم سلطة معتبرة على عمال الإنتاج، بما أنهم هم الذين كانوا يحددون تكرار ومدة توقيف الآلات، فهذا التحكم في الوقت وهب لهم هذه السلطة غير الرسمية.

السلطة تمارس من طرف الأفراد عن طريق مراقبة، والتحكم في منطقة عدم التأكد التي تهب هامش الحرية الفردية للفاعلين، مثلاً شخص يدرك مهنته جيداً، عامل يتقن الإجراءات القانونية، وفي هذا الإطار يفرق Michel Crozier بين أربع مصادر للسلطة والناجمة عن:

- امتلاك كفاءة خاصة.
- التحكم في معلومة تخص محيط المؤسسة: علاقات جيدة مع المصالح المالية.

¹ علي، عبد الرازق جلي، مرجع سابق، ص 195.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

- مراقبة الاتصال والمعلومات الداخلية "له سلطة التحفظ".
 - معرفة القواعد التنظيمية للمنظمة "القدرة على تغيير القواعد، التحكيم بين القواعد".¹
- إن المنظمة حسب Michel Crozier وFreidberg "هي ليست شيئاً طبيعياً ولكنها بناء اجتماعي هي" بناء إنساني وليس لها معنى خارج علاقات أعضائها، لا بد أن ندرس من خلالها الرهانات والمنافع وقواعد اللعبة، و فهم الاستراتيجية المقامة من طرف الأفراد، وعليه لا بد من استغلال بعض العوامل غير الرسمية لسهولة تدفقها².
- التنظيمات الاستشفائية غنية بالصراع بين السلطة الرسمية وبين السلطة الفعلية، وغالباً ما يطيعون الفاعلين أصحاب السلطة الفعلية استناداً إلى عدة معطيات منها الاعتراف الاجتماعي، السمات الشخصية، التأثير القوي بالجوانب الإيجابية أو السلبية، بالإضافة إلى تأثير كما رأينا سابقاً من خلال النظريات التي أوردناها أن الاعتبارات الاجتماعية دوراً في توجيه العلاقة بين المعالج والمريض ومحاولة خروج المريض من علاقة التبعية.
- كما أن السلطة الفعلية لها دور أيضاً في توجيه العلاقات بين الفريق المعالج خاصة في البلدان التي ينمو فيها الفكر العشائري من جهة والبراغماتية من جهة أخرى تصل أحياناً إلى الحاق الضرر بالمريض، عندما تترجم إلى تصرفات معادية للطبيب أو الطبيب الزميل أو الإدارة بالإضراب أو الإهمال في العمل، أو اصطناع عطب بالآلات أو غيرها من الأمثلة التي سوف نتناولها في الجانب التطبيقي بإسهاب.

خلاصة:

لقد تعرفنا من خلال هذا الفصل إلى التغير الجذري الذي طرأ على مفهوم الصحة بشكل عام والتفاعل بين البيئة و التنظيمات في معالجة المرض و الصحة والذي أدى إلى تعدد المقاربات والنظريات التي تدرس المرض من الناحية البيولوجية إلى الاقتصادية و الاجتماعية و التي قد تتداخل ضمن نموذج واحد إلى غاية توحيد المقاييس ضمن نماذج العولمة، وتعرفنا على التغير العميق الذي أعطى مكانة حقيقية و فاعلة للمريض ضمن التنظيمات الاستشفائية سواء عن طريق تحقيق نوعية في العلاج أو عن طريق احترام حقوقه و بالتالي ضرورة ارساء قواعد العلاقات العامة من أجل تقريب

¹ Michel, Crozier et Erhard Freidberg , Op.Cit , P . 53 .

² Ibid, P. 54.

الفصل الثالث: تغير مكانة الفاعلين وبناء التنظيمات الاستشفائية

العلاقات بين المريض وبين التنظيمات الاستشفائية ، كما رأينا تأثير التغيرات على بنائها التنظيمي وفي العلاقات داخلها و في التفاعل بينها و بين البيئة بمختلف مكوناتها وبروز سلطة الفاعل في ظل التعقيد المتزايد لهذه التنظيمات .

وإذا كانت التغيرات التنظيمية الاستشفائية التي تبنتها أغلب دول العالم مازالت تعاني مشاكل في تطبيقها ، فإننا نتساءل كيف تتميز هذه التغيرات في النظام الجزائري الذي يعاني من الازدواجية الابدmiولوجية ومن ضعف التسيير والمشاكل البيئية ومشاكل الناتجة عن الأطر التنظيمية.

الفصل الرابع

سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في
النظام الصحي الجزائري

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

تمهيد:

إن سياق التغييرات التنظيمية الاستشفائية في الجزائر يختلف عن العديد من الدول فذلك يعود إلى العوامل المتعلقة بالنسق الصحي و لإشكالية النظام الصحي الذي يعاني من الازدواجية الابدميولوجية وثقل المشاكل الصحية ، و كذلك لتفتح المؤسسات الصحية و تداخل الفاعلين ومدى وعيهم بدورهم الاستراتيجي ضمن الاشكالية الجديدة للتغير ، بالإضافة إلى المشاكل الناتجة عن التنظيمات البيروقراطية المتأصلة في سلوكات الأفراد ومدى تكيفها مع المعطيات الجديدة في التسيير و ظهور المشاكل العصرية الداخلية للعاملين في المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى تعقد سلسلة القرارات داخل التنظيمات الصحية التي هي عبارة عن قرارات جزئية مفصلية كل واحد له تأثير على باقي الفاعلين الآخرين وعلى النتيجة النهائية، بالإضافة إلى طبيعة القرارات الاستراتيجية وكيفية اتخاذها و المشاكل التي تنتج على سير التنظيمات و على المريض بوجه خاص، كل هذه التفاعلات و الخصوصية التي ترجع للنظام الصحي و التنظيمات الصحية سوف نأتي على ذكرها ضمن سياق تاريخي ووصفي للنقائص التي عرفها النظام الصحي الجزائري من خلال المحاور التالية:

- مبررات وطبيعة التغييرات التنظيمية الاستشفائية: سنتعرف على التغييرات التنظيمية الاستشفائية كجزء من اصلاحات الدولة وماهي الدوافع الخارجية والداخلية لاتخاذ مسار التغييرات.

- خصوصية النظام الصحي الجزائري: مراحل تطوره وكيفية اتخاذ القرارات ضمنه.

المبحث الأول: مبررات وطبيعة التغييرات التنظيمية الاستشفائية

إن التغييرات التنظيمية الاستشفائية لا تختلف من حيث الأهداف عن التغييرات التنظيمية الاستشفائية العالمية، مع اختلاف طبيعة الأنظمة الصحية والسياق الاجتماعي والاقتصادي، ولهذا سوف نبين أهم الدوافع الدولية والوطنية التي دعمت اجراء التغييرات التنظيمية الاستشفائية في الجزائر.

المطلب الأول : التغييرات التنظيمية الاستشفائية جزأ من اصلاحات الدولة

إن هناك عدة دوافع جعلت الجزائر تنتهج التغييرات سواء على مستوى النظام الصحي برسم السياسة الصحية على ضوء المتطلبات الجديدة الدولية وتماشيا مع المتغيرات البيئية أو على مستوى المؤسسة الصحية التي تعتبر الوحدة التطبيقية من خلال مناهج تسيير حديثة وظهور فاعلين داخليين وخارجيين والتغيير في طبيعة العلاقات والمعطيات.

الفرع الأول :أهداف التغييرات التنظيمية الاستشفائية

تعرف التغييرات التنظيمية الاستشفائية بأنها : " مجموعة من الإجراءات التنظيمية، و التسييرية الحديثة، والمالية من أجل تحسين صورة القطاع الاستشفائي العمومي ،و جعله قابلا للمنافسة".¹

أهدافها:

- تحسين التغطية الصحية؛
 - إقامة نظام مالي عن طريق توسيع المتدخلين؛
 - تحسين تسيير المصالح الصحية، قائمة على أساس التحكم في النفقات، وعقلنه الموارد عن طريق الفعالية والفاعلية في التسيير؛
 - تحقيق نوعية في الخدمات الصحية.¹
- تعتبر التغييرات التنظيمية الاستشفائية إلى جانب تغييرات (إصلاحات مست القطاعات الأخرى) كالتربية، والتعليم جزأ لا يتجزأ من إصلاحات الدولة، وبالتالي فإن الإصلاحات الادارية والاقتصادية تعتبر الإطار العام للتغييرات التنظيمية الاستشفائية لها من حيث المفاهيم والأفكار خاصة فيما يتعلق بعصرنة الادارة وتحقيق الشفافية.

الجزائر دخلت في سيرورة التغييرات الاقتصادية العالمية عن طريق البرنامج الهيكلي المفروض من الهيئات الدولية (الصندوق العالمي الدولي و البنك العالمي)، من أجل التحول من النظام المركزي إلى النظام اللامركزي منذ سنة 1990، ثم ابتداء من سنة 2000 دخلت مرحلة ثانية هي إدخال الاقتصاد الجزائري ضمن الاقتصاد العالمي بمحاولة انضمامها إلى المنظمة العالمية للتجارة في حال احترام مجموعة من المعايير المفروضة من قبل هذه الهيئات، وعلى ضوء ذلك تكونت لجنة إصلاح

¹Ministère de la Santé. « Assises Nationales de la Santé ». Eléments de réflexions du système national de santé Algérien ", Mai 1998, Alger.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

الهياكل ومهام الدولة خلال نفس السنة، لصياغة مجموعة من الإجراءات الغاية منها أساسا تغيير في مهام و دور الدولة والهياكل وفي طريقة التسيير.

العلاقة بين الدولة والمواطن والوصول إلى فكرة دولة القانون عن طريق:

- تـثـمـيـن المـوـاـرـد البـشـريـة؛
- إعطاء حقوق وحرية للمواطن؛
- تقييم النشاط العمومي عن طريق إرساء الشفافية والفعالية؛
- إرضاء المنتفع "الزبون" عن طريق تقنيات تسيير حديثة مثل التعاقد، التوأمة بين القطاع العام والقطاع الخاص والفعالية أي الوصول إلى تحقيق الأهداف، والفاعلية أي تحقيق الأهداف بأقل تكلفة.¹

وبالتالي تكون أهدافها الجديدة:

- دولة في خدمة المواطن والمجتمعدولة قوية، متطورة وفعالة تحقق الحماية والانسجام الاجتماعي؛
- إعادة توزيع المهام والمسؤوليات بين مختلف الهياكل عن طريق تفويض السلطة؛
- مشاركة المواطن في التسيير والسلطة عن طريق الجمعيات، إنشاء ميثاق بين الإدارة والمواطن، إقامة هيئات ملاحظة لتطوير نوعية الخدمات المقدمة، وتشجيع الحوار الاجتماعي وتطوير وسائل الإعلام، والاتصال؛

○ دولة واعية برهانات و دور العولمة.

إذن الإصلاحات الإدارية عموما تـمـس:

○ مفهوم المرفق العمومي.

○ طريقة التسيير.

○ الهياكل.

○ المـوـاـرـد البـشـريـة.²

¹Mahjoub ,Belmihoub. La Réforme administrative en Algérie. Document présenté au Forum euro-Mediterranneum sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'Administration. Juin 2005, Tunis . P .4

²Ibid,P. 5.

الفرع الثاني : مراحل التغييرات التنظيمية (الاصلاحات الادارية)

انتهجت الجزائر أولا جملة من الاصلاحات الاقتصادية بالاعتماد على المؤسسة العمومية، وقد مرت بعدة مراحل:

بعد الاستقلال انتهجت نظاما اشتراكيا لتسيير البلاد، واستعمل لذلك طرقاً منها التسيير الذاتي في المؤسسات الصناعية ثم التسيير الاشتراكي في المؤسسات الاقتصادية والخدماتية، واعتمد نمطا أبويا في التسيير منها اقتسام الأرباح، يمنع طرد العمال، الاستفادة من الامتيازات المختلفة مثل السكن وغيرها من الخدمات، وبالرغم من ذلك فإن العامل كان يميل إلى التكاسل والتسيب والاهمال والتي من مظاهره التغيب، اعادة بيع الأجهزة المقتناة من أسواق القطاع العمومي، وقوة نقابات العمل التي كان لها دورا مهما في تسيير القطاع العمومي وهكذا الجزائر لم تفق إلا في أزمة خانقة حيث انخفضت عائدات البترول وتزايد الديون الأجنبية مما أدى إلى اعادة الهيكلة وزادت الضغوط لتعديل السياسة الاقتصادية .

ومن هنا جاءت فكرة تشجيع القطاع الخاص وفتح السوق وتشجيع الاستثمار وتبعاً لذلك تم غلق كثير من المؤسسات الجزائرية التي لم تتمكن من مواكبة التغييرات السياسية والاقتصادية، الأمر الذي أدى إلى تغير في قيم العمل ونظرتهم إلى العمل وتحول في علاقات العمال بمسؤوليهم، وتحول في ظروف العمل وتنظيمه أدى إلى تغير القيم تكيفا مع اقتصاد السوق والتنافس الحاد، حيث أن المؤسسة العمومية الجزائرية بقيت لسنوات رهينة للتوجهات السياسية والاجتماعية والايدولوجية أكثر مما هي اقتصادية.¹

فمنذ الاستقلال ورثت الجزائر مؤسسات شبه معطلة جراء سياسة الأرض المحروقة في مقابل غياب إطارات وطنية مؤهلة، كما عرفت عدة تشريعات من التسيير الذاتي إلى غاية الخصوصية والشراكة، والمتفحص لهذه التشريعات، يلاحظ أن هذا التشريع اعتمد على وضع آليات قانونية تضمن تصورا هيكليا ثابت الأبعاد التنظيمية للمؤسسة، فسوء التنظيم وغياب الرقابة والثقافة التنظيمية لدى العمال هي عوامل انعكست سلبا على المؤسسة العمومية الجزائرية.

¹ غياث ،بوفلحة .بحوث في التغيير التنظيمي وثقافة العمل . الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية ، 2014 ، ص7.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

• مراحل تطور المؤسسة العمومية الجزائرية:

1- مرحلة التسيير الذاتي: 1963-1967: كانت أول تجربة اتخذتها الجزائر بعد الاستقلال، بصدد قرارات التسيير الذاتي في 22 مارس 1962 ومن نتائجه تشكيل لجان التسيير الذاتي في أكثر من 500 مؤسسة صناعية معطلة، والجدير بالذكر أن الحكومة آنذاك لم تضع كل المؤسسات تحت إشراف اللجنة، فقط منها الصناعية والتجارية المهمة التي وضعت تحت الوصاية المباشرة للدولة، كما أدى بروز المدير كسلطة أقوى من سلطة مجالس العمال إلى مراقبة المؤسسات واحتكار المعلومات ومركزية اتخاذ القرارات، وقد أدى الأمر في كثير من الأحيان إلى عرقلة نشاط المؤسسات بل وإلى تأخير الرواتب، وسوء الاتصال التنظيمي بين العمال والإدارة وهو ما أعاق التطبيق السليم لنظام التسيير الذاتي.

2. مرحلة المؤسسة الحكومية: 1968-1971: بعد فشل التسيير الذاتي جاءت مرحلة تسيير الشركات الوطنية والتي تميزت بظهور شركات وطنية ضخمة بعد قرارات التأمين، وتعتبر هذه البداية لخلق مؤسسات وطنية وقد تدعم ذلك بحركة بناء الوحدات الانتاجية الضخمة اعتمادا على مداخل البترول وبروز استراتيجية جديدة في تسيير المؤسسات تكون فيها الدولة هي المركز الوحيد، تميزت هذه المرحلة بإقامة صناعة ثقيلة واعتماد المخططات التنموية وبوحدة الإدارة.

لقد هدفت السلطات السياسية في تلك المرحلة إلى التعجيل بتصنيع البلاد وبناء القواعد الاشتراكية وتحقيق تكوين رأس المال وقد ضاعفت المخططات التنموية من خلق المؤسسات الوطنية الكبرى التي لعبت دورا قياديا في توجيه التنمية في جميع الميادين.¹

3. مرحلة التسيير الاشتراكي للمؤسسات 1971-1980: يعتبر التسيير الاشتراكي مرحلة من مراحل تطور تسيير المؤسسات الانتاجية والخدمية وقد ساهم في سد فراغ قانوني في مجال تسيير المؤسسات، إلا أنه ترك آثارا عميقة على قيم العمال واتجاهاتهم نحو العمل منها مركزية اتخاذ القرارات وبطء عملية اتخاذ القرارات وعقم الاجتماعات وغموض في سلطة اتخاذ القرارات، وهذا الذي أدى إلى سوء تطبيق التسيير الاشتراكي لصالح اقتصاد السوق.

¹ المرجع السابق، ص 3-7.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

4.مرحلة اعادة الهيكلة 1981-1988 :أجريت عدة اصلاحات هيكلية على المؤسسات العمومية وهكذا طبقت اعادة الهيكلة عدة مرات رغبة في انقاذ المؤسسات العمومية الجزائرية من الافلاس و الغلق.¹

▪ بعد الأزمة الاقتصادية سنة 1986 أعطيت للمؤسسات الاستقلالية، وتغيير في معايير التسيير من نسبة استهلاك الاعتمادات إلى تحقيق التوازن المالي كمعيار للنجاعة، وتحقيق عائدات تضمن توازنها وريح من أجل المشاركة في النمو الاقتصادي.²

▪ اعادة الهيكلة الأولى: تم تقسيم المؤسسات الاقتصادية العمومية الضخمة إلى مؤسسات أصغر حجما حتى يتمكن المسيرون من التحكم فيها وتحسين مردوديتها المالية، وقد كانت هذه المرحلة بداية لظهور الأزمة المالية نتيجة انخفاض مداخيل البترول وبسبب نتائج التسيير الاشتراكي والذي أثبت عجزه عن خلق الثروة نتيجة سوء التسيير الداخلي وتعقد المشاكل البشرية والتسييرية داخل المؤسسات.

▪ استقلالية المؤسسات الاقتصادية العمومية 1988: إن الإصلاحات الهيكلية كان لها أثرا سلبيا على مستوى معيشة المواطنين ومعدلات النمو وعلى الاقتصاد الوطني ككل، لهذا أصبح التفكير في اعادة النظر في الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية وفي أساليب تسييرها، وذلك من خلال منحها استقلالية أوسع في تسيير أمورها، من أجل الخروج من الأزمة التي تفاقمت حدتها مع نهاية الثمانينات.

ثم جاءت مرحلة الشراكة من أجل تحرير الأسعار و التجارة الخارجية ،تسريح العمال،ولتتأقلم هذه المؤسسات مع نظام اقتصاد السوق أصبح من الأنجح البحث عن حلول واقعية للأزمة بعد أن انسحبت الدولة من تمويل المؤسسات.³

إن التحول إلى نظام اقتصاد السوق سبب مشاكل تعود إلى سوء التكيف مع هذا التحول الذي تطلب شروط أخرى تتعلق بالتسيير والتنظيم أكثر مما تعلق بالمصادر المالية والبشرية.

¹ غياث ،بوفلجة،مرجع سابق،ص 9.

² Mahjoub ,Belmihoub,Op.Cit,P.5.

³ غياث،بوفلجة، مرجع سابق ، ص14.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

ثم تمت اعادة تنظيم القطاع العمومي: إن اعادة القطاع العمومي ليس مفهوما مجردا ولكن استراتيجية من أجل رفع الفعالية والكفاءة للمؤسسات لإدخال الاقتصاد الوطني في السوق الدولية ولتحقيق ذلك لا بد من المرور بمحاربة التضخم وامتصاص عدم التوازن السلبي في الميزانية والتحكم في الكتلة النقدية.

5. خصوصية المؤسسات العمومية واقتصاد السوق: عرفت المؤسسات العمومية الجزائرية في العقد الأخير من القرن العشرين تزايد المشاكل التسييرية وتعمقها وخاصة مع تخلي الدولة عن النظام الاشتراكي وتخفيف القيود الجمركية والسماح بدخول كثير من السلع المستوردة، مما أدى بكثير من المؤسسات الجزائرية غير الناجحة إلى الفشل في فرض نفسها في السوق أمام المنتج الأجنبي الأحسن جودة والأقل ثمنا مما جعل الطريق الوحيد هي الخصخصة عدا القطاعات الاستراتيجية سواء بصفة كلية أو جزئية، عن طريق الشراكة مع الشركات الأجنبية وعقود التسيير، وهكذا أصبحت المؤسسات الانتاجية الجزائرية أكثر تنوعا في ملكيتها وأساليب تسييرها وأكثر تنافسا وحيوية و أكثر تفتحا على الواقع الاقتصادي الوطني والدولي.¹

- من سنة 1990 إلى سنة 1994 انتقلت من فكرة الاستقلالية إلى التحول نحو اقتصاد السوق بإصدار قوانين النقد، وقوانين علاقات العمل.
- سنة 1995 تميزت بالدخول ضمن الخصخصة، وإنشاء وكالة لترقية الاستثمار، وفتح رؤوس أموال الشركات للخووص.
- احترام الشروط الدولية: بأن تكون هناك سوق نقدية مستقرة و خفض من العجز الميزاني الذي لا بد أن يكون أقل من 3% من الناتج الداخلي الخام، و هذان الشرطان ضروريان من أجل إيجاد هامش حرية في السوق الدولي التنافسي.²

إن تطبيق الإصلاحات الاقتصادية ليس بالأمر الهين فكما يقول عبد اللطيف بن اشنهو " فإن تطبيقها يقتضي إعادة لتوزيع السلطة، إعادة لتنظيم القوانين الاجتماعية وتحويل سريع لتوزيع الدخل"³، والمعروف أن الإصلاحات الاقتصادية تنجر عنها نفقات اجتماعية ضخمة، كما أن

¹ غياث بوفلحة، مرجع سابق، ص 14.

²Abderahmene, Mebtoul.L'Algérie face aux Changement de la Mondialisation entre 2005 -2010.Alger: Dar Gharb, 2004 ,P. 10.

³Brahim, Brahamia.Elements de réflexion sur la consommation Algérienne. Document présenté au Séminaire International des Reformes Economiques.2000,Université Mentouri:Consatntine :P.1

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

التصحيح الهيكلي له تكلفة إنسانية كبيرة عن طريق الإجراءات التي تقتضي تقليص من طلب الخدمات، حيث أن الاحصاءات بينت:

- ضعف في مستوى حياة السكان منذ أزمة الاستهلاك، ونقص في الحاجيات الأساسية من سنة 1986 إلى سنة 1995 حيث أن الاستهلاك كان يقتصر فقط على الحاجيات الضرورية فقط مثل: التغذية، الصحة.

- تراجع في الدخل لكل ساكن: من 2500 د.ج في سنة 1985 إلى 1580 د.ج في سنة 1995 بانخفاض يقدر بـ 40%.

- نقص في القدرة الشرائية انخفضت بنسبة 25 % من سنة 1993 إلى سنة 1995.

- ركود الاقتصاد ورافقه تسريح العمال، البطالة في مقابل ازدياد عدد السكان المستمر.

- ارتفاع نسبة الفقر من 12.2 % في سنة 1985 إلى 22 % من 1993 إلى 2000.¹

وبالتالي فإن هذه العوامل دفعت الجزائر اختيار الرهان المتمثل في إدخال اقتصاد جزائري فعال في موجات التبادلات الدولية من الناحية النقدية والمادية، وتحسين النظام الإعلامي، وتسديد الخدمات عن طريق الانترنت، وتطوير التجارة الالكترونية.

لقد تعرفنا على التغييرات التنظيمية الاستشفائية باعتبارها جزءاً من الإصلاحات الادارية وباعتبار التنظيمات الاستشفائية العمومية تنتمي إلى التنظيمات وتشترك معها من حيث المشاكل والتغييرات التي طرأت على تقاليد عمل في مواجهة التغييرات العالمية الاقتصادية والاجتماعية، ومن خلال ما يأتي سنبين الدوافع الداخلية الخاصة بالنسق والنظام الصحي في حد ذاته والتي شكلت دافعا كبيرا لضرورة اتباع التغييرات التنظيمية الاستشفائية، وماهي أهم محاورها

المطلب الثاني: دوافع ومحاور التغييرات التنظيمية الاستشفائية

لقد شكلت النقائص التي مر بها النظام الصحي والمؤسسات العمومية دافعا مهما لإقامة وتبني التغييرات التنظيمية الاستشفائية، فماهي أهم الدوافع والمحاور التي تبنتها السياسة الصحية الجزائرية انطلاقاً من هذه النقائص وتكيفاً مع المعطيات العالمية؟

¹Op.Cit ,P.4

الفرع الأول: الدوافع الداخلية للتغيرات التنظيمية الاستشفائية

إن التغييرات التنظيمية الاستشفائية (الإصلاحات الاستشفائية) بدأت بواورها خصوصا بعد الأزمة الاقتصادية والعجز الميزاني، وشلل القطاعات الصحية في تلبية احتياجات المواطنين، ولهذا بدأ التفكير بتغيير النظام التمويلي يقوم على النشاطات وليس على الاستهلاك، ويمكن أن نحمل هذه الدوافع إلى:

*الخلل المرتبط بالخريطة الصحية:

- وضعية الهياكل الصحية التي لا تستجيب لاحتياجات المواطنين، والتي تفتقر إلى النشاطات المدعمة، مثل المخبر والأشعة بالإضافة إلى عدم احترام الخريطة الصحية أثناء إنشاء الهياكل.
- عدم التوازن في توزيع الموارد البشرية والمادية والهياكل بين المناطق.
- عجز في تحقيق تغطية صحية فهي بعيدة عن المعايير الدولية، بالنسبة للموارد البشرية أو الهياكل.

*الخلل المرتبط بالتمويل:

- النفقات الصحية ارتفعت بين سنة 1985 إلى سنة 1986 إلى أكثر من 20 %، في مقابل النمو الاقتصادي الذي لم يتجاوز 0.3 %، وذلك يعود إلى عدة اعتبارات:
- تحقيق عدة استثمارات صحية مخططة.
 - انتشار الطلب نظرا لمجانية العلاج.
 - ارتفاع في مستوى العيش.
 - ارتفاع الاستهلاك الطبي: نفقة الصحة ارتفعت ب 17 مرة بين سنة 1980 إلى سنة 1997.
 - ارتفاع في عدد مستخدمي الصحة.¹
- ونظرا للأزمة الاقتصادية سنة 1986، أصبحت الجزائر في مديونية قدرت ب 7120 مليار دولار سنة 1994 وعجز في الميزانية يقدر ب 9.1 % سنة 1993 ونسبة تضخم تقدر ب 19.4 %.²

¹ Brahim , Brahamia, Op.Cit ,P.5

1Ibid, P.06.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

نقص الإمكانيات المالية في المرحلة السابقة كان عاملا مهما في تفاقم تدهور وضعية القطاع العام، فميزانية المؤسسات الصحية العمومية لم تتوقف عن الانخفاض منذ سنة 1987: هذا الانخفاض المحسوس للموارد عبر عنه: بالتراجع الملحوظ في ظروف عمل الهياكل الصحية ومديونية مهمة وغياب التحكم في التكاليف والنفقات وعدم التوازن في ميزانية القطاعات بين تلك الموجهة للمستشفيات والموجهة للهياكل القاعدية، ما أثر على مبدأ تدرج العلاج.

*الخلل المرتبط بالتنظيم وذلك يعود إلى:

- وجود تعدد للهيئات المتدخلة على عدة مستويات مما يجعل الوصاية ثقيلة وغير فعالة.
- عدم تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات مع المستجدات الحاصلة.
- هيكل تنظيمي ثابت، وموحد على الجميع، وغير مرن.
- فالمؤسسات الصحية ليس لها الحق في إقامة هيكل تنظيمي خاص بها، فهو موحد على المستوى الوطني لكل المؤسسات.

*الخلل المرتبط بالوسائل المادية يتمثل في:

- وسائل مادية غير كافية أو على الأغلب قديمة ومتهلكة.
- الضعف البالغ للصيانة.
- انقطاع في بعض المنتوجات الصيدلانية، وهو يرتبط أحيانا بالعوائق التمويلية، والتنظيمية والمثقلة كذلك بالخلل الكبير في التسيير الدوائي للمستشفيات.¹

*الخلل المرتبط بالتسيير:

- غياب مراجعة دورية لمدونة الأعمال، والتسعيرات.
- صعوبة الوصول إلى العلاج من طرف المرتفقين.
- نقص الفعالية، والجودة في الخدمات المقدمة للمرضى.
- نقص في تقييم النشاطات الطبية.²

¹Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Rapport annuel. Février 2003, Alger : Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière .

²Brahim ,Brahmia,Op.Cit ,P.3.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

*الخلل المرتبط بالموارد البشرية يتمثل في:

- نقص في المستخدمين بالرغم من كل الجهود لتحقيق التغطية الصحية، نعطي بعض المؤشرات الخاصة بالموارد البشرية، و التي تبين هذه الندرة:¹
- عدم حافزية مستخدمي الصحة للعمل بحكم الظروف السيئة للنشاط، وكذا قواعد التعويض المالي.
- عدم المساواة، وغياب العدالة في تقسيم الموارد البشرية، وحتى المالية على الجهات وحتى داخل الجهة الواحدة.

*الخلل المرتبط بالإعلام والتكوين:

أ) الخلل المرتبط بالإعلام يتمثل في:

- عدم التحكم الكلي في التكنولوجيات الحديثة، ويمكن إعطاء أمثلة على ذلك: المسك السليم للملفات الطبي، التقارير الطبية ومختلف السجلات الإدارية.
- النظام الحالي للمعلومة لا يبلغنا إلا جزئيا حول اتساع حقيقة الطلب على العلاج، وجودة الخدمات المقدمة للسكان.

ب) العوائق والاختلالات المرتبطة بالتكوين:

- النظام التعليمي والتكويني لا يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الفعلية لقطاع الصحة.
- القطاع الصحي بحد ذاته غير قادر على التعبير عن احتياجاته التكوينية بدقة من حيث الكم والنوع وذلك راجع للمعرفة الضئيلة بالطالبيين الحقيقيين للعلاج من السكان.
- التكوين الأكاديمي لا يقدم المؤهلات المطلوبة على المستوى التطبيقي للمهنة، أو متطلبات التنوع الميداني.
- عدم التوافق في بعض الحالات بين التأهيل الأكاديمي، والكفاءة المهنية ما ينتج عنه نقص فادح أو حتى اضمحلال بعض التخصصات الطبية، وشبه الطبية.
- مدارس التكوين شبه الطبي لا تلبي بالكامل الطلب على التكوين المتواصل.²

¹Op.Cit,P.3.

² Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Rapport annuel. Février 2003, Alger : MSPRH.

الفرع الثاني: محاور التغييرات التنظيمية الاستشفائية (الإصلاحات الإستشفائية)

في ظل المعطيات الحالية فإن أهم محاور التغييرات التنظيمية الاستشفائية تمثلت في:

1. الإصلاح المالي: إقامة نص قانوني جديد خاص بالمؤسسات العمومية الاستشفائية يعطي استقلالية مالية أكثر لها عن طريق النظام التعاقدي والذي يعرف بأنه " عقد بين المؤسسة الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي يتم من خلاله تمويل المؤسسة الاستشفائية من طرف هيئات الضمان الاجتماعي، انطلاقا من النشاطات الحقيقية المقدمة للمريض".¹

أهدافه:

○ إعطاء أكثر شفافية في العلاقات بين الممولين للقطاع الصحي "المؤسسة الاستشفائية"، وبين النشاطات المقدمة، وبالتالي الوقوف بصفة حقيقية على المستوى الكمي والكيفي، وتكلفة العلاجات المقدمة للمؤمنين الاجتماعيين، وذوي الحقوق.

○ تحكم جيد في النفقات.

○ تحسين في نوعية الخدمات المقدمة.

○ إعطاء فعالية في تنظيم المؤسسات العلاجية، و هيئات الضمان الاجتماعي من أجل الاستعمال العقلاني والمناسب للموارد البشرية و المادية.²

2. تحقيق التوازن بين العرض والطلب: بالأخذ بعين الاعتبار احتياجات المواطنين، والبيئة الابدميولوجية والمرضية للسكان.

3. تحسين التسيير الاستشفائي.

4. مراجعة قانون الصحة.

5. توسيع الإعلام الآلي وتأسيس نظام إعلامي طبي ومالي.

6. تقدير التكاليف الحقيقية و فورة الأعمال.³

ومن خلال هذه المحاور سيتم:

التطوير الذي يشمل:

¹عبد الحق، ساجي. "نظام التعاقد في تمويل قطاع الصحة". حلقة دراسية. المدرسة الوطنية للإدارة. الجزائر، 1999، ص 4.

² نفس المرجع، ص 05.

³Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Assises nationales de la santé: éléments de réflexions le système nationale de santé algérien. Mai 1998, Alger: Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

- دعم وإنجاح النظام التعاقدي لتحقيق الاستقلالية، والقضاء على المديونية.
 - إدخال وسائل تسيير حديثة، مثل المحاسبة التحليلية، نظام الإعلام الآلي، مراقبة التسيير.
 - تحسين شروط الاستقبال، والإقامة للمرضى.
 - الكفاءة في التسيير.
 - التقييم، المراقبة الداخلية.
 - استراتيجية لتسيير الموارد البشرية تركز أساسا على:
 - تفويض السلطة.
 - إقامة مخطط لتطوير الكفاءات.
 - التحفيز والتدعيم.
 - إعادة مراجعة قانون الوظيف العمومي.
 - دورات تكوينية للمدراء ومدراء الصحة.
 - إجراءات توأمة.
 - إعادة تهيئة الهياكل: التي يشتكي منها السكان، و التي لا تستجيب إلى المقاييس، والمعايير وتعاني من عجز في التجهيزات نظرا لغياب الصيانة.¹
- هذه تعتبر رؤى للإصلاحات الاستشفائية والتي تتراوح بين محاور طويلة ومتوسطة المدى، سنرى كيف ترجمت فعليا من خلال التطور الذي مس النظام الصحي في الشكل والجوهر.

المبحث الثاني : خصوصية النظام الصحي الجزائري

إن اقامة التغييرات التنظيمية بالرغم من توحيد أهدافها عالميا، إلا أن الأنظمة الصحية تختلف في سياساتها والتي لها خلفية تاريخية وثقافية واجتماعية، بالإضافة إلى اختلاف في المشاكل الصحية التي يعاني منها، والاختلاف في معالجة القضايا الصحية والحماية الاجتماعية، فما هي خصوصية النظام الصحي الجزائري؟ وماهي أهم تطورات التاريخة؟

¹Assises Nationales de la Santé, Op. Cit.

المطلب الأول : تطور النظام الصحي الجزائري

سنتكلم عن المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النظام الصحي الجزائري، ثم أهم التطورات التي عرفت هياكلته وسياساته، مواكبة للتغيرات العالمية ونتيجة للاختلالات الداخلية.

الفرع الأول :المبادئ الأساسية للسياسة الوطنية للصحة

يعرف النسق من الناحية السوسولوجية على كونه مجموعة من العناصر ذات التبعية المتبادلة أي المرتبطة فيما بينها بشكل يؤدي تغير احدهما إلى تغير أخرى¹.

فالنسق الصحي يحتوي على كل العناصر الثقافية والاقتصادية والسياسية والاجتماعية المؤثرة على صحة الأفراد والجماعات و السكن والنقل والغذاء الاتصال و التعليم والشغل و الصرف ويعبر عن العلاقة بين السياسة التنموية ضمن الميادين المختلفة ونتائج ذلك على صحة السكان ، فالنسق الصحي يقوم على التفاعل بين تلك المكونات من حيث اسهامها كلها في خلق صحة معينة لدى الفرد والجماعة من المجتمع المعين وأن التغيير في احدى تلك العناصر من شأنه التأثير على النتيجة الكلية لتفاعلها ، فالنسق مفتوح ويتفاعل مع الأنساق الاجتماعية التي لا تؤثر فيه فقط بل تؤثر فيها كما أنه يتفاعل مع الأنساق الصحية و الدولية ويعبر من خلالها عن الوضعية أو التفاعلات التي يعيشها النسق الاجتماعي الكلي مع غيره من الأنساق الخارجية.

الجزائر تفتقر إلى نسق علاجي متجانس بل هو متكون من أنساق ينتمي في أصلها إلى مراحل تاريخية مختلفة قبل الاستقلال وبعده²، وسنفصل في خصوصية هذا النسق من خلال المحاور التالية:

إن النظام الصحي في الجزائر، وخاصة بعد إنشاء الطب المجاني تطور على أساس مبادئ تتمثل في:
○ ضمان إيصال العلاج إلى جميع المواطنين مهما كان دخلهم المادي، ومكانتهم الاجتماعية بحيث نجد أن كل الدساتير، وخاصة دستور 1976 في مادته " 67" يجسد هذه الفكرة، إذ يؤكد على أن لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية، وأما دستور 1989 و 1996 فقد نصا صراحة على أن الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية، ومكافحتها.

¹ بودونو، ريمون و فرنسوا بوريكو. المعجم النقدي لعلم الاجتماع، ط1. ترجمة سليم حداد. الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية، 1986، ص 565.

² رضا، محمد بلمختار، مرجع سابق، ص 27-28.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

- الاستفادة من العلاج والعدالة الاجتماعية والإنصاف والتضامن.
- حماية الصحة وترقيتها من أجل الحد من اللامساواة في مجال السكن، والتشغيل وتطهير الوسط وحماية المحيط والتغذية، وكذا نشاطات تستهدف السكان، والفئات الضعيفة بالدرجة الأولى.
- التأكيد على وحدوية المنظومة الصحية، وهذا بدمج كافة المتدخلين بصفة منسجمة القطاع العمومي والشبه عمومي والخاص.

لفترة طويلة من الزمن كان المبدأ والشعار السائد هو "الصحة ليس لها تكلفة" خاصة في عهد الاشتراكية، ولكن نظرا للظروف الاقتصادية التي تمثلت في ارتفاع شديد للنفقات الصحية، فإن ضرورة التحكم في هذه النفقات أصبح ضمن أولويات السياسات العمومية من جهة وضرورة إيجاد تقنيات التقييم، وأصبح النظر إلى النظام الصحي ليس من الناحية الطبية فقط، وإنما من الناحية الاقتصادية، والاجتماعية بضرورة إدماجها لكافة المحددات العامة للحالة الصحية، وقدم التفكير في التكيف مع هذه التغييرات البيئية، وتجسد ذلك بتسطير أولويات و آفاق للسياسة الوطنية للصحة، ومن بين النقاط التي تم التطرق إليها في هذا الإطار:

- مراجعة الإطار التنظيمي، وإعادة الاعتبار للموارد البشرية والمادية.
- ترسيخ الجهوية: أي سياسة التوازن الجهوي وتكريس التعددية القطاعية.
- التوازن الجهوي يكرس عن طريق إنشاء خمس مناطق صحية، التي من المفروض أن تشكل الفضاء المفضل للتعبير عن التعددية القطاعية، وتعبئة مختلف المتدخلين القانونيين والحركة الجمعوية وأن تكون مجالا للوساطة، والتحكيم في منح الموارد حسب الأولويات الخاصة بكل منطقة.
- كما أن التعددية القطاعية تشكل محورا مهما بما أن حماية الصحة، وترقيتها لا تخص القطاع الصحي فقط.

- ترقية نظام ناجع للإعلام و التكوين.¹
- وضع نظام إعلامي ناجع خاص بالمؤشرات الصحية، وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل، بالإضافة إلى التأطير الدائم للاتصال الاجتماعي هي عناصر تضمن انسجام ونجاعة العمليات في مجال الصحة والسكان.

¹Assises Nationales de la Santé, Op.Cit.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

- الالتزام المؤكد لصالح الوقاية لا سيما في مجال صحة الأم، والأطفال، صحة الشباب الصحة العقلية الصحة في الأوساط الخاصة، الأمراض المزمنة، الحوادث والإعاقات.
- تطوير علاج الصحة القاعدية.
- تحسين مؤشرات الصحة.
- التخفيض من المخاطر المرتبطة بمحيط غير مناسب.
- التحكم في التكاليف وتخفيض التبعة، بفضل تدعيم وتطوير صناعة وطنية في مجال التجهيزات والمواد الصيدلانية.
- إعادة تأكيد مبدأ مجانية العلاج في إطار قانوني جديد.¹
- وبصفة عملية فان المبادئ الرئيسية لتنظيم المنظومة الصحية الوطنية في الوقت الحالي هي:
- تكييف الإطار التنظيمي مع التحولات الاجتماعية والاقتصادية.
- المحافظة على القطاع العمومي، وتحسين مردوديته.
- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية.
- خلق وظائف التقييم، ومراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة.
- تطوير النظام الصحي الإعلامي.
- ترتيب وتوزيع العلاجات والاستعجالات الطبية في إطار خريطة صحية.
- تشجيع تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات، والمواد الصيدلانية.
- إعادة تقويم التجهيزات التقنية.
- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي الصحة مع وضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص.
- الاستعمال العقلاني للموارد المالية.
- تحديد الأولويات.
- التحكم والتخطيط في تقديم العلاج.
- استراتيجية حكيمة لتغطية النفقات بتحديث قائمة وأسعار الأداءات.
- تحديد وإقامة وسائل التقييم في تكاليف الصحة.

¹Op.cit.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

- تحسين التسيير ومنح المؤسسات الصحية الاستقلالية اللازمة.
- الاتصال: لكل مواطن الحق في الإعلام فيما يخص المصالح الخاصة بالوقاية وأمن الوسائل والتقنيات الطبية المستعملة، و متابعة استمرارية العلاج و الإعلام و التعبير عن رأيه، ولهذا لابد من وضع استراتيجيات للاتصال الاجتماعي موجهة نحو سكان مستهدفين، وتطوير التكوين في الإعلام والتربية والاتصال، والسهر على إقامة علاقات إنسانية منظمة بين مستخدمي الصحة ومستعمليها¹.
- لا بد أن نخرج على مراحل تطور النظام الصحي الجزائري لنفهم أكثر هذه المبادئ التي اتبعتها السياسة والنظام الصحيين بالجزائر.

الفرع الثاني : مراحل تطور النظام الصحي الجزائري

المرحلة الأولى: 1962-1973: كان التفكير في خلق أرضية تنطلق منها عملية التنمية الصحية على المدى البعيد لبناء مجتمع اشتراكي حديث وكان العمل في الأول موجه إلى إعادة بعث البنية الطبية التي خلفها الاستعمار وتوسيعها، نظرا لما كانت تعانيه من نقائص عشية الاستقلال، مثل هروب 220 طبيب و 2700 ممرض في 1962، حيث بقي 344 مستشفى ومركز بدون عمال، بالإضافة إلى أعمال التخريب.

ولمواجهة ذلك الجزائر لجأت إلى مساعدة إطارات العديد من البلدان مثل بلغاريا ورومانيا الصين وروسيا وإلى تكوين أعوان في العلاج والأطباء الجزائريين الذين كان يقدر عددهم في 1962 ب 342 كما وضعت البرامج الأولى لمحاربة الأمراض المعدية والتي كانت تعكس المستوى الصحي، حيث كان يموت 150 طفل من بين 1000 طفل سنة 1992، خاصة في المناطق النائية، فكان من الضروري تكييف المنظومة العلاجية مع متطلبات الوضع الجديد للحد من تركز الأطباء والمستشفيات ضمن المدن الكبرى، كما أعيد بعث المجال العلاجي على نظام المساعدة الطبية الاجتماعية والمساعدة الاجتماعية العمومية ضمن المجال العمومي حيث يقدم وفقها العلاج مجانا للفئات المعوزة بينما تعوض بعض صناديق تأمين المرضى المؤمنون اجتماعيا².

استمرت الممارسة الليبرالية ضمن المجال الخاص إلى جانب المجال العمومي والذي يخضع لقانون المهنة الطبية الصادر في الجزائر بتاريخ 05 أفريل 1966.

¹Assises Nationales de la Santé, Op.Cit.

²محمد، رضا بلمختار، مرجع سابق، ص 92.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

وفي هذه المرحلة تم توحيد الوصاية الادارية للهيكل العمومية كمرحلة أولى قبل خلق ما يسمى فيما بعد بالقطاعات الصحية لأن تلك الهياكل كانت تابعة بعضها للولاية أو مستشفيات أو للوزارة.

كما عرفت هذه المرحلة انجازات ذات دلالة بالنسبة للتنمية الصحية منها:

- اصلاح التعليم العالي سنة 1970 وضمنه التعليم الطبي على نحو يجعله يستجيب لمتطلبات الواقع الجزائري الجديد؛

- تأميم المحروقات سنة 1971 الذي شكل المصدر الأول لتمويل الانفاق على المشاريع التنموية في الجزائر.

- تنفيذ المخططان الثلاثي الأول 1968-1970 والرابعي الأول 1970-1973 اللذان خصا لوضع الأرضية اللازمة لانطلاقة تنمية معينة في مختلف المجالات مع التركيز على المجال الاقتصادي أساسا ومراعاة بعض الجوانب الاجتماعية المستعجلة "الصحة، السكن، التعليم، الشغل" حيث خصصت 55 % من مجموع الاستثمارات التنموية لمجال الصناعة وحدها.

- انشاء الثورة الزراعية: سنة 1971 التي ساهمت في تحسين مستوى معيشة الساكن الريفي أكثر من تحسينها للاقتصاد الفلاحي، كما كان العمل على مستوى الاسكان موجهها نحو تجميع السكان الريفيين ومراكز الخدمات الطبية في مكان مزودة بالشروط الأولية للحد من أثر الفروق بين المدينة والريف¹.

- صدور قانون الطب المجاني 1973 وخلق القطاع الصحي مع بداية تنفيذ الطب المجاني في 1974 حيث أصبحت هياكل العلاج العمومي تمول بشكل متزايد من قبل صناديق الضمان الاجتماعي على أساس اتفاقيويظهر ذلك في التراجع من حيث اسهامات الدولة المباشرة في تمويل ذلك، كانت تقدر في 1965 ب 11 % ثم انخفضت في سنة 1974 إلى 7 % بينما بلغت مساهمات صندوق الضمان الاجتماعي إلى 24 % سنة 1974 وظلت تتزايد إلى أن وصلت سنة 1983 إلى 49%².

¹ المرجع نفسه، ص 92.

² Pierre ,Chaulet . Médecine Gratuite et Sécurité Sociale en Algérie : contradiction et convergence. Colloque International sur l'Emergence du Social en Algérie. Oran ,1983, P.4.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

كما وجه العمل نحو رفع المستوى الدراسي والتأهيل التقني حيث سجل انخفاض معتبر في الأمية من 80% إلى 60% من سنوات 62 إلى 77%، كما عرفت هذه المرحلة ازدياد في الانجازات في مجال التجهيز والتكوين الطبي من 156 في 1962 إلى 163 في 1974 وازدياد عدد الأطباء من 342 إلى 1425، أما المراكز الصحية فزادت من 188 إلى 558 في 1974.¹

اعتمد القطاع العمومي في هذه المرحلة على ثلاث مصادر متميزة في تمويل قطاع الصحة، والتي تقابل ثلاث فئات من المرضى وذلك عن طريق تحديد الفئة الاجتماعية لكل شريحة.

التسبيقات: مثلت 60% من موارد المستشفى، وهي تجد مصادرها في الخزينة العمومية لحساب الدولة وكذا صندوق التضامن للمحافظة والبلدية وهذه التسبيقات تمثل تمويلا للخدمات المؤداة للأشخاص التابعين لنظام الصحة المجانية، عائدات تسديد المصاريف مصدرها من التأمينات الاجتماعية لقاء الخدمات المقدمة للمؤمن لهم اجتماعيا، وذوي حقوقهم، ويتم حساب هذه التسديدات على أساس تسعيرة سند سعر اليوم في المستشفى المحدد سنويا من طرف السلطات الوصية، وهنا كانت تساهم التأمينات الاجتماعية بنسبة 30%.

العائدات الخاصة: تأتي من دفعات المرضى ذوي الدخل الكافي، وهم الذين يدفعون ثمن علاجهم بحكم أنهم يفتقدون لأي نظام تأمين، وهي تمثل 10%، للإشارة لم يكن هناك الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء.²

هذا النظام التمويلي عرف عجزا، ذلك أن الفواتير كانت ترسل إلى العناوين التي كانت تقدم خطأ عمدا ولا يمكن تخليصها فيما بعد، ويرجع هذا العجز أيضا إلى اتجاه إدارة المستشفى إلى جمع أكبر عدد من الأيام الاستشفائية من أجل التحصل على المبالغ الموازية.

المرحلة الثانية: 1974-1980: ظهرت الرغبة في تحقيق مجانية العلاج بدافع من الوضعية المتحسنة للبلاد، والتطور الصناعي عن طريق الأمر رقم 65/73 المتعلق بتأسيس الطب المجاني مما أدى إلى تغيير في نظام التمويل إلى الدفع الجزائي، أين أصبح القطاع الصحي يمول عن طريق ميزانية شاملة تحدد سنويا بموجب قانون المالية، والممولون الأساسيون الدولة وهيئات الضمان الاجتماعي، ومساهمة طب العمل.

¹Miloud, Kadar. «Financement et Gestion des Secteurs Sanitaires enAlgérie », *Revue CREAD*, (1^{er} trimestre 1988):P.88.

² عبد الحق، سايحي، مرجع سابق، ص7.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

وقد اعتبر هذا النظام بدون محتوى اقتصادي ومن بين آثاره:

- اعتماد سياسة الطب المجاني أدى إلى تحرير الطلب، وبالتالي الاستهلاك الطبي، وتزايد المديونية، وزيادة في النفقات العمومية الصحية، على سبيل المثال سجلت النفقات الصحية نسبة 3.7% من الناتج الداخلي الخام، انتقلت إلى 4,4% سنة 1980 ثم 5.5% سنة 1988 إلى 6% سنة 1990.

- غياب سياسة التخطيط للوسائل، والموارد على المدى الطويل.
- تحديد الاحتياجات على معطيات غير مدروسة.
- جميع النفقات في نظام مجانية العلاج هي مجرد أرقام ثابتة غير مرتبطة بأي صفة بحجم النشاط.¹ عرفت بداية تنفيذ قانون الطب المجاني في كل القطاع العمومي مع استمرارية العمل إلى جانبه الطب الخاص والشبه العمومي وعدم اصدار قوانين تمنع المداواة بالأساليب التقليدية، كما لم يصل المخطط الرباعي الأول إلى انجاز كل المشاريع المحددة ضمنه في مختلف المجالات وهو ما أدى إلى تحويل ما تبقى منها إلى المخطط الرباعي الثاني مما زاد الضغط عليه وزيادة التكاليف ولكن الميزانية المخصصة لإنجازها 65% و تمديد الفترة من 1979 إلى 1977، كما أنه لم يصل إلى خلق الفرق الطبية الفعالة التي كان من المفروض أن تخلقها على مستوى كل بلدية ريفية واستمرارية عدم التوازن، فمثلا كان هناك شبه طبي لكل 430 ساكن بالجزائر بينما هناك شبه طبي لكل 2350 ساكن بجيجل.² كما لم يكن الانتاج الوطني يتجاوز 8% من الاستهلاك الوطني للدواء، كما سجلت هذه المرحلة صدور الميثاق الوطني سنة 1976، الذي تضمن توجيهات التنمية الوطنية في مختلف الميادين وهيفي مجال الصحة نص على أن حمايتها إنما هي مسؤولية الدولة، تتكفل الدولة في ميدان الصحة بحماية وصياغة وتحسين مستوى الصحة.³
- أما الدستور في مادته الستين (60) فقد نص على خلق مصلحة وطنية للصحة مجانية ومعممة ويمكن لأي مواطن من خلالها عبر القطر أن يحصل على الخدمات العلاجية المناسبة وهو ما يعني

¹Fatima Zohra ,Oufriha . « L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé en Algérie » .Revue CREAD , 13 (premier trimestre, 1988) :P. 151-152.

²محمد رضا ،بلمختار ، مرجع سابق ،ص 94.

³Bouzidi Abdelmadjid , « L'industrialisation et stratégie des besoins sociaux en Algérie et développement ».Revue Africa , Vol10.N°4 (1985) : P.136.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

أن الأنساق العلاجية الأخرى الخاصة وشبه العمومية ليس وجودها إلا مرحليا وأن المستقبل هو للطب العمومي المجاني الذي سيحتكر العرض العلاجي على المستوى الوطني.

كما سجلت القطاعات الصحية جمودا ليس فقط بفعل تأخر الانجازات من حيث الهياكل العلاجية بالنسبة إلى الطلب على التشغيل نظرا للارتفاع المتزايد للمتخرجين ولكن في نقص قدرات التحكم في تسييرها وتنسيق عملها مع الهياكل القاعدية لتستغل بطاقتها الكاملة.¹

وبشكل عام فقد وجهت مصادر التمويل في معظمها خلال هذه الفترة إلى القطاع الانتاجي الاقتصادي المباشر على حساب الجوانب الاجتماعية، وذلك في إطار استراتيجية تنمية قائمة على تصور مضمونه أن التغييرات الاقتصادية التي سيأتي بها التصنيع ستحل المشاكل المطروحة في المجالات الأخرى.

المرحلة الثالثة: 1980-1991: سنوات الثمانينات بينت عجزا معينا في الاستراتيجية التنموية في بلوغ أهدافها فيما يتعلق بالاستجابة للحاجات الاجتماعية لا سيما تلك التي تمس الفئات العريضة من المجتمع رغم تحسن معين فلم تصل القرارات التي استهدفت خلق النسق الوطني للصحة إلى امتصاص القطاعين الخاص وشبه العمومي بل وأعطى للعلاقة الخاص/ العمومي بعدا تكميليا بموجب قوانين 1980 فلم تعد سلطوية أو امتيازية كما في السابق.

أجري تقييم للنتائج السياسة التنموية العامة والصحية الواجب اتباعها، جاءت في شكل قواعد نظامية لماسمي بالنسق الوطني للصحة تميزت بانخفاض مساهمة الدولة من 34.2% في مقابل مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي إلى 64.2%، وهذا يعبر على أن مجانية العلاج تمول من صناديق التضامن أكثر، كما لم تستطع مجانية العلاج الحد من تبعية المنظومة العلاجية الوطنية إلى الخارج فما تزال الجزائر تشكل سوقا للمنتجات الطبية والصيدلانية الأوروبية والفرنسية بشكل خاص.

انخفاض قيمة الدولار وارتفاع نسبة المديونية للخارج التي وصلت سنة 1989 إلى 23 مليار دولار ونقص التشغيل نظرا لنقص مصادر التمويل للمشاريع بالنسبة للكفاءات البشرية المتوفرة بالإضافة إلى تزايد الطلب على الخدمات العلاج بفعل النمو الديمغرافي وتوقع تردي معين في المستوى المعيشي للفئات العريضة في المجتمع، القطاعات الصحية بالرغم من امتصاصها للقسم شبه العمومي

¹ Fatima Zohra, Oufriha. « de quelques éléments d'appréciations sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins » .Revue Cread , 19 (1980) :PP7-35.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

سنة 1984 فإنها لم تصل بعد إلى تغطية العرض فيها فيما يخص خدمات العلاج بل تظهر المنظومة العلاجية ذات قطبين أحدهما يمثل القطاع العمومي والآخر القطاع الخاص، كما سجلت عجزا من نوع آخر وهو العجز المتواصل على عدم استيعاب وابقاء الممارسين ضمنها في إطار الخدمة المدنية.¹ وعدم التوازن في التوظيف بالإضافة إلى النقص في استغلال القدرات العلاجية المتاحة ضمنها حيث نجد ثبات في نسبة شغل أسرة المستشفيات من سنة 1962 إلى 1981 هي تتراوح فقط 60 % و 40 % غير مشغلة وعلى مستوى التجهيزات الطبية حيث أنجز ضمن هذا المخطط 1 سرير استشفائي لكل 1000 ساكن مقابل التوقع الذي كان 29 سريرا لكل 1000 ساكن وبقاء بعض المستشفيات بدون عمل.²

كما لعب مستوى التسيير الإداري دورا لا يقل أهمية في الوقوف دون توسع مشروع الطب المجاني وجعله يستجيب لحاجات الفئات الواسعة من المجتمع سواء بالتدبيرات في الأجهزة والكفاءات والتصرف بما يناقض مضمون الطب المجاني، بالإضافة إلى عدم صياغة أسلوب تمويل الطب يتفق ومجانية العلاج خارج الضمان الاجتماعي ويصل إلى ادخال منطق جديد فيما يتعلق بالتحمل الحقيقي للحاجات الاجتماعية الناجمة عن أثر التحولات الاقتصادية والاجتماعية، وهو ما أهل إعادة طرح مضمون القطاع العمومي وتوسعة وفسح المجال أمام القطاع الخاص وتوسعته كمكمل ضروري في الوقت الحاضر وربما كبديل له في المستقبل وذلك لكون المستوى الاقتصادي والاجتماعي الذي أصبح له وزن وتأثير مباشر على القرار السياسي بما يجعل الجواب عن السؤال بالاتجاه المستقبلي للتغيير الاجتماعي صعب معرفته في الوقت الحاضر لا سيما بعد التراجع الذي حدث عن تخطيط مركزي بيروقراطي للتنمية في مختلف المجالات إلى تخطيط أكثر مرونة وواقعية.³

المرحلة 1992 إلى الوقت الحالي: للأسباب التي ذكرناها سابقا أدت بالسلطات إلى ضرورة التفكير في انتهاج نظام تمويلي يعطي الاعتبار للنشاطات الصحية، ويضمن التحكم في النفقات الصحية المتزايدة باستمرار، وذلك عن طريق انتهاج النظام التعاقدي: "الذي هو عبارة عن عقد بين المؤسسة الصحية وبين مموليها، بحيث يتم تمويلها على أساس النشاطات المحققة". أي تعوض صناديق الضمان

¹محمد رضا، بلمختار، مرجع سابق، ص 97-98.

²Fatima Zohra ,Oufriha ,Op.cit. 49.

³محمد رضا، بلمختار، مرجع سابق، ص 100.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

الاجتماعي المؤسسات الاستشفائية، على أساس تعاقدية، حسب الخدمات المؤداة للمرضى المؤمن عليهم وذوي حقوقهم.

وهو تعبير فعلي عن تنحي دور الدولة على تحمل التسيير السيئ أو الضعيف للمؤسسات، وإدارة نفقاتها للوصول إلى التمويل الذاتي، ويصبح على عاتق الدولة النفقات المتعلقة بالطب الوقائي، نفقات التكوين، النفقات الضرورية للبحث الطبي والنفقات المتعلقة بالخدمات الصحية المؤداة إلى المرضى المعوزين.¹

أما من الناحية الهيكلية فالمنظومة الصحية الجزائرية كانت وإلى عهد قريب قائمة على مجموعة هياكل مجمعة في إطار تنظيمي هو القطاع الصحي، يسمى القطاع الصحي مجموع هياكل الوقاية، والتشخيص والعلاج والاستشفاء، وتتمثل هذه الهياكل في المستشفى، وعيادات متعددة الاختصاصات، والمراكز الصحية وقاعات الفحص والعلاج وعيادات التوليد.

القطاع الصحي منذ إنشائه بنيت عليه مختلف السياسات الوطنية للصحة من برامج وقائية، وعلاجات قاعدية، وكذا منظومة علاجية تدرجية، مهمته تتمثل في: "التكفل التام والمتكامل، والتدرج السلمي للقضايا الصحية الخاصة بالسكان عن طريق:

- 1) تنفيذ البرامج الوطنية والجهوية فيما يخصه:
 - التعرف على احتياجات السكان.
 - تقويم أعمال الصحة.
 - إعداد برنامج الأعمال الوقائية النوعية، وتنفيذه في القطاع الصحي مع منح الأولوية لأعمال الوقاية والإسعافات الصحية الأساسية.
- 2) القيام بتنظيم وتوزيع الإسعافات وبرمجتها عن طريق:
 - الاستعمال الأمثل للوسائل البشرية والمادية وتوزيعها توزيعا متوازنا.
 - توفير الظروف الضرورية لتحقيق المساواة بين جميع السكان في العلاج بالهياكل الصحية.
 - تنظيم مصلحة دائمة للإسعافات العاجلة.
 - جمع المعلومات وإعداد الإحصائيات الصحية.

¹عبد الحق، سايجي، مرجع سابق، جوان 1999، ص 10.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

3) الإسهام في تنسيق أعمال جميع الهياكل، والواقعة في مجال القطاع الصحي، ومراقبتها وذلك في إطار التنظيم الجاري به العمل".¹

هذا البناء التنظيمي الذي ارتكزت عليه المنظومة الصحية الجزائرية لتحقيق أهدافها، والذي استمر إلى غاية 2007/12/31 ليعاد ترتيبه وهيكلته من جديد، ضمن ما يسمى بالمؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية الجوارية، يعتبر تغييرا ملموسا لمعالم الخارطة الصحية.

منذ سنة 2014 بدأ التفكير في فكرة المقاطعات الصحية التي ستضم من جديد الهياكل الصحية إلى المستشفيات، أي بطريقة أخرى يتم الرجوع إلى القطاع الصحي، فبعد التأقلم والتقسيم في الموارد والعلاقات والتي أخذت سنوات لإعادة ترتيب الأمور إلى مسارها وكذا الموارد المادية التي استثمرت في هذا المجال، سوف نرجع إلى فكرة القطاع الصحي ما سوف يؤدي إلى اضطراب آخر في العلاقات وزيادة في التوتر.

وفي سنة 2016 تم اقتراح تعديل قانون الصحة، كما سيتم الشروع ابتداء من سنة 2017 إلى فكرة المقاطعات الصحية، بعد كل الاستثمار من الناحية المادية والتجهيزات والمشاكل التسييرية التي رافقتها وبالرغم من بداية جني ثمارها بالتخصص في الفحوصات والوقاية وتخفيف الضغط نوعا ما على الاستعجالات الطبية الجراحية وبداية اندماج المواطن في فكرة التوجه نحو الفحص الخارجي بدلا من الاستعجالات، وتقريب العلاج من المواطن، إلا أنه تم إعادة ترتيب والرجوع إلى فكرة المقاطعات مع خلق مديريات صحة ملحقة في كل دائرة وفقا للتغيرات الاقتصادية، مع الاستمرار في فكرة مجانية العلاج.

لقد رأينا مجمل القوانين التي ظهرت تجسيدا للتغيرات التنظيمية الاستشفائية التي أثرت على النظام الصحي سواء من الناحية الشكلية أو الموضوعية، ورسم الأهداف وتزويد كافة المؤسسات بالتجهيزات من أجل تحقيق نوعية في الخدمات، وإنقاص التكلفة، وإرساء قواعد وطرق تسيير حديثة، فهل مجمل هذه القوانين كافية لإرساء إرادة التغيير داخل المؤسسات؟

من بين التأثيرات المهمة على النظام الصحي في ظل التغيرات هي كثرة وتعدد الفاعلين، فكيف يؤثر الفاعلون على سيرورة القرارات وكيفية اتخاذ القرارات الاستراتيجية.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 33، 2007/05/20. الجزائر: المطبعة الرسمية.

المطلب الثاني: خصوصية القرارات بالنظام الصحي الجزائري

من بين التغييرات التي أدخلت على النظام الصحي وعلى مفهوم الصحة العمومية هو توسع رقعة الفاعلين ومساهماتهم في انجاز القرارات بصفة مباشرة أو غير مباشرة، كما أن القرارات الاستراتيجية تتخذ أغلبها بطريقة غير علمية وموضوعية، فما هي طبيعة القرار وصفاته؟

الفرع الأول: تداخل الفاعلين ضمن النظام الصحي

إن الجزائر تعيش في مرحلة الانتقال الابدميولوجي أي بقاء الأمراض البدائية، والتي زالت في مختلف بلدان العالم، وظهور الأمراض المزمنة أو العصرية، والتي تكلف مبالغ باهظة بالإضافة إلى أن الأمراض أغلب أسبابها تأتي من البيئة، وعليه فيمكننا الوقاية من هذه الأمراض إذا قمنا بتحسين الوسط، وذلك لا يكون إلا بمعرفة ووعي كل فاعل لدوره.

تداخل أدوار الفاعلين:

سنحاول تمثيل المتعاملين مع المؤسسة الصحية، دور كل واحد في هذا السياق، وهذا يعني أن أي تغيير يمر قطاعا من القطاعات فهو يمر بصفة مباشرة أو غير مباشرة القطاعات الأخرى. وسنرى هل فيه فعلا تنسيق بين الأدوار أو اختلاف بينهما؟ وما هو التأثير السيئ في حال عدم وعي الهيئات بأهمية الانسجام في تحقيق خدمة نوعية للمريض والمواطن والمؤمن اجتماعيا؟

إن مختلف الفاعلين يشتركون في هدف تحقيق والمساهمة في ترقية الصحة العمومية، والتي هي نظام مستقل يهتم بالصحة إجمالا للسكان في مختلف جوانبها الوقائية، العلاجية والاجتماعية هدفها إقامة نظام عمل، ونشاطات لتطوير الصحة، وتأقلم العاجزين عن الحركة".

من هم أهم الفاعلين الذين يؤثرون على القرار في النظام الصحي وكيف؟

العوامل المؤثرة في القرار في النظام الصحي:

1. الهيئات الدولية "البنك العالمي، صندوق النقد الدولي، المنظمة العالمية للتجارة، فهم يحددون الشروط اللازمة لمساعدتهم ومساندة البلدان النامية.

2. الحماية الاجتماعية: وضعيتها كممول تسمح لها أن تضغط على مقررين السياسة الصحية التي لها تأثير على الاستهلاك العلاجي، عدم ارجاع الأدوية، اتفاقيات الهياكل الصحية الخاصة على حساب تمويل القطاع العام.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

هذه السياسة التي هدفها الأساسي محو الفوارق الاجتماعية، وتحقيق حق من حقوق الإنسان، وهو الحق في الصحة، وذلك بتوفير سبل تعويضات للمرضى، والاهتمام بالحماية الاجتماعية ضروري، خصوصا في وقتنا الحالي الذي يفترض حماية الدولة لأفرادها من الأخطار الاجتماعية الناتجة عن الإصلاحات الاقتصادية، فهي تعتبر النظام الذي يسمح بـ:

- منح مداخيل للذين لا يستطيعون العمل؛
- ضمان موارد للفقراء، ومحدودي الدخل؛
- ضمان الاندماج الاجتماعي؛
- ضمان الاستفادة من المصالح الطبية بتدعيم المساواة؛
- تضمن توزيع المداخيل في مختلف مراحل حياة الإنسان؛
- تمس الجوانب غالية الثمن مثلا التكفل بالمتقاعدين، الأمراض؛
- تمس الجوانب الأكثر تعلقا بالإنسان مثلا العائلة؛
- تعبر عن الأمان في المجتمع.

وتتراوح إعطاء أهمية للحماية الاجتماعية من دولة إلى أخرى، فمثلا فرنسا سخرت لها 30% من الناتج الداخلي الخام، نفهم أولوية الحماية الاجتماعية في سياسة الدول من خلال اختيارها لنموذج من نماذج الحماية الاجتماعية، من خلال كيفية اختيارها لحماية المواطن من خطر العزلة الاجتماعية والفقر وإلى غير ذلك، ونفهمها الآن من اشتقاق بعض القواعد من نموذج المتبني لحماية مجتمعه من خطر العوامة، ونتائجها السلبية على المجتمع كالفقر، والبطالة ومن الأخطار الديمغرافية.¹

الصحة والحماية الاجتماعية: يتأثران بنفس الظروف:

- تحسن المستوى المعيشي.
- ظهور متطلبات جديدة للمواطن في ميدان الصحة.
- ظهور مشاكل ديمغرافية مثلا: ازدياد عدد المسنين الذي يكلف غالبا، وازدياد أمل الحياة بعد سن الستين (60).
- ظهور مشاكل متعلقة بالحياة مثل القلق و الأمراض المهنية.²

¹ Alain , Ezzuby . « L'aspect économique de la protection sociale » .Saint Etienne :Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale ,2009 , P .5

² Ibid ,P.5

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

3. الجماعات المحلية: المؤسسة الصحية تطبق 23 برنامجا وقائيا من أجل محاربة الأمراض، ومن بينها الأمراض المتنقلة عن طريق المياه كالقوليرا والتيفوئيد والأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان، والتي تبدأ من المفروض معالجتها أو الوقاية منها من طرف الجماعات المحلية عن طريق:

- تطهير الوسط، ومعالجة الآبار، والقضاء على الحيوانات المفترسة؛
- بالإضافة إلى أن قانون البلدية ينص على أن ترميم قاعات العلاج هي مهمة البلدية، ولكن الذي يحصل غالبا هو عدم الالتزام بترميم القاعات من طرفهم وتركها على عاتق المؤسسات الصحية، وذلك ناتج عن عدم وعي رؤساء البلديات، لدورهم في المجال الصحي؛
- توفير النقل في الحالات التي ذكرناها سابقا لسهولة تنقل المرضى؛
- توفير الإضاءة في المناطق التي تكثر فيها حالات لسعات العقارب، وتنقيتها من الأحجار.

4. المنتخبين المحليين: من أجل إثارة إعجاب منتخبهم ومن أجل ضمان مقاعدتهم فإنهم يلجؤون إلى الاستثمار بدلا من العمل على الميادين: السكن، التغذية، الماء الشروب، التطهير فهم يلجؤون إلى بناء الهياكل الصحية و الاستشفائية بدون استشارة أولية للسلطة الصحية ثم بعدها تتوالى الشكاوي على المؤسسات الصحية والضغط عليها لإقامة التجهيزات والمستخدمين الضروريين لتشغيل هذه الهياكل.¹

5-الاعلام الوطني: إن الصحافة على علم بحساسية القطاع الصحي، كما أن المواطنين حريصين على الوضعية الصحية في الوقت الحالي، فإن الاعلام يعلم بأن أي خبر قد يجمع حول الصحة ومشاكلها، يجذب أغلب الجمهور حوله وبالتالي يرفع من نسبة القارئ المتابعين، الطريقة التي ينقل بها الأحداث التي تعطي انطباعا وردود فعل من طرف المقررين عن طريق عزل المسؤول وتوقيف مؤقت له كإجراء لتهدئة الوضع بدلا من البحث عن حلول جوهرية.

6. نقابات ممارسي الصحة:الذين هم تحت تأثير تكوينهم في المصالح الاستشفائية والملتقيات العلمية والدولية بوجود الاشهار بالإضافة إلى انماء شعور لدى المستخدمين بشراء مقتنيات وأجهزة حديثة، فيقوم الأطباء باختيار العلامات التجارية والتي قد لا تشتغل وتنتهي بمشكل الصيانة واقتناء العتاد.²

¹ Abdelkarim ,Oujefoun. « L'épidémiologie et l'aide de décision en santé publique ». Les cahiers de CREAD , (2009) : P.21

² Ibid, P.21.

7. طريقة الحياة: ويمكن أن نعطي أمثلة منها:

- ✓ الفقر، وعدم احترام شروط النظافة يؤدي إلى الأوبئة.
- ✓ التدخين يؤدي إلى أمراض السرطان وبالتالي يؤدي إلى نقص معدل الحياة.
- ✓ العوامل المهنية، والتي قد تختلف من مهنة إلى أخرى، فهناك مهن شاقة، والتي تؤدي إلى ظهور أمراض مبكرة.
- ✓ أوقات الفراغ، الاستهلاك، التغذية.

8. المجتمع المدني والجمعيات المختلفة: إن المجتمع المدني بصورته الراهنة ينتمي إلى عائلة كبيرة من المفاهيم بغض النظر على الترتيب التاريخي لتطورها، من أبرزها مقاومة السلطة المطلقة والليبرالية والعقد الاجتماعي والتعددية السياسية والحريات العامة والمواطنة وحقوق الإنسان وقد كانت أفكار التنويريين الأوائل من ظهور المفكرين "جون جاك روسو" و"جون آدم"، هذه الحركة التي أدت إلى ظهور الدساتير في إنجلترا كما مهدت للثورة الفرنسية وظهور الموسوعة الثقافية كأداة فاعلة للصراع ضد السلطة إلى جانب ظهور الحركات الليبرالية، والنتيجة البارزة للحركة هو صياغة مفهوم المجتمع المدني على أساس المواطنة القومية وإسقاط كل الانتماءات السائدة من طائفية أو مذهبية وقد كانت لكتب جون جاك روسو وجون ستيوارت وجون رولز من خلال كتابه نظرية العدالة التأثير في ظهور أفكار المواطنة، والأهلية في السيادة والسلطة وتمثلت أهم مكونات المجتمع المدني في هذه المرحلة بمبدأ الحرية الفردية الذي ينطوي على حق الملكية والاعتماد على مفهوم المواطن الذي يشكل البنية الأساسية، ثم المواطنة و العقد الاجتماعي وسيادة القانون.¹

ثم الفصل بين السلطات وكذا التداول على السلطة الذي يوسع القاعدة الاجتماعية المعنية باتخاذ القرار والمشاركة في صنعه عن طريق الهيئات البرلمانية وعلى مستوى المجالس المحلية، بالإضافة إلى ظهور أعمال مساندة لهذا الفكر منها هيجل الذي ركز على قضية الضوابط والنظم والقوانين في مقابل السلطة المطلقة وظهور الهيئات المدنية الحرفية للنقابات و الأدوية و الجماعات التعاونية وغرف التجارة مع عدم التقليل من مكانة الدولة، أما كارل ماركس فقد ربط مفهوم المجتمع المدني بالقوة الانتاجية حيث يقول: " يشتمل المجتمع المدني على جميع علاقات الأفراد المادية ضمن مرحلة معينة

¹ عبد الرحمان، هيجان. المجتمع المدني المفهوم والأبعاد . نقلا عن www.ipa.edu.sa ، 2003، ص3.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

من تطور القوى المنتجة، إنه يشتمل على مجمل الحياة التجارية و الصناعية لمرحلة معينة وبذلك يتجاوز الدولة والأمة بالرغم من أنه لا بد منها".

أما غرامشي فقد عرف المجتمع المدني انطلاقا من الهيمنة الثقافية حيث تسعى التنظيمات الخاصة مثل النقابات إلى تنسيق وتوحيد مواقف الفئات والطبقات الاجتماعية كمقدمة لا بد منها لتحقيق السيادة الوطنية على غرار ابن خلدون، هذه الأفكار وجدت صداها في ظهور قانون الحقوق في بريطانيا 1698 والثورات الفرنسية وبأن المجتمع المدني هو الذي يكيف الدولة.

فليس هناك اتفاق واضح على تعريفه و يمكن أن نعرفه "هو مجموعة من التنظيمات التطوعية التي تنشأ بالإرادة الحرة والتي تملأ المجال العام بين الأسرة والدولة وتشمل كل من الجمعيات والنقابات والأحزاب و التعاونيات " وكل التعاريف فإنها تصب نحو تفعيل حركة المجتمع فيما يتصل بالمشاركة في اتخاذ القرار.¹

تأثرت الدول العربية بالمقاربة الثقافية، فإن تعاملها مع المجتمع المدني هو من باب التقليد والتأثر، فهناك من مع وهناك من ضد فكرة المجتمع المدني وهناك من يحاول تكييفها مع واقع المجتمعات العربية باستعمال عدة مفاهيم منها المجتمع الأهلي، الجماعة، وإن كانت ضغوط العولمة تجعلها أمرا واقعا.

ولقد تلقفت بعض القوى الاجتماعية السياسية هذا المفهوم المجتمع المدني وتبنت أطره التنظيمية الجديدة وخطابه الفكري بعد اقرار التعددية الحزبية خصوصا بعد دستور 1989، وتطور عدد الأحزاب و التنظيمات والجمعيات ، فمثلا فإن عدد الجمعيات في الجزائر يتعدى 120000 جمعية بين وطنية ومحلية.²

و تظهر أهميتها الكبرى في انشاء الحكامة كمنظومة قانونية وتنظيمية وتشكيل حاجز اسفنجي بينها وبين الدولة لتفادي الصراعات كما أثبتت تأثيراتها على بناء القرارات والتدخل لدى المجالس المنتخبة أو لدى المؤسسات الصحية فيما يتعلق بالمريض أو غيرها من القرارات خصوصا إذا ما تم التلاحم بينها وبين أعضاء داخل التنظيم ويظهر ذلك جليا داخل التنظيمات التي تتصل بعلاقات القرابة

¹ المرجع السابق ، ص ص 05-13.

² بوحنية ،قوي . المجتمع المدني الجزائري: بين أيديولوجيا السلطة والتغيير السياسي. نقلا عن www.djazeera.net

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

والفكر العشائري، وهنا نتساءل عن مدى نضج بعض الجمعيات أو المجتمع المدني بدورهم الحقيقي والاستراتيجي والموضوعي في تجسيد وتقريب المواطن ومشاكله من التنظيمات الحكومية؟ سنرى ذلك بإسهاب خلال الجانب الميداني.

الفرع الثاني: كيفية اتخاذ القرار في النظام الصحي الجزائري

أولاً: المراحل المتبعة لاتخاذ قرار في الصحة العمومية:

سوف نتكلم عن المعايير العامة والناجحة لاتخاذ أي قرار في النظام الصحي نظراً لدوره الاستراتيجي في ترجمة السياق الصحي وطرق التكفل بالمرضى وبمشاكل الصحة العمومية والتي تتمثل في:

- معرفة الاحتياجات الصحية للسكان: إن مشاكل الصحة هي في تطور دائم، تختلف من مكان إلى آخر وتختلف حتى في نفس المنطقة، لهذا فإن الاحتياجات الصحية تحدد عن طريق عدة عوامل مهمة:

- وجود مصلحة صحية "هيكل، مستخدمين، أجهزة فعالة وفي متناول كافة السكان".

- الخصائص البيئية ودرجة تحكمها من طرف الهيئات الدولية، المناخ، الماء....

- طرق الحياة وسلوكات السكان، العادات الغذائية، النشاطات الجسدية، العادات، فإن عدة دراسات منها Stepwise من طرف وزارة الصحة والسكان أثبتت أن ارتفاع الأمراض شرايين القلب والسرطان، وأغلب الأمراض المزمنة سببها الرئيسي هو السلوك الغذائي، بالتالي فإن تدخل القطاعات الأخرى مثل الزراعة والتجارة، التربية، الاتصال هو ضروري من أجل الوصول إلى سلوك صحي متوازن، لهذا فإن تقييم الموارد يسمح لنا بقياس واستخراج الروابط بين المشاكل الصحية المحددة والوسائل المتاحة لحلها.

- الخصائص الوراثية.

- المعرفة الجيدة لمشاكل الصحة عند سكان معينين "أسباب الوفيات، أسباب الفحوصات هي تشكل مرحلة أولية ضرورية قبل أي قرار عقلائي، وهي تعتمد على وجود نظام معلوماتي جيد لمعرفة الوضعية الصحية للسكان وتحديد أهم المشاكل الصحية.¹

- تقييم الموارد للصحة وذلك بامتلاك جرد كامل للموارد الموجودة "هياكل صحية، موارد بشرية" بكل الأسلاك العامة منها والخاصة ومستوى تشغيلها ومدى تناولها للمواطنين.

¹Abdel Karim ,Ougefoun ,Op.Cit ,P.11..

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

اتباع معايير القرار: والتي تتمثل في:

- وجود الحلول التقنية الفعالة.
- توفر الوسائل الضرورية لذلك.
- تقبل وإدماج مستخدمي الصحة.
- القبول من طرف السكان.
- التأكد من وجود علاقة التكلفة - المنفعة.
- تعريف مقاييس للتقييم.

ثانيا: واقع القرارات في النظام الصحي الجزائري:

سنتكلم عن الظروف التي عرفها النظام الصحي الجزائري كلمحة تاريخية، من خلالها يمكن أن نستقرئ النقائص والعراقيل التي وقفت في وجه تحقيق القرارات السليمة والتي كان لها تأثيراتها حتى في فترة التغيرات التنظيمية الاستشفائية:

أغلب البلدان النامية استقلت خلال القرن العشرين وقد ورثوا نظاما صحيا وهياكل صحية التي كانت موجهة أساس لأقلية من السكان من الأوربيين، كانوا يحاولون دائما بمساعدة التعاونيات الدولية ارساء نموذج لتوزيع العلاج الصحي كنسخة عن الدول المصنعة، ولهذا فإن دولة مثل الجزائر لم يمر على استقلالها أقل من قرن كانت تمتلك تغطية صحية مهمة:

- فكانت سنة 1960 بها 600 طبيب لكل 100 مليون ساكن.

- عدد الهياكل الاستشفائية و الأسرة تضاعف بمعدل 50000 هيكل صحي قاعدي "عيادات متعددة الخدمات، مراكز صحية.¹

في الجزائر عشية الاستقلال، وزارة الصحة والسكان بمساعدة المنظمة العالمية للصحة وضعوا البرنامج الأولي للقضاء على المشاكل الصحية التي كانت في أوائها تشغل حيزا واسعا ونتائج اجتماعية صحية منها برامج ضد السل، سوء التغذية، حماية الأم والطفل، التلقيح.²

¹Op.Cit ,PP .12-14.

²Ibid ,P.14.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

ابتداء من سنة 1970 بفضل مداخليل المحروقات، المقررون منحوا إضافة إلى الموارد المسخرة للصحة، انشاء لجان عديدة متكونة من خبراء من أجل اعداد برامج صحية ذات الأولوية منها الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، حيث أن تطور طريقة حياة السكان وتأثيراتها السياسية الصحية قد أدى إلى ارتفاع معدل أمل الحياة، ولكن بعد الظروف الاقتصادية وانخفاض أسعار البترول والذي ترجم على مستوى الواقع بارتفاع البطالة والفقر بالإضافة إلى الصراعات.

عودة ظهور الأمراض المتنقلة، الأمر الذي يستدعي تجنيدا لكل القطاعات وسياسة وقائية على المدى المتوسط والطويل بقوة في مقابل انتشار للأمراض العصرية والتي تكلف باهضا أي ما يسمى الازدواجية الابدميولوجية التي وضعت المقررين في تحدي مزدوج:

- ✓ ابقاء ودعم البرامج الكلاسيكية لمكافحة الأمراض المتنقلة.
- ✓ تحديد وتنفيذ الاستراتيجيات لمكافحة الأمراض غير المتنقلة.

في المقابل فإن النفقة المتوسطة للصحة لكل مواطن هي أقل من 100 دولار أمريكي في السنة. وما زاد من حدة المشاكل هي الأزمة المتعددة الجوانب التي ظهرت في نهاية القرن العشرين وآثار العولمة التي أدت إلى تخفيض مساهمة الدولة المالية في القطاعات الاجتماعية "نقص تقريبا النصف من النفقة الوطنية للصحة العمومية للسكان وبالتالي تأزم هذه المشاكل، إعادة ظهور الدفتيريا بين 93-97 وغيرها من الأوبئة¹...

ولكن المشكل لا يكمن فقط في الأمراض وتوسعها أو في الظروف البيئية وإنما أيضا في طريقة معالجة هذه المشاكل وكيف يتصرف، ولهذا سوف نتعرف على طبيعة سلوك المقررين في مواجهة هذه المشاكل.

ثالثا: سلوكات المقررين في الدول النامية:

عندما يتولى الوزير لمنصبه سيواجه العديد وسلسلة من المشاكل، التي تحرفه اجباريا عن أهدافه مهما كانت كفاءته واجراءاته الممتازة، منها:

- ✓ احتجاجات العمال حول الأجور من طرف ممارسي الصحة.

¹Op.Cit ,P.15.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

- ✓ نقص التموين بالتلقيح والأدوية الضرورية.
- ✓ الضغوطات من طرف السكان، الجماعات المحلية والصحية من أجل انشاء هياكل جديدة صحية، اقتناء هياكل صحية جراحية طبية بتقنيات عالية التكنولوجيا.
- ✓ توصيات الهيئات الدولية، التصحيح الهيكلي، حيث أعطت المبادرة للقطاع الخاص وإنقاص التمويل من طرف القطاع العام.
- ✓ الديون على عاتق الوزارة من طرف الممولين الخاصين والعامين من طرف التسيير السابق في مقابل هذه العراقيل يجد نفسه أمام طريق مسدود.

كل هذه العوامل تجعل من باب الأولوية استشارة الطبيب الابدميولوجي ولكن في الجزائر لا يمتلكون هذه الثقافة وحتى وان استشير فبمجرد اعطاء أرقام فإنه يدخل في صراع مع زملائه والأطباء العياديين، وذلك ناتج إلى خلل في تكوينهم لعدم اعطاء الأولوية وأهمية للإحصائيات بالإضافة إلى الخوف من المعطيات التي قد تستعمل، غياب رجوع المعلومة ففي حالات عديدة فإن لجان الخبرة تلجأ إلى اقامة محاضرات أو جلسات وطنية تجمع فيها الفاعلين بالصحة، ممثلي المجتمع المدني من أجل استخراج الاقتراحات اللازمة وإضافة تحسينات للنظام الصحي وتلبية الاحتياجات الصحية، وهذا التحضير يأخذ وقتا كبيرا يبدأ من الهياكل القاعدية ، الجهة الوزارية والتي تبدأ في الأخير بتحضير المكان، وتحديد المشاركين، ظروف الإقامة، ثم وقتا آخر في جمع الاقتراحات حيث يكون المقررون محددين سلفا والذين يقومون بتحرير التوصيات النهائية، وفي انتظار تحويل هذه التوصيات إلى برامج عمل من طرف فريق خبراء الذي قد يأخذ تحضيره مدة سنة أخرى، في هذه الأثناء قد يحدث تغيير وزاري فيذهب كل شيء هباء.¹

بالإضافة إلى أنه عادة لا يحترم مبدأ المشاورة والشفافية، فإن الوثيقة لا يعاد ارجاعها لقراءتها قبل تطبيقها وحتى اختيار المواضيع يكون محدد مسبقا من طرف المقررين، كما أن هناك مواضيع أخذت حيزا كبيرا بالرغم من عدم أولويتها، فالأولوية المفروض أن تكون: ماهو المستوى الصحي الذي يجب أن يصل اليه السكان الجزائريون؟

¹ Abdelkarim, Ougefoun ,Op.Cit ,P16-18.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

ومع الظروف الميدانية، الاحتجاجات والمتطلبات الدولية يدخل المقررون في المتاهات وفي الصراعات تنتهي الموضوع بإنجاز وثيقة في أدراج المكاتب.

ويمكن أن نحصر الخلل الذي عرفته القرارات الاستراتيجية المتعلقة بالسياسة العامة للصحة، والذي استمر فيه لعدة سنوات في:

- عدم مراعاة المعطيات الابدميولوجية وعدم الاعتراف بقيمة الطب الابدميولوجي، المشكل أن الاهتمام بالطبيب الوقائي لا يتم إلا في حالة الطوارئ في حال ظهور الأوبئة، أما في مجال التسيير والتخطيط في الصحة العمومية مازالت مهمشة بالإضافة إلى علاقاته المحدودة في التعاون في المجال الاحصائي والمنهجي، في حين أنه من المفروض أن يلعب دورا مهما في الصحة العمومية في الميدان اليومي.

أما الدراسات التي تقام من طرف الأطباء العياديين فهي عادة ما تكون محصورة ولا يتم توزيعها على جميع المستويات وبالتالي لا تؤثر كثيرا على الصحة العمومية، في نفس الوقت هناك بعض العادات التي أصبحت في الحياة اليومية مثل اتباع رزنامة التلقيح، استعمال الأملاح المعدنية ولكن مع ظهور الأمراض غير المتنقلة أصبح من الصعب اقناع الناس عن العادات الضارة وإقناعه بنمط معين للعيش.

- هذا العمل المتعلق بالتربية الصحية لا يستطيع أن يقوم به الطبيب الوقائي وحده، لهذا لا بد من تكوين فريق متعدد الاختصاصات من خلاله يمكن انشاء رسالة تربية يتم تحديد محتواها من يقوم بذلك، شكلها وفي أي وقت توزع، أي فئة مستهدفة.

- لا بد أن يكون الطبيب فاعلا حقيقيا للاتصال والتواصل قادراً على التأثير على القرارات واتخاذها عن طريق الاعلام وبصفة مباشرة إلى السكان من أجل شغل مكانة ثابتة على مستوى اتخاذ القرارات.

- ولا بد له أن لا يحصر دوره فقط في الأيام العلمية المتخصصة ولكن بالنشر في الجرائد اليومية الموجهة إلى الجمهور الكبير واستغلال الصحافة كلما كان هناك مشكل صحي جديد.

- لا بد أن يكون قادراً على إيجاد الحجج لتبسيط وإيصال الرسائل إلى الجمهور.¹
- موهبة الاتصال والدبلوماسية مطلوبة على كل مستويات اتخاذ القرارات من أجل اتخاذ قرارات عقلانية قابلة للتطبيق.

¹ Op. Cit ,P.23.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

- سوء توزيع الهياكل والموارد البشرية.
- عدم استجابة إلى الطلبات المعبر عنها من طرف السكان ولا إلى تطلعات المستخدمين.
- الاستثمار في القطاع الصحي والتركيز عليه، في حين أن مشاكل البيئة تأتي من القطاعات الأخرى كالسكن، الغذاء، شبكات التطهير والذي أهمل لعدة سنوات، الأمر يتعلق بإيجاد آلية للتعاون بين القطاع والتحسيس بدور كل القطاع الذي على عاتقه.
- اختيار استراتيجية تفضيل الجانب العلاجي وضعف ادماج القطاعات الأخرى.
- غياب استعمال المعارف من أجل تحديد الأولويات الصحية.
- تأثير الجماعات الضاغطة التي تدافع عن مصالحها الخاصة.
- عدم امتلاك نظام معلوماتي: ففي البلدان المتقدمة، الحركات الديمغرافية هي بطيئة والتحولات سريعة في الوقت نفسه إلا أنها تمتلك نظاماً معلوماتياً صحياً كأسباب الوفيات، الأمراض الاستشفائية وغيرها من العوامل.
- نقص في تكييف الموارد مع السياسة الصحية مع المستجدات الابدميولوجية، أما في البلدان المتقدمة فهم على استعداد بكل الموارد بما يتوافق مع السياسة الصحية التي تعتمد على الخبرة، وبالتالي هم على استعداد دائم أمام الوباء أو الأمراض المفاجئة.¹

في مقابل تعدد الفاعلين الذين ذكرناهم بكل توجهاتهم الموضوعية و الشخصية التي تشكل ضغوطات متعددة الجوانب على المقررين، كيفننتظر من المقرر أن يتخذ قرارا عقلانيا، أنهم تحت ضغط ارضاء جميع الأطراف والمحاورين حتى سلوكاتهم هي سلوكات غير متوقعة، هناك ديون كثيرة بدلا من الاهتمام بالنظافة الاستشفائية وشراء أجهزة الأشعة بدلا من النظر إلى مدة التكفل، كذلك عدم وجود التلقيح والأدوية لعدم تخليص الممون، وهنا يتشتت المقرر بين الموارد والمشاكل بدون أن يحل لا المشاكل الوقائية ولا العلاجية ولا الأولية ولا الثانوية.²

خلاصة

لقد تطرقنا خلال هذا الفصل إلى أهم التطورات التاريخية التي عرفها النظام الصحي تماشيا مع التطورات العالمية و إلى طبيعة النظام الصحي الجزائري و الى محددات و تفاصيلعملية صنع القرار

¹Op. Cit, P.23.

²Ibid, P.24.

الفصل الرابع: سيرورة وخصوصية التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري

ضمن السياق الحالي وضمن النظام الصحي الجزائري، كما تعرضنا إلأهم النقائص التي تؤثر على اتخاذ القرار الموضوعي والتي تؤثر بالنتيجة على المؤسسات الصحية وعلى المريض الذي هو أساس النظام الصحي، سنتعمق من خلال الفصول اللاحقة عن عملية صنع القرار بوجود الفاعلين الذين ذكرناهم وبمعطيات النظام الصحي وبالتعقيدات التنظيمية وكيف تستغل الجماعات البيروقراطية كمكابح ضد العصرية التي من مكوناتها الأساسية اتخاذ قرارات موضوعية مبنية على مؤشرات علمية دقيقة.

الفصل الخامس

التغيير التنظيمي في النظام الصحي الجزائري بين تناقضات
العصرنة والبيروقراطية وبين خصوصية اتخاذ القرارات في
المجال الصحي

الفصل الخامس: التغيير التنظيمي بين تناقضات العصرية والبيروقراطية وبين خصوصية اتخاذ القرارات في المجال الصحي

تمهيد:

نبين من خلاله الحالة التي تعيشها المؤسسات العمومية الصحية بين المفاهيم النظرية المطالبة بتطبيقها في إطار التحديث وبين التناقضات الواقعية ، و هل تم الإعداد نظريا لإجراء التغييرات على مستوى التنظيمات بعمق أم هي مجرد محاولات تتمثل في استيراد مفاهيم تطبيقية مثل اقتصاد الصحة، الديمقراطية وتسيير الموارد البشرية وغيرها من أنماط التسيير التي ولدت في حوض تربة أوربية نظرا لغنى النظريات والتطبيقات والمدارس بها ، كما سنقوم بالاطلاع على بناء القرارات من الناحية النظرية، وما هي طبيعة القرارات في التنظيمات الاستشفائية وسيرورتها وما يميزها عن غيرها وما يشكل عناصر المقاومة من عوامل ثقافية واجتماعية وتنظيمية، بالإضافة إلى دراسة مظاهر البيروقراطية التي تضعف من تحقيق نوعية و فعالية ، وتأثير الجماعات في عملية صنع القرار.

المبحث الأول: تحليل لوتيرة التغييرات التنظيمية الاستشفائية

سنحاول من خلال هذا المبحث سرد لأهم المواضيع التي أتت بها التغييرات التنظيمية الاستشفائية و توضيح طريقة تسييرها طيلة هذه السنوات ،وكيفية التعامل معها سواء من ناحية القرارات أو من ناحية الأرضية التنظيمية و العلاقات على مستوى التنظيمات الاستشفائية بصفتها المطبق الرئيسي لحمل التعليمات و القرارات الحاملة لهذا التغيير و باعتبارها نسقا مفتوحا بمختلف المتغيرات الثقافية الاقتصادية والاجتماعية و بمختلف سلوكيات العاملين ،ماهي الاجراءات التي واجهت مقاومة ،وما هي الإجراءات التي لم تلق متابعة و ما هي هذه الإجراءات المفروض أن تكون ذات أولوية في أي تغيير.

المطلب الأول: أهم التغييرات التي مست التنظيمات الصحية

من خلاله سوف نتطرق إلى أهم التحولات التي تريد الادارة الوصية من التنظيمات الصحية تطبيقها وقد قسمنا دراستها إلى الاجراءات المتعلقة بالمريض ثم الاجراءات المتعلقة بالتسيير، مع تكامل العنصرين للتأثير المتبادل لهما على فعالية ونوعية الخدمات المقدمة، والذي هو الهدف الأساسي لعملية التغيير.

الفرع الأول: التغييرات المتعلقة بالمريض

1. النظام التعاقدي: بدأ التفكير بانتهاج نظام التعاقد منذ سنوات 1999، وقد ترجم في المؤسسات بإنشاء نظام إعلام آلي على مستوى مكاتب الدخول، والمصالح الاستشفائية وعن طريق البطاقة المتنقلة التي تحصى كافة النشاطات، والخدمات التي استفاد منها المريض منذ دخوله إلى المستشفى إلى غاية خروجه، والتي عن طريقها يتم إحصاء نشاطات المؤسسة، ويتم تمويل المؤسسة من طرف هيئات الضمان الاجتماعي والحماية الاجتماعية، عن طريق النشاطات المجردة بها.

هذا الإجراء يسمح بتفضيل النشاطات على الوسائل وجرد لكل الوسائل والموارد والزامية تقديم الخدمات ذات النوعية بما أن المريض تقدم له فاتورة في الأخير، فيجب أن تكون الخدمات المقدمة مبررة لهذه الفاتورة، تم الانطلاق في تجهيز مكاتب الدخول ابتداء من سنة 2001 وتكوين رؤسائها على مستوى المؤسسات الاستشفائية وخلق نظام إعلام آلي، وكانت مناسبة لإدخال التغييرات من حيث:

أنه كان أغلب الناس لا يفضل استعمال الإعلام الآلي خوفا من العمل الإضافي أو عدم كفاءتهم أو خوفا من فقدان مناصبهم، فهو تغيير في طريقة العمل وفي تغيير سلوكات الأشخاص ما تطلب إقناع الأفراد ومرافقتهم، و خصوصا وأن مكتب الدخول كان لعدة سنوات مهملًا نظرا لاعتماد المؤسسات في تسييرها المالي على الميزانية العمومية و ليس على النشاطات، بطريقة أخرى هو مجال لإعادة الاعتبار لمكتب الدخول لما له من دور في إحصاء المداخل من جهة ولأنه واجهة المؤسسة بالنسبة للمريض.

2- إجراءات متعلقة بأنسنة المستشفيات: ابتداء من سنة 2003 من خلال التأكيد على مبدأ الشفافية ونوعية العلاج، باعتباره هدفا رئيسيا ومستعجلا ضمن إشكالية التغييرات الاستشفائية والذي يضم تحسين الاستقبال، وتحسين شروط إقامة المرضى والاستماع إليهم، وفي هذا الإطار تم إنشاء لجنة التشاور والوساطة.¹

3- إجراءات من أجل تقريب الصحة للمواطن:

- أنسنة وتحسين الاستقبال سواء على مستوى مصالح الفحص والاستعجالات.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. التعليمية رقم 16. 22 سبتمبر 2002.

- تجنيد فعلي لكل مستخدمي الصحة ضمن هذه العملية.
- ضرورة - بالتعاون بين الإدارة والمجلس الطبي - تأقلم شروط سير المصالح مع الاحتياجات المعبر عنها من طرف المواطنين والتي تترجم عن طريق تحديد ساعات العمل المختلفة، ونشرها وضرورة احترام المواعيد المقدمة وتترجم عن طريق سير حقيقي للمصالح الصحية أثناء المدامومة.
- تدعيم نشاطات الاتصال والإعلام وإدماج الفاعلين الاجتماعيين.
- الانضباط واحترام مواقيت العمل، واحترام شروط النظافة، وتحسين شروط التكفل بالمرضى وإلى تحسين الاستعجالات الطبية والجراحية بتشغيل الهياكل التقنية كالمخبر والأشعة وتوفير الأدوية الضرورية.
- الاستعمال العقلاني للموارد البشرية: بإعادة توزيع المستخدمين حسب النشاطات وتوجيه النفقات إلى النشاطات المهمة، التي لها آثار مباشرة على شروط التكفل بصحة المواطن.¹
- 4- تحسين شروط نقل المرضى: بحصر كافة الإجراءات التي تسمح بتسهيل حركة مرور وتدفق المرضى من الاستقبال إلى غاية التكفل الفعلي بهم.
- بالإضافة إلى جملة من التعليمات التي تنص على ضرورة الاهتمام بحقوق المواطن، وبالتكفل بالشكاوي وبإعادة الانطلاق الفعلي للنشاطات غير الاستشفائية عن طريق تحديد الأهداف للبرامج الصحية بالإضافة إلى تقييم النشاطات و تقييسها و تحديد لها ب 10 % من العدد الإجمالي للأسرة وإمكانية إعداد غرف فردية للمرضى وضرورة رفع نسبة نشاطات الاستشفائية إلى نسبة 60%.
- تدعيم فكرة إعطاء ملخص عيادي للمريض بإعلامه بإقامته في الوسط الاستشفائي ونوع الإصابة.²
- 5- إجراءات المتعلقة بالتغذية وإقامة المرضى بالمؤسسات الاستشفائية: والتي تمنع منعاً باتاً جلب الأغذية والأكل من طرف أهالي المرضى وإلى جانب آخر تمت إضافة ميزانية من وزارة الصحة لفائدة المؤسسة الاستشفائية وانتقل سعر اليوم الغذائي من 110 د.ج إلى 150 د.ج من سنة 2005 إلى 2006.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. التعليم رقم 07 المتعلقة بتدعيم النشاطات الصحية. 23 أوت 2001.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. التعليم رقم 14 المتعلقة بتحسين الخدمات المقدمة للمواطنين. 02 أكتوبر 2001.

6- تحديد شروط نقل المرضى: و جاءت تبعا للعدد الهائل لتحويلات المرضى من القطاعات الصحية إلى المراكز الاستشفائية الجامعية أو القطاعات الصحية الجهوية، ونتيجة التهرب من مسؤولية المرضى، فهيتهدف إلى تحسين شروط نقل المريض الإدارية و الطبية، و قد حدد هدفا لإنقاصها إلى 80% مع نهاية سنة 2007.¹

7-تنظيم الزيارات: بتحديد مواقيت زيارات المرضى بصفة موحدة بين المؤسسات، محافظين على صحة المريض بتحديد عدد الزائرين.²

8- ضمان الفحوصات الطبية المتخصصة القاعدية بالمجمعات الصحية ذات الأولوية: الجراحة، الطب الداخلي، طب الأطفال، الولادة.³

9- الشفافية:عن طريق اعلام المريض والمواطن بساعات العمل اليومية والمناوبة وكذا أسماء المستخدمين.

10- إعادة تفعيل قانون الخدمة المدنية للأطباء

11- عقود التوأمة: والتي تقضي بمتابعة المشاكل الصحية لجهة جنوبية أو للهضاب العليا التي لا تتوفر على اختصاصات معينة أو الوسائل الضرورية مع مستشفى جامعي عن طريق عقد بين المؤسساتين، بحيث يتم التكفل بالمرضى وإعادة توجيههم، وهو يدخل في إطار التنسيق والتعاون، من أجل ضمان راحة المريض وسرعة التكفل به بدلا من الذهاب والإياب، شرع بالإمضاء عليها منذ سنة 2014.

12-البعثات الكوبية نحو المناطق النائية المتعلقة بالولادة وصحة الأم:والتي بدأ العمل ابتداء من سنوات 2007.

الفرع الثاني : التغييرات من الناحية التنظيمية والتسييرية

1- إدخال مفهوم العقلانية واقتصاد الصحة: من خلال:

▪ التحديد الدقيق للتغيير وآفاق المواطنين.

¹وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليم رقم 07 المتعلقة بشروط نقل المرضى. 03 سبتمبر 2006.

²وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليم رقم 13 المتعلقة بتنظيم الزيارات. 21 جانفي 2007.

³وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليم الوزارية رقم 20 المتعلقة بضمان الفحوصات الطبية. 24 مارس 2007.

- القدرة على قياس النتائج، وتكاليف هذه التغييرات وتقييم القدرات وتأهيل تسيير من خلال معايير موضوعية.
- تدعيم مادي ومالي عن طريق إعادة توجيه المستخدمين حسب أولوية النشاطات، تم إدخال مفاهيم مثل اقتصاد الصحة، وحساب التكلفة لإضفاء العقلانية في التسيير، تم في هذه المناسبة إنشاء مكاتب على مستوى المؤسسات الصحية تتكفل بحساب التكلفة حسب الفروع المتجانسة، وتكوين أفراد من أجل ذلك، و التي تفيد في حساب تكلفة اليوم الاستشفائي حسب كل مصلحة، تفيد في إعطاء صورة عن سير المؤسسة عن نفقاتها وعن نشاطاتها، وبالتالي معرفة الخلل أين يكمن في أي مصلحة، ميزته إعطاء تحليل عن كل مصلحة، الأمر الذي لا توفره مبادئ الميزانية العمومية التي تسيير بها المؤسسة، بالإضافة إلى أن هذه الطريقة تعتمد على طريقة تفكير، وتجنيد لكل المصالح الاستشفائية والإدارية بتحضير شهري لبطاقة معلومات تخص المصلحة، فهذا أيضا يعتبر تغييرا بالنسبة للأشخاص اعتادوا على عدم إعطاء أهمية للإحصاءات والمعلومات وتبادلها، وتركزها على مستوى مصلحة الميزانية.
- والسؤال المطروح هنا: هل المسير يستعمل هذه المؤشرات أم لا؟
- توزيع الموارد البشرية والمادية بين المصالح الاستشفائية على اعتبارات موضوعية: على أساس حجم النشاطات وتكلفة المصالح الاستشفائية.
- إقامة نظام إعلام آلي فعال، وناجع يسمح بسهولة تنقل المعلومات بين المصالح.
- الاهتمام بالمعلومة والإحصائيات، وضرورة تحليلها.
- استخراج واستغلال المؤشرات التي تعبر عن نقاط ضعف المؤسسة، وفي أي وقت والتي تعطي صورة حقيقية عن سير المؤسسة.
- اتخاذ القرارات طبقا لهذه المؤشرات منها تكلفة اليوم الاستشفائي، تكلفة الفحوصات الطبية فهذه المؤشرات تعبر عن حجم النشاطات، وحجم النفقات وتوزيع الموارد البشرية.
- إقامة جداول القيادة في كل مصلحة تسمح بالتقييم الدوري للمصالح الاستشفائية.
- تفعيل اللجان المختلفة التي بالإضافة إلى دورها المعهود كل في مجالها فهي مناخ خصب لإقامة المبادلات بين المصالح، ومناخ خصب لعرض وإدماج التغييرات.

2-تسيير الموارد البشرية:وهو رهان حقيقي للتغيير عن طريق اضعاف المرونة في التسيير والتخطيط وتقدير الاحتياجات الكمية والنوعية للموظفين والتوزيع العقلاني للموارد البشرية، بالإضافة إلى اضعاف جو الحوار والتواصل وطرق التحفيز وأطر التكوين الملائمة لتمرير عملية التغيير.

3-إجراءات متعلقة بالزيارات التفتيشية: ومن خلالها ستتم المبادرة بإعادة تأهيل قاعات العلاج وضممان التجهيزات والمستخدمين لسيورها، والسهر على برمجة استشارات طبية دورية.¹

4-إصلاح التجهيزات الطبية:من أجل إعطاء عناية لصيانة التجهيزات من خلال تفعيل اللجان التقنية لإلغاء أو استعمال المنشأة، وإجراء جرد للتجهيزات غير قابلة للاستعمال وإعادة تشغيلها.²

5-إجراءات متعلقة بتسيير المنتجات الصيدلانية في المؤسسات العمومية الصحية والهدف منها:التسيير العقلاني للمواد الصيدلانية، وتدعيم إجراءات المراقبة الداخلية والتكفل الجيد بالمريض، والتوفير الدائم المستمر للمريض من خلال فتح الصيدلية لمدة 24 ساعة، مجموعة من الإجراءات تبدأ من تحديد الاحتياجات التي تكون في إطار تشاوري، و إعداد مدونة للأدوية حسب المصالح و باحترام المنافسة الحقيقية بين مختلف الموردين.³

من خلال هذا المنشور نلاحظ إدخال مفهوم المنافسة، بعد أن كانت حكرًا على الصيدلية المركزية للمستشفيات التي كانت المورد الوحيد.

بالإضافة إلى فرض إجراءات رقابية داخل التنظيمات الاستشفائية لضمان شفافية الإجراءات ومتابعتها في كل مراحل توزيع الأدوية من الصيدلية إلى غاية وصولها إلى المريض بتقديم نسخ عن الوثائق مصحوبة بتقارير تلخيصية، وإعطاء صلاحيات للمراقب الطبي في كل مصلحة من خلال إعداد الحاجيات، بالإضافة إلى الحفاظ على تسجيل كل الكميات الداخلة والخارجة وإدخال هذه المعلومات في برامج الإعلام الآلي.

6- رسم خريطة صحية جديدة بإعطاء مقاييس للغطى السكانية على المستوى الحضري والريفي مثلا: يغطي الجمع الصحي سعة من السكان تتراوح بين 3000 إلى 4000 ساكن في الوسط الريفي 25000 في الوسط الحضري.

¹ وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليم رقم 17. 24 أكتوبر 2002

² وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. المنشور رقم 04. 07 أوت 2003.

³ وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. المنشور رقم 06. 21 نوفمبر 2005.

كما يتم تحديد الوسائل المادية التي يجب أن يحظى بها المجمع الصحي و النشاطات اللازمة أي "تقنين النشاطات"، الهدف منه ضمان التسلسل في العلاج، إعادة تهيئة المجمعات الصحية، إعادة توازن النشاطات بصفة تسمح بتحقيق حاجيات المواطن بصفة كمية و كيفية تحقيق طب جوارى بمعنى الكلمة، أنسنة المجمعات بصفة تسمح بتحقيق الاستقبال، و كسب ثقة المريض للوصول إلى المفهوم الحقيقي للطبيب العائلة.¹

تنص أساسا على إعادة تهيئة قاعات العلاج، و إعادة فتح القاعات التي كانت مغلقة، وتخصيص سكنات وظيفية للطبيب، و ذلك من أجل ضمان فحوصات طبية على مستواها تكريسا لمبدأ تقرب الصحة للمواطن.²

هذه أغلب الاجراءات التي نصت عليها القوانين والتي تعبر عن أهم التوجهات، سنتطرق إلى تحليل هذه المواضيع،مدى قابليتها للتطبيق وما هي الآليات التي استعملت لتنفيذ هذه المحاور.

7- الشروع بالعمل حسب مشاريع المؤسسة والتي هي عقود بين الوزارة وبين مدير المؤسسة، يتم من خلالها تسطير أهم الأهداف من حيث النشاطات الواجب الوصول إليها، مثلاً كم من نسبة العمليات الجراحية نسبة الفحوصات والنشاطات شبه الطبية والتقنية وغيرها من النشاطات الاستشفائية الواجب تحقيقها ، حسب امكانات وأهداف المؤسسة .

المطلب الثاني: تحليل لمسار التغييرات التنظيمية الاستشفائية

سنتطرق إلى النقاط الايجابية والسلبية التي عرفها مسار التغيرات التنظيمية الاستشفائية، ونحلل ونقيم هذا المسار حسب الأهداف المسطرة.

الفرع الأول: المحاور الايجابية

- الغاء الاحتكار في أغلب المنتوجات الصيدلانية : تعدد الممونين بالنسبة المنتوجات الصيدلانية: الذي يعتبر أكبر تغيير لأنه لطالما كانت الصيدلة المركزية للمستشفيات هي التي تسيطر على كامل المنتوجات الصيدلانية، وممنوع على المؤسسات الاستشفائية الاقتناء من مؤسسات أخرى، ففي حال عدم توريد المؤسسة الاستشفائية فإنها تبقى من دون دواء وهذا النقص قد يصل إلى فترات طويلة

¹ وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليم رقم 24 المتعلقة بنشاطات المجمعات الصحية. 20 سبتمبر 2007.

² وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. المنشور رقم 27 المتعلق بتوسيع قاعات العلاج. 15 جويلية 2007.

الأمر الذي يؤثر على حياة المريض وعلى التسيير، فهو تغيير يعطي حرية وارتياحا في التسيير وبالتكفل الجيد للمريض، إلا أنه مازالت بعض المشاكل المتعلقة بالتموين بالمصل المضاد للعقرب أو التلقيحات من طرف معهد باستور.

- مرونة في بعض القواعد منها امكانية التعاقد مع هيئات خاصة لتحقيق بعض الخدمات منها الأمن والنظافة.

- تنظيم الوجبات الغذائية: بالرغم من عدم تطبيقه الكلي من طرف المرضى هنا هو تغيير يمس ثقافة المواطن والمريض، الذي اعتاد دائما على إحضار الطعام والأفرشة للمريض، فقد يكون ذلك للصورة التي كونها على المؤسسات الاستشفائية من عدم توفر النظافة أو عدم توفر الإمكانات اللازمة وعدم الوثوق في نوعية الوجبات المقدمة ويعود ذلك أيضا إلى العامل النفسي للمريض الذي يفضل أكل المنزل.

- التعليمات الخاصة بتنظيم الزيارات حيث تعاني أغلب المؤسسات الاستشفائية من مشكل الزيارات في كل وقت للمرضى والراجع إلى الموروث الثقافي لدى الأفراد، وهو تغيير له أهميته القصوى في تنظيم الهياكل والسهر على راحة المريض وتفاذي الأمراض الاستشفائية.

ما يجب أن يشار إليه أيضا هو الخطوة المتمثلة في إعادة تطبيق قانون الخدمة المدنية بالنسبة للممارسين الأخصائيين الذين يضعهم أمام إجبارية العمل في المناطق الجنوبية خلال السنتين الأولى من التخرج، بعد أن كان يتم تعيينهم في مناطق الشمال، وقد رافق ذلك منحهم التحفيزات المادية للعمل في الجنوب وقد ساهم ذلك في التكفل بالمشاكل الصحية في تلك المناطق التي كانت تعاني من مشكل كبير في نقص الأخصائيين، فمنهم عند اتمامه للخدمة المدنية يقوم بتمديد المدة وتنصيب عيادة خاصة.

- رافق صدور الإصلاحات الاستشفائية تزويد منح للأطباء وللشبه طبيين، كما استفاد الأطباء وشبه الطبيين خلال سنة 2015 من الترقية إلى رتب الأعلى والتي تمت على المستوى الوطني.

- تقريب الصحة للمواطن من خلال المنشآت القاعدية و توفير الموارد البشرية: عن طريق تقسيم القطاع الصحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية، و مؤسسة عمومية للصحة الجوارية والتي أثبتت نجاحها بالرغم من كل عوامل الصراع والمنافسة التي ظهرت بين المؤسستين المستقلتين و عدم وضوح

بعض الرؤى التي أدت إلى عرقلة المريض بين المؤسستين خاصة أثناء تحويل المرضى خارج الإطار الجغرافي والتي تكثر فيه روح الاتكالية والتهرب من المسؤولية ، إلا أن هذا التقسيم أعطى أهمية للجانب الوقائي من الناحية المالية والتسييرية و انقاص الضغط على مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية والتركيز على العيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج وترتيب الفحوصات وتنظيمها بطريقة تضمن ايصال العلاج إلى المرضى.

- اجراءات التوأمة من أجل التكفل بالمرضى تسهيل التكفل بهم وهناك بعض المؤسسات الواقعة في الشمال تقوم بإرسال الفرقة الطبية إلى مؤسسات في الجنوب، وقد حقق هذا الاجراء نتائج كبيرة سواء بالنسبة للمريض أو بالنسبة لتكوين الأطباء والتبادل المعرفي وخلق جو عمل مريح.

- تحسين شروط تنقل المرضى: ولو أن الأمر مازال يحتاج لجهود أكثر ذلك يعود إلى الضغط على المستشفيات الجامعية وعدم التنسيق داخل الولاية الواحدة والإجراءات البيروقراطية بعدم الرد أو التعلل بعدم وجود أسرة ما ينتج عنه نتائج سلبية منها تضييع الوقت المريض وازعاج راحته.

الفرع الثاني : مظاهر عجز التنظيمات الاستشفائية

إن كل النقاط التي أتت بها التغيرات التنظيمية تصب في مجملها في الجانب الايجابي لإصلاح الجانب التسييري و النوعي للمريض ، إلا أن طرقتسييرها تعطي لك انطبعا أساسه ثلاث نقاط مفصلية واستراتيجية وهي المركزية في القرارات و عدم الانسجام مع البيئة الاجتماعية والثقافية للمؤسسة و الاهتمام بالجانب الشكلي والهيكلية ،عدم التعمق وإقامة التغيرات على مخططات متوسطة المدى وطويلة الأمد أي غياب سياسة التخطيط ، فهناك تغييرات تأخذ وقتا وتحضيرا للأرضية بدلا من اصدار تعليمات سريعة و بعدها لا تتم المتابعة بل ويتم الضغط على المسؤولين على مستوى القطاعات الصحية للتنفيذ ،مما يؤدي إلى تشويه المعلومات خوفا من العقاب و التخفي وراء المعطيات من أجل الدفاع على النفس.

وهذه السلوكات تقيم هوة بين المصالح المركزية وبين التنظيمات الاستشفائية على المستوى المحلي وتؤدي إلى التهرب من المسؤولية من الطرفين وغياب المصادقية وتناقضات صارخة بين ما هو مطلوب والواقع.

إن فكرة نوعية الخدمات العلاجية تتطلب جملة من الاجراءات:

على غرار عدد من الدول منها فرنسا بوضع هيكل يكلف بالتقييم الدائم القبلي والآني والبعدي للنشاطات الطبية وجودة الخدمات العلاجية، مشكلا من أخصائيين من مختلف الهيئات والتي تقدم توصيات بعد مراقبة المؤسسات الاستشفائية وشهادة "certification".

▪ تشكيل صورة جيدة عن المؤسسة: وذلك يكون بالشفافية والوضوح عن طريق وضع كافة المعلومات المتعلقة بالمؤسسة على مرأى المرضى، والمتنفع وهيئات المراقبة والوصاية مثلا في الانترنت وإعلام المريض بكل المضاعفات لكل نشاط طبي، وكذا الأخطاء الطبية.

▪ احترام حقوق المريض وكتابتها: مثلا إذا تم إعلام المريض بالأخطار الناتجة عن عملية جراحية فلا بد من كتابتها.

▪ إحصاء جميع الأخطار المهنية التي تهدد المريض من جهة، والعامل بالمستشفى، ومحاولة تفاديها في المستقبل منها "الأمراض الاستشفائية".

▪ تقييم النشاطات المهنية، الإدارية والطبية وشبه الطبية.

▪ التقييم الآلي واقتراح البرامج لتطوير التكفل بالمريض.

▪ التعامل وفق الاستشارة مع هيئات المرتفقين، وجمعيات المرضى عن طريق تفعيل اللجان المتعلقة بالوساطة لحل المشاكل المتعلقة بالمريض.

▪ وضع نظام إعلامي بين المستشفيات يسمح بتسهيل تنقل المرضى بينها، ويكفل للمريض الراحة.

فلا يمكن أن نصل إليها من خلال تعليمة مبهمة ، في حين أن المسير لا يعرف كيف يصل إليها بالضبط و الطبيب و الممرض ليس على دراية بها بل أحيانا لا يؤمن بها بالمفهوم الذي تريده الإدارة الوصية وهو مفهوم له عدة ادراكات ، كل طرف يفهمه بطريقته، لهذا فإن الطريقة المثلى للوصول إليها ،هي التكوين والشرح الذي يضم فئات مستهدفة قبلا و أن تدخل هذه المواضيع ضمن التكوين الأصلي لكل الفئات ، كما أن ذلك يتطلب قبل انسجام فعلي بين القطاع الخاص والعمومي من أجل معالجة احتياجات المواطنين المتزايدة، ويتطلب وجود أجهزة نوعية خارجية لتراقب مدى احترام الإجراءات الصحيحة للمريض، وكتابتها لتحمل مسؤولية كل معالج، حاليا لا توجد هذه الأجهزة في حين لم تطرح هذه الفكرة التي تتطلب اعداد مدونة خاصة بتقييس النشاطات والإجراءات و تسجيل التنظيمات الاستشفائية داخل هذا الإجراء وبالتالي يتم تقييم التنظيمات الاستشفائية

انطلاقاً من هذه المقاييس في حين أنه لم يتم حتى تحيين مدونة النشاطات الطبية والتي تعود إلى سنة 1987.

ولعل الاحتكار وعدم نمو المنافسة ساهم في عدم تكريس هذا المفهوم بالإضافة إلى مجانية العلاج، فالتنظيم الاستشفائي يحصل المداخل في كل الأحوال.

❖ غياب مرجعية ومعايير موضوعية للتقييم ، حيث تم تفعيل لجان التفتيش والتي تعمل بطرق مختلفة و التي في بعض الأحيان لا تنقل مشاكل التسيير بقدر ما تبين النقاط السلبية والتي وإن تساهم في تغطيتها إلا أن هناك أمور جوهرية لا بد من معالجتها من جذورها ومعرفة مصادرها ومعايير العقوبة والجزاء تختلف وفي بعض الأحيان تخضع لمعايير شخصية و للعلاقات والسلطة غير الرسمية، ولهذا فإن المسير يحتاج إلى لجان تقييم حقيقية تأخذ فعلاً المعطيات الكاملة التي يسهر على تنظيمها كيف كانت قبلاً و كيف أصبحت غيرها من المعطيات لكي يحس بالأمان، كما أنه ميدانياً المسير لكي يحافظ على مكانته لا بد أن يوسع شبكة علاقاته الاجتماعية والتي تكون شغله الشاغل قبل توفير النوعية كما أن المسير يواجه صعوبات جمة منها : الاختلافات التي تحصل بين أطراف عدة ؛ حيث أن كل طرف يريد أن يستحوذ على اتخاذ القرار وهنا لا بد من الإشارة هنا إلى الصراع التاريخي بين السلك الطبي (ممثل المصالح العلاجية) و المدير (ممثل الإدارة) فالأول له مشروعية فعلية، في حين أن المدير له مشروعية قانونية، و كل منهما يحاول استعمال مشروعيته لفرض آرائه دون مراعاة الطرف الآخر، وأحياناً دون مراعاة المصلحة العامة، حتى العلاقة بين الطبيب و الممرض فهي في مد وجزر، بالرغم من أنها تختلف من مؤسسة استشفائية إلى أخرى، على حسب ندرة الموارد البشرية إلا أنها تمثل في داخلها صراعاً على السلطة ومشاعر الاستعلاء أو العكس.

كما أن مدونتي المخاطر المهنية وكذا الأمراض الاستشفائية لم يتطورا بالمفهوم العصري ولا تشكل محورا مهما بالمقابل الذي أخذته النظام التعاقدية.

❖ عدم توازن بين الهياكل والموارد البشرية، التركيز على الهياكل بدلاً من الموارد البشرية.

فالعديد من الهياكل الصحية التي تنشأ منها قاعات العلاج من طرف البلديات لأغراض سياسية ثم يفرض على القطاع الصحي بقبولها بدون تحديد أولويات قطاعه ومن ثم الضغط عليه لتعيين

طبيباً وممرضاً في المناطق النائية في مقابل عدم وجود تحفيز أو العدد الكافي للمستخدمين بالإضافة إلى شراء وتزويد المستشفيات بالأجهزة غالية الثمن مثلاً أجهزة عالية التقنية التي تحتاج إلى تخصص تقني عالي ولا نجد لا مشغل الأجهزة ولا الطبيب المختص في الأشعة مما يجعل الأجهزة موقوفة إلى اشعار آخر وحتى ان كان هناك طبيب يعمل وحدة فإنه لا يغطي كامل الاحتياجات كذلك تزويد بعض المؤسسات بالعلاج بالأشعة قبل تكوين الفيزيائيين وهو ما يتعارض مع مبدأ النوعية، فإن أقل حركة أو خطأ من طرفهم قد يؤدي إلى أخطار جسيمة على مرضى السرطان أو عدم مراعاة الشروط التقنية لتنصيبها، وهذا يدل على معالجة المشاكل وتقديم الحلول للسكان حلاً سياسياً أكثر منه علمي تقني فمن الفروض أن يكون هناك توازن بين سياسة الموارد البشرية وتوزيع الهياكل والتجهيزات لتحقيق العقلانية وعدم تبذير الموارد.

❖ عدم مراعاة الاختلافات البيئية، فلا يمكن أن نتعامل مع مؤسسة أو تنظيم يتسم ببيئة ثقافية واقتصادية متواضعة وبغلبة العلاقات غير الرسمية والعروضية وعلاقات القرابة، والذي ينعكس على صعوبة تطبيق التعليمات الطبية أو التسييرية وبالتالي تعقد اقامة التغيير، مع مؤسسة متخصصة في بيئة مستقرة نسبياً.

❖ غياب فكرة التخطيط: منذ سنة 1983 لم يتم تحين الخارطة الصحية إلى غاية سنة 2007 بإصدار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 مايو سنة 2007، الذي وضع المضامين القانونية لإنشاء هياكل جديدة عرفت بالمؤسسات الصحية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، و تعديل في المناطق الصحية و التي مازالت إلى حد الآن على حالها، كما أن الخارطة الجديدة لم تحترم المعايير و المؤشرات على الأقل الجغرافية منها، بالرغم من حلها لبعض المشاكل، وإذا كان هدف الخارطة الصحية السابقة تحقيق التوازن بين الطلب والعرض، فإن هدف الخارطة الصحية الجديدة الغالب هو هدف اقتصادي والمتمثل في إنقاص التكلفة و تحقيق النظام التعاقدية بصفة فعلية وتحديد المسؤوليات بين المؤسسات، أي لم يتم تحديد الخارطة الصحية بالشكل المطلوب بالرغم من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والكثافة السكانية ، مازال هناك سوء توزيع للهياكل الصحية والتي تعرف بعدا جغرافيا كبيرا قد يصل إلى أكثر من مئة كيلومتر و إلى التناقضات الثقافية و الجغرافية و التناقضات في توزيع الهياكل حيث تقرب إلى ادارة مؤسسة التي ليست تحت وصايتها أكثر من الادارة التابعة لها ، ما يخلق صعوبة في الوصول إلى هذه النقاط وإلى توزيع المرضى.

❖ توزيع الموارد البشرية: الموارد البشرية توزيعها غير متوازن بشكل واضح على مختلف ربوع الوطن، فنحصى أنه في سنة 2004، أن الجزائر العاصمة لوحدها تحتكر نسبة 55% من الكادر الطبي، الشرق الجزائري بـ 22%، الغرب بـ 20%، الجنوب الشرقي بـ 2% والجنوب الغربي بـ 1%¹. ويزداد الأمر سوءا عند الحديث عن الأطباء الأخصائيين، أين تعرف المناطق الجنوبية ومناطق الهضاب العليا عجزا ملحوظا في ذلك، خصوصا في تلك التخصصات التي تتطلب مهارة نوعية كطب أمراض النساء والتوليد، التخصصات الجراحية المختلفة وطب العيون... الخ.

❖ التقسيم الإداري الذي لم يكن متناسقا مع التقسيم الصحي، الأمر الذي أدى إلى صعوبة تسيير الهياكل الصحية التابعة للقطاع الصحي، باعتباره يتكون من المستشفى و العيادات والمراكز الصحية وقاعات العلاج، صعوبة التنسيق بين إدارة القطاع و بين هذه الهياكل، وخاصة وإن بين هذه الهياكل ما تبعد عن الإدارة 100 كلم مما خلق مشاكل تنظيمية، فعادة ما يتم تنقل المرضى إلى الهياكل القريبة من مقر سكنهم أو طبقا لمعايير ثقافية، وهذه الهياكل الصحية تابعة إلى دوائر وبلديات أخرى، ما يخلق تسخير موارد بشرية إضافية على حساب هياكل تابعة للمؤسسة .

❖ كثيرة هي الهياكل التي تنجز مستوى ضعيفا من النشاطات الصحية، لكنها تستهلك الميزانية المخصصة لها بالكامل. على سبيل المثال: نجد عددا معتبرا من مراكز التوليد الريفية، التي تنجز عددا ضئيلا جدا من الولادات، بالموازاة مع تكلفة هياكلها (التكاليف الثابتة)، التي كان من الممكن تحقيق الربح منها في حالة تهيئتها على أساس النشاط، هذه المشاكل عانى أيضا منها القطاع الصحي بعين وسارة، في مقابل ذلك لا يمكن إغلاق قاعة علاج أو هيكل صحي حتى وإن أثبت عدم فعاليته لأنه يلقي مقاومة سياسية و شعبية، إذ تصحبه جملة من التدخلات من طرف الهيئات المحلية، الذين يعتبرون هذا الهيكل الصحي جزءا من المشروع الانتخابي و مجالا واسعا لفرض سلطتهم.

❖ بالرغم من إنشاء الجهة الصحية منذ سنة 1996، ودورها في تحديد الاحتياجات الصحية وتطوير الحالة الصحية حسب أولويات كل منطقة، ومن أجل خلق انسجام في التغطية الصحية إلا أنه في أرض الواقع هذا المشروع لم يعرف النور.

❖ عدم وجود تنسيق أو علاقات بين القطاع الخاص وبين القطاع العمومي، ويلاحظ ذلك خصوصا في عدم تبليغ العيادات الخاصة عن الأمراض ذات التبليغ الإجباري وكذلك عن طريق

¹ Hocine, Benkadi. «Prestation de soins ou prestation de service ». Santé Maghreb, (2004)

تفضيل الأطباء الاختصاصيين المتعاقدين مع المؤسسات الاستشفائية العمومية في بعض الأحيان للمرضى الذين يقومون بالفحوصات على مستوى عياداتهم دون المرضى الآخرين.

❖ تسيير الموارد البشرية: الذي يدخل في قلب التحديث لما له أهمية قصوى في إضفاء المرونة في التسيير وتقدير الاحتياجات وإقامة سياسة تحفيزية إلا أنه واقعا مازالت التنظيمات الاستشفائية تتحرك بموجب التطبيق الجامد للقوانين وثقلا لإجراءات كما لا توجد هناك آلية لتقدير الاحتياجات والاعتماد على المؤشرات الموضوعية في إعادة توزيع الموارد البشرية بالإضافة إلى الروتين وتتبع الإجراءات من طرف مصالح المراقبة والوظيفة العمومية بالرغم من إلغاء الرقابة القبلية، ناهيك عن ضعف تسيير الغيابات والكشف عن المشاكل الحقيقية وراءها.

فهي لا تعدو عن كونها أعمالا روتينية، إجرائية بحتة ك: تصنيف السجلات، تسجيل الغيابات... الخ، وذلك كله في ظل غياب شبه تام لدراسات حول درجة الرضا الوظيفي، دراسة نسبة الغيابات وغيرها من المؤشرات... بالإضافة إلى عدم تطور النظام التحفيزي بما يوافق التغيرات.

وهو ما يبين تأصلتطبيق إدارة المستخدمين رغم تسمية المصلحة الإدارية المختصة بإدارة الموارد البشرية، ولعل سبب ذلك هو اعتقاد الكثير من المديرين أنفسهم بجمود إجراءات الوظيفة العامة ما يشكل عائقا أمام تسيير حيوي للمورد البشري.

❖ إهمال الجانب الاتصالي: أغلب السياسة الاتصالية المستعملة لا تخدم أهداف التغيرات نظرا لعدم استغلال أساليب الاتصال لجذب انتباه العاملين وتحفيزهم نحو التغيرات بالشرح ومراعاة المشاكل الحقيقية ومعرفة الاحتياجات وكذا لقنوات المفضلة لنقل المعلومات وإرجاع المعلومة ومعرفة مصادر المشاكل الحقيقية للعامل والمريض والأخذ بعين الاعتبار اقتراحات، يقيم الهوة بين الإدارة وموظفيها ولا تعزز روح المبادرة والتي تعتبر عناصر معيقة في أي مرحلة من مراحل التغيير.

❖ كما لا يتم العمل بالتقديرات والتقييم من أجل تفادي المشاكل الصحية وتحضير مخططات العمل لذلك، فالنظام الصحي ينتظر حتى تحدث وباء أو مشكل صحي له تأثير على السكان ليتم استشارة الطبيب المختص في الصحة العمومية والتحرك، كما أن غياب نظام معلومات فعال بين القطاع العام والخاص وبين الوزارة والمعهد الوطني للصحة وبين التنظيمات الاستشفائية ساهم في إبعاد القرارات عن الحقيقية الصحية.

❖ أما تطبيق النظام التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي، والمؤسسة الاستشفائية من أجل ضمان تغطية اجتماعية للمريض من جهة، وفرصة لثمين وإعادة الاعتبار للنشاطات من جهة أخرى، وبعد كل الاستثمارات المادية والتكوين في هذا المجال إلا أنه قوبل بالرفض ومقاومة شديدة من طرف المواطنين من أحداث التي شهدتها مدينة قسنطينة سنة 2001 لانعدام توفير الأرضية الملائمة منها تحديث النشاطات المؤداة والقيام بسياسة اتصالية تشرح هذا المفهوم للمواطنين، لأنه في رأيهم هو مبدأ يمس بمبدأ مجانية العلاج فلا يمكن بين ليلة وضحاها أن نقدم فاتورة ليوم استشفائي لمواطن تتراوح 5000 قيمتهاد.ج.

❖ أما الإدارة بالأهداف عن طريق انجاز مشروع المؤسسة الذي يحدد المخطط الاستراتيجي لتطوير المؤسسة لمدة معينة، "فهذه أداة من أجل تحريك مجموع المستخدمين حول هدف معين ومشارك حول نوعية العلاج، والتحكم في التكاليف، وتبرير الاحتياجات المالية هو مخطط استراتيجي الذي يحدد انطلاقا من تحليل ما هو موجود إلى النظرة والآفاق التي تريد المؤسسة الوصول إليها مستقبلا، مع تطوير روح المبادرة وروح الجماعة، عن طريق تحفيز، و جمع المستخدمين حول استراتيجية المؤسسة"¹، من المفروض أن يكون بمساعدة مستشارين، ويتم التصديق عليه من طرف المجلس الإداري مع الأخذ بعين الاعتبار إدماج المستشفى ضمن السياسة الجهوية للصحة، إلا أنه فعليا تم ملؤه بسرعة من طرف المسيرين بأرقام تقديرية ولم يتم تحريك وتجنيد كافة الفاعلين، كما أن هذا الأمر في حد ذاته يحتاج إلى دورات و أيام تحسيسية لتطبيقه بالشكل الصحيح.

❖ حساب التكلفة وغيرها من معايير التسيير هي لا تتوافق مع البيئة التي مازالت تعمل من الناحية القانونية بقواعد المحاسبة العمومية وعدم استغلالها وإدراك أهميتها من طرف الفاعلين. بالإضافة إلى غياب التقييم من الإدارة الوصية جعل هذه الاجراءات مجرد تقارير تبعث إلى الوزارة.

ما نلاحظه أن وتيرة التغيير المفروضة من طرف الهيئة المركزية تتم بطريقة غير مدروسة فقد تقوم بطرح مفاهيم صعبة، و معقدة و غير قابلة للتطبيق في وقت من الأوقات، كما يتم إصدار تعليمات جديدة دون تنفيذ التعليمات السابقة، وذلك ناتج عن غياب شبه كلي لثقافة التقييم، و استمرارية السياسات المبنية على الأفراد وليست على تواصل المهام والأهداف وغياب التنسيق و التعاون بين

¹Pierre,Citeau.Gestion des Ressources Humaines Principes Généraux et cas Pratiques. Paris : Edition Armand Colin, 1997 ,P.85.

مختلف الفاعلين خاصة في مجال المعلومات و عدم الوعي بثقافة الاحصاءات والأرقام على كل المستويات و التفكير بإنشاء اللجان والتي تكون غير فاعلة وإقامة الاجتماعات غير الفاعلة التي لا تتبع بتقييم موضوعي و متابعة ، كل طرف يريد التهرب من المسؤولية وعدم تحقيق النتائج ،ونستطيع أن نقول من أن بعض جوانب التغيرات لاقت استحسانا إلا أن أغلب التغيرات لا بد من اعادة الاعتبار في طريقة توجيهها بطريقة أعمق ودراسة للوسائل و للمحيط وقابلية التغيير .

المبحث الثاني: التغيير ضمن الآلية البيروقراطية

التنظيمات الاستشفائية الجزائرية العمومية هي تنظيمات بيروقراطية، تأثرت بالسياق التاريخي والبيئي للمؤسسة العمومية بشكل عام، كما أنها تحمل بداخلها مجموعة من التفاعلات والصراعات التي تكون التنظيمي الآن مطالبة بالعصرية، إلى أي مدى أفسحت البيروقراطية المجال للعصرية في التسيير المتمثلة في المرونة والفعالية والعقلانية، وما هي الطبيعة التنظيمية للتنظيمات الاستشفائية بالنظر إلى تعقيداتها وشبكاتها العنقودية والتصارع بين البيروقراطيات المختلفة وبين العلاقات الرسمية والعلاقات غير الرسمية وطبيعة الصراع داخلها، هذه المحاور نتعرف عليها من خلال مايلي:

المطلب الأول: مظاهر البيروقراطية في مواجهة التغيير

من خلاله نقف على أهم مظاهر البيروقراطية التي تؤثر على الوصول إلى نوعية العلاج والفعالية المطلوبة نظرا لقوتها ودرجة استغلالها من طرف الفاعلين بالتنظيمات الاستشفائية.

الفرع الأول: سياق البيروقراطية

نبين من خلاله أهم التوجهات النظرية التي تعتبر البيروقراطية الرهان الرئيسي في تحولات المنظمة والمجتمعات من جهة وإلى أهم محاورها التي تنصهر في مؤسساتنا وتشكل عائقا في وجه التغيير من جهة أخرى.

إن بناء التنظيم البيروقراطي له علاقة بفترة تاريخية اتصفت بتعدد الموارد هي الخدمات و السلع وهي مكانة متعلقة بكتلة الانتاج ،أما النظرة الديمقراطية متعلقة بالمرور بجيل جديد للإنسانية والذي يعبر عنه سواء على المستوى الاقتصادي بوضع السلع والخدمات في متناول المستهلك أو على المستوى السياسي عن طريق خلق وإنشاء دولة القانون والتي تفترض قواعد واجراءات لتطبيقها،لهذا فإن ماكس فيبر وهنري مينزبرغ عرفا البيروقراطية " بأنها نظام جماعي ،هيمنة مشروعة قائمة على

مجموعة من القواعد و الإجراءات ،تنظيم مهني وإجرائي ". ومن هذا المنطلق يمكننا تعريف البيروقراطية على أنها تنظيم يكلف بإنتاج القواعد العامة وغير الشخصية وادماجها ومن بين مبادئها مساواة الجميع أمام القانون و هذا المبدأ الذي يضمن دولة القانون.¹

إن اهتمامنا بالبيروقراطية لا يعني أننا نهتم بالماضي بل هذا يعنى أننا نفكر بالحاضر فهي مازالت تشكل الرهان الرئيسي في تحولات المنظمة والمجتمعات من جهة أخرى، فنحن في بعض الأحيان زبائن وأحيانا أخرى بيروقراطيون الذين يمارسون الضغوطات وآخرون يقاومون، والذين يفرضون التغيير ويدافعون عن إيجابياته، هناك بيروقراطيات صغيرة مثلها مثل البيروقراطيات الكبيرة، وبما أن الحجم ليس العامل الأكثر أهمية و أن المشكل الرئيسي هو في طريقة التفكير ضمن المنظمة، فقد نجد في محل تجاري صغير تقسيماً للمكان والأدوار ،أي سيرورة تقسيم المهام بطريقة آلية وبدون تفكير وتحمل في طياتها خصائص البيروقراطية التaylorية من الذي يستقبل الزبون، من الذي يخلص وغيرها من الإجراءات، وهنا الزبون إذا لم يعرف من الذي يعمل وهل يجب أن يتكلم مع المعني أو المعني هو الذي يتجه إليه، فإنه بالنسبة للتنظيم البيروقراطي فإنه هو المخطئ لأنه لا يدرك المعوقات التقنية في حال مطالبته بعكس السيرورة والإجراءات المرسومة ضمن التنظيم.²

كما يرى هيجل بأن الدولة عبارة عن منظمة اجتماعية كبيرة تسخر الجهاز البيروقراطي لتلقي الخدمات المقدمة اليه من قبل الأفراد والمنظمات فيدرسها وييدي وجهة نظره فيها بطريقة موضوعية وبكيفية تسمح باتخاذ قرارات عامة يكون المقياس المعتمد فيها هو مقياس المصلحة العامة ومن جانب كارل ماركس فيعتبر البيروقراطية أداة أو وسيلة بيد الطبقة الحاكمة وظيفتها الأساسية هي المحافظة على الامتيازات التي حققها أصحاب النفوذ والسلطة في المجتمع عن طريق التحكم في الناس.

إن فهم موقف كارل ماركس من البيروقراطية وثيق الصلة بمعالجته فكرة الاغتراب ذلك المفهوم الذي يشير إلى كافة الظروف و العمليات و الأوضاع التي تجعل البشر يتعدون عن حياة البساطة الأولية ،بحيث ينفصل الإنسان عن بيئته الطبيعية التي يعد جزءاً منها فلا تصبح علاقاته به مباشرة أو ودية وتنطبق فكرة الاغتراب تماما على البيروقراطية التي حققت كيانا مستقلا بعيدا عن سيطرة

¹François, Dupuy .Sociologie du changement. Paris : Imprimerie Dunod ,2004,P. 46.

²Op.Cit,P.46.

الإنسان ومحاولة فرض سيادته عليه، ويؤكد بهذا الصدد أن البيروقراطية كتنظيم تحكم كفاءة الفرد وتعوق قدرته على الابداع وتحمل المسؤولية، إلا أن ذلك برأيه لا يحدث أي أثر على البيروقراطيين الذين يعتقدون أنهم قادرون على أداء كافة الأعمال التي تسند اليهم في التنظيم الرشيد بل يحاولون باستمرار أن يوسعوا نطاق وظائفهم لتدعيم المكانة والامتيازات التي حصلوا عليها.¹

ويرى ميرتون أن فيبر قد أكد على الجوانب الايجابية في البيروقراطية إلا أنه أهمل الجوانب السلبية الادارية فمثلا تعتبر الرقابة ضرورية لضمان احترام الواجبات الوظيفية إلا أن التأكيد المتزايد على الرقابة قد يحول هذه الأخيرة إلى غاية في حد ذاتها ونتيجة لذلك تسود روح الجمود والخوف في المنظمة وتتناقص كفاءتها الادارية وبمعنى آخر قد يؤدي احترام القواعد البيروقراطية التي عددها فيبر لذاتها إلى سيطرة روح الجمود وخلق الشخصية البيروقراطية بالمعنى المتداول للفظ والذي يؤدي إلى انخفاض كفاءة المنظمة الادارية²

لقد اعترف فيبر فعلا بكفاية البيروقراطية ولكن كان يخشى في الوقت ذاته أن تقضي على شخصية الفرد وتخضعه للاستلاب الذي يقضي على انسانيته كما أدرك أن التنظيم الحديث لا يمكنه الاعتماد على العلم والتكنولوجيا وحدها حيث أصر على السلطة في التنظيم البيروقراطي تعتمد إلى حد ما على عناصر أخرى غير رشيدة ولكن اهتم أكثر بالخصائص المميزة للتنظيم البيروقراطي والتي استمدتها من استخدام النمط المثالي.

توجد أنواع من البيروقراطيات داخل التنظيمات التي تتراوح بين:

التركيب البسيط : وصف للشيء الذي لم يطور بعد له بناء تقني قليل ودعم موظفين قليل وتقسيم عمل غير محكم وتمايز أقل بين وحداته وتدرج إداري صغير ، ويستخدم أقل ما يمكن في التخطيط وأدوات الاتصال ، التنسيق يتم بشكل كبير بالإشراف المباشر بشكل محدد على قوة القرارات المهمة جدا التي تميل إلى المركزية والمحصورة في أيدي الرئيس التنفيذي.³

¹ رضوان، العني بن علي، مرجع سابق، ص4

² المرجع نفسه، ص11

³ www.12manag.com

إلا أنه يمكن تطبيق هذا النموذج عندما تكون الاستراتيجيات واضحة وتتعلق أساسا بمياكل صغيرة أو متوسطة، تتميز بالطابع الرسمي ومرنة وبمحيط بسيط وفي نفس الوقت ديناميكي وتنافسي وهنا القائد قد يكون قائدا كاريزماتيا والاستراتيجية متعلقة بالنظرة الوصية ومتأقلمة مع الظروف. البيروقراطية الآلية: وهي التشكيلة التنظيمية الثانية وهنا تستعمل البيروقراطية من منطلق البحث لجعل الأمور قابلة للتوقع وهي تتميز بالإجراءات الشككية، العمل المتخصص و تقسيم العمل المتطرف وخط هرمي متطور و تجمع للنشاطات إلى وحدات و ووظائف، التقنية الهيكلية تشكل مفتاح تشغيل هذا النظام، فتكلف بنمذجة تقييس طرق وإجراءات العمل، وهي منفصلة عن السلم الهرمي بشكل واضح ومتكونة من أخصائيين من أجل إقامة التصورات كل ما يخص الإجراءات، وهذه البيروقراطية التقنية تنمو في وسط بسيط و مستقر منها المنظمات القديمة والكبيرة الحجم والتي تتميز بالنضج في العمل و المراقبة تكون من الخارج عن طريق المساهمين.¹

وهذه المقاربة تنطبق خصوصا على المصالح ذات الإنتاج المهم والتي تعتمد على الاقتصاد الهيكلي وعلى المراقبة والأمن، وهنا إجراء الاستراتيجية يكون عن طريق التخطيط والبرامج الاستراتيجية، وهي تنطبق أيضا على المنظمات التي تبحث عن النوعية والفعالية والفاعلية وعلى الدقة، ولكن صالحة بشكل أقل بالنسبة للمنظمات التي تبحث عن التغيير والتأقلم مع التغيرات.

البيروقراطية المحترفة: وهذه البيروقراطية تعتمد على تكوين نماذج التأهيل من طرف الكثير من الناشطين المهنيين، ومفتاح تشغيل هذه البيروقراطية يعتمد على إنشاء نظام ترتيب الأعمال والوظائف داخلي من خلاله يتم عمل المهنيين بطريقه مستقلة، مثلا الجراحين أو الأطباء داخل المستشفى لا بد لهم من احترام الأنظمة المنظمة لمهنتهم، وهذه المقاربة هي صالحة ضمن سياق يتميز بيئة معقدة ولكنها مستقرة نسبيا، وهنا الاستراتيجية التي يمكن تبنيها عن طريق الحكم أو التقييم المهني أو عن طريق الاختيار الجماعي وهي تتيح المجال للاستقلالية و الديمقراطية ولكنها تثير مشاكل التنسيق بين مختلف فئات المستخدمين.²

البيروقراطية الابتكارية: حسب مينزبرغ فإن الهيكلية المستحدثة هي تعني تنظيمات متدفقة وعضوية وتتميز بلامركزية وهذه الهيكلية تتكون من خبراء توظيفيين موزعين إلى فرق متعددة المهام، متخصصين في اللوجيستيك والوسطاء والمسيرين من أجل استحداث مشاريع التجديد.

¹ Jean –Michel ,Plane, Op. Cit ,P.129.

² Ibid, P.129

التنسيق يتم عن طريق التفاهم والتفاوض المشترك بين العاملين الأجراء والمسيرين والذين مهمتهم الأساسية تحقيق اندماج الأفراد داخل هذا المشروع وهذه التنظيمات تتميز بمحيط معقد و حركي والمتمثلة في التكنولوجيات الحديثة والتغيرات المتكررة على الإنتاج التي تنتج عن منافسة شديدة ،هذه التنظيمات تتميز بمحدثاتها و عدم استقرارها النسبي و قابلة لتعرف الكثير من التغيرات الكبيرة حسب معطيات السوق ،وهي تتميز بديمقراطية عالية و تعبير الفاعلين والذي يكون عادة مثمرا و نوعيا وتبحث عن الابتعاد عن البيروقراطية و تعقيداتها.

التنظيمالايديولوجي: تنظيم المهمة

أضاف مينزبرغ ابتداء من سنة 1989 مقاربتين لوصف هيكلية التنظيم إضافة إلى الخمس مقاربات وهي تركز على إيديولوجية قوية يعني حول نظام القيم والمعايير والمعتقدات والتي تتقبلها ويشترك فيها كافة الفاعلين وهي تعوض النماذج والإجراءات الموجودة في التنظيم المهني أو الآلي،وهنا تأخذ تسميته من مهمة القائد التي تكون في أساسها كاريزماتية وتتطور عن طريق التقاليد وتدعم عن طريق إجراء الهوية،وهذه المقاربة موجودة عند كل التنظيمات وتلعب التنشئة الاجتماعية دورا في ذلك.

التنظيم السياسي: وهو التنظيم الوحيد الانتقاليوهو يخص تنظيميا يكون مؤقتا في أزمة ويواجه صراعات مفتوحة مثل الإضرابات وفي كل مقاربة يمكن أن نجد داخلها نشاطا سياسيا من خلاله الأعضاء يبحثون عن التأثير على باقي الأعضاء وبالتالي في كل منظمة إنسانية توجد السياسة التي تشكل وسيلة للسلطة تقنيا هي غير مشروعة و تمارس لأغراض شخصية تظهر عقب خلافات وصراعات تستعمل قدرات مختلفة و التي تترجم عن طريق اللعبة السياسية والتي تتعايش،مرة متفاهمة ومرة في صراع، والتي تأخذ مكان السلطة الشرعية السياسية، أحيانا قوية جدا والتي تخلق في ظل الأزمات روابطها الخاصة، وبالتالي فإن المفاهيم الخاصة بالتنسيق والتأثير تستبدل بالسلطة غير الرسمية.¹

إن المقاربة التي قدمها مينزبرغ تظهر بشكل قوي النسبية الكبيرة للهيكل التنظيمية بالنسبة للمعايير المعقدة للبيئة،التكنولوجيا،الاستراتيجية،السلطة ...،ويعتبر لعبة السلطة مثل الارتباطات الداخلية والخارجية والتي من خلالها مختلف اللاعبين الفاعلين تصبح لهم القدرة على التأثير.²

¹Jean -Michel, Plane ,Op.Cit , PP.130-133.

² Ibid, P. 133.

وبالرغم ما يتميز به التنظيم المثالي من خصائص عقلانية وقانونية لا يمكن الاستغناء عنها، إلا أن هناك العديد من المساوئ التي لا تتوافق مع عصرة و تحديث الادارات ولهذا سنستشهد في دراستنا في أغلبها علىدراسات ميشال كروزي و هنري منزبرغ الذي تكلم عن تعدد البيروقراطية والتخصص المهني و أثر التعقيدات التي تتميز بها التنظيمات الاستشفائية أين سيكون جهد العصرية مضاعفا و خيوط السلطة تضيق من الجانب الاداري الهرمي نحو الجانب غير الرسمي و المهني التخصصي.

الفرع الثاني : مظاهر البيروقراطية وعوامل اضعاف الفعالية والنوعية

وسنركز على أهم المشاكل التي مازالت تعانيها المنظمات في ظل العصرية وهي في أصلها تعود إلى سلبات تطبيقالنموذج المثالي وهي:

1- قيام المسؤولية على الإجراءات: فإننا نلاحظ ملاحظة مهمة جدا في التنظيمات البيروقراطية وهي فكرة أن العامل مسؤول عن عمله المباشر أين يطبق فيها الاجراءات التي أمليت عليه ،وبالتالي فإن المشكلة بالنسبة اليه انتهت مادام أنه أدى النشاط المملى عليه ضمن تقسيم العمل، وبالتالي حتى وان كانت نتيجة عمله خاطئة و ترد بالسلبية على باقي العمل فهو مادام طبق الاجراءات فهو لن يعاقب ،لأن قواعد البيروقراطية تحميه أكثر من أن توفر للزبون نتيجة نهائية ذات نوعية¹

2- التداخل في الصلاحيات وغياب التعاون: إن خلق العديد من الوحدات الادارية لتقسيم عمل الموظف وتوزيعه بأفضل الطرق عملا بمبدأ التخصص يزيد من التداخل والتضارب بين هذه الوحدات مما يؤدي إلى التماطل ولا يساعد على تحقيق التواصل الداخلي بين الموظفين، حيث يتضمن التنظيم الاداري في العادة هيكلا تنظيميا متكاملا يتولى العمل على تحقيق الادارة وتوجيهاتها وتتولى كل وحدة مسؤولية تحقيق جانب معين من الأهداف، حيث يتم توزيع الاختصاصات على مجموعة من الموظفين لممارستها علما لوجه المطلوب بمقتضى القوانين والتنظيمات، الأمر يزداد صعوبة في التنظيم الاستشفائي الذي يتميز بالتعقيد وازدواجية السلطة، الأمر الذي ينقص من العلاقات الشخصية فالعلاقات مبنية على أساس الوظائف والمكاتب كما تصبح القواعد والإجراءات الرسمية أمرا طبيعيا بالنسبة للأفراد شاغلي تلك الوظائف ويصير هضمها واختزانها بواسطتهم أمرا عاديا، ويصبح اتخاذ القرارات هو عبارة عن عملية تقسيم الموضوعات إلى طبقات و فئات حل تدرب عليها عضو التنظيم، و هذا الجمود في السلوك الوظيفي يشجع رغبة الادارة العليا في احكام الرقابة ويوفر للأفراد أساليب

¹François ,Dupuy, Op. Cit, P.54.

للدفاع عن تصرفاتهم وسلوكهم الوظيفي لكنه بالمقابل يؤدي إلى مزيد من المشاكل والمصاعب للمتعاملين مع الموظفين.¹

فإن البيروقراطيات مهما كان حجمها فإنها تعتمد على تقسيم المهام بدلا من التعاون وإلى حماية أعضائها وتخفيض المسؤولية بدون رقابة تسيير، وهذا بالأخير لا يرضي الزبون، ومع التطور التكنولوجي أصبح هناك عذر مشروع لتقسيم المهام وعدم الاندماج وكل شيء اتوماتيكي. فالتنظيم الحديث يفرض لمواجهة تقسيم العمل المتطرف والمشاكل التي تنتج عن التخصص المهني المتعدد كالموجود ضمن التنظيمات الاستشفائية وما يرافقه منتعقد العملية الاتصالية وغياب العلاقات الأفقية ارساء فكرة التعاون داخل التنظيم.

حيث أن مصطلح التنسيق هو في طريقة للاضمحلال مقارنة مع مصطلح التعاون والذي عادة يمثل من طرف إطارات متوسطين عن طريق التجاور بين المستويات الأعلى والأدنى، فإن ضيق الوقت يفترض اتخاذ قرارات سريعة وردود سريعة وبالتالي فإن هذه الأدوار فيما يخص التنسيق والمراقبة تعتبر بطيئة ولا تتوافق مع المعلومات المتلقاة من طرف المنظمة وأصبح هناك معالجة أفقية، لأن المؤسسات العنقودية ما هي إلا واجهة لمجموعة من المجموعات ومجموعات فرعية غير ممرزة التي لها علاقات تعاقدية مع وحدات أخرى في العمل، كما أن الكثير من المشروعات داخل المنظمات هي مدججة أكثر من أنها منسقة.

إن التنسيق يختلف عن التعاون، فالتنسيق يعتمد على اللقاء المباشر بين الطرفين والتفاوض وجها لوجه لاتخاذ القرارات والاختيارات والنشاطات، و التعاون ينطلق من السوق و هو عبارة عن تفاوض بين الفاعلين كما أن التنسيق ينطلق من التسلسل الإداري : هو تطبيق الاجراءات البيروقراطية ويسمح للبيروقراطيين باستعمال لغتهم الخاصة من خلال الاجتماعات.²

التنسيق يكون مبرجما أما التعاون فهو فوري، حيث يجعل الأشخاص وجها لوجه ويتعرفون على مهام بعضهم البعض، وهذه الطريقة لا تستعمل من طرف البيروقراطيين لتفادي الصراعات والمواجهات، كما أننا لا يمكن أن نحقق التعاون هكذا فلا بد أن تكون ضمن المهام المهمة لإدماج هذه الفكرة عند العاملين، فهذا يعتبر سر نجاح المسيرين اليابانيين والذين يصرحون بأنه "من بين

¹Op.cit, P.54.

²Ibid ,P.71-83.

مهامنا الأساسية هو جعل كافة عمالنا يتمتعون التعاون بدون تحفظ و أن نعطيهم الرغبة في تطوير أنفسهم وبأنفسهم وبدون توقف"، ولهذا لا بد على أي عامل الحرية في اكتساب المعلومات والاطلاع عليها، أي كانت هذه المعلومات داخل منظمته و هي طريقة من أجل خلق حب التعاون.¹

3- الروتين: لقد حاول كروزي أن يفسر الآثار والنتائج غير المتوقعة لخصائص التنظيم البيروقراطي كما صاغه ماكس فيبر في نموذج المثلثي وتساءل عن مصدر الروتين في التنظيم؟

ويرجع ذلك إلى تأثير جماعة العمل وجو العمل من خلال تكريس سلوك الروتين في عمله وتصرفاته، وتزداد مشكلة الروتين تعقيدا حين تتضح الحاجة إلى معالجة مشكلة تعقد الاجراءات وصعوبة الاتصال فتصدر مجموعة جديدة من القواعد هدفها التيسير والتبسيط والتي ستؤدي بالضرورة إلى تغيير أنماط السلوك السائدة لذلك توجه عادة بمقاومة من المختصين مما يؤدي إلى فرضها بالقوة من قبل مستويات الاشراف العليا وبالتالي تكون النتيجة مزيدا من المركزية والتعقيد.²

وإذا كان التعقيد من سمات التنظيم البيروقراطي فإن الروتين هو الأسلوب الذي يعتمد عليه البيروقراطيون في تحقيق تلك السمة، و الروتين بمعناه اللفظي يعني التكرار و هو بهذا الوصف ضرورة من ضرورات التطور فهو يهدف إلى تسهيل الأداء و ووضع القواعد العامة التي تطبق بصفة متكررة.³

ولكن الجانب السلبي يظهر حين تستعمل الاجراءات والتعليمات المعقدة وغير الضرورية والتي لا تنسجم مع روح القوانين وأهدافها وإنما مع الشكليات التي تبتدعها الادارة لرفع المسؤولية عن عاتقها أو لتعميم اجراءاتها بدون دراسة.

4- الاعتماد على الجانب الهيكلي: إن الكثير يحاولون تغيير الهياكل في حين لا بد من تغيير التنظيمات والنتيجة تكون عدم التحكم في سيورة التغيير وتفتح الأبواب أمام مقاومة جديدة للتمسك بالأدوار وهو اجراء فيهدر للوقت و المال بدون ضمان النتائج ، إذا أن الهياكل ليست مقدمة جيدة للتغيير و تؤدي إلى جمود ، هذا الجمود يعني أننا لا نهتم إلا ما تعودنا أن نراه ونسمعه ونناقشه، هناك من يعتمد على تغيير الاجراءات بواسطة انشاء اللجان والتي لا يكون فيها تنسيق كونها وجهة نظر أحادية و بالتالي تخلق اجراءات متناقضة⁴، وأثبتت التجارب خاصة على مستوى

¹Op.Cit,P.85

² عثمان ،العيني ، مرجع سابق ،ص 17.

³المرجع نفسه، ص100.

⁴François, Dupuy, Op. Cit,P.102.

التنظيمات الاستشفائية أن العمل باللجان خاصة اذا كان عددها كبيرا يؤدي إلى اجتماعات فقط بدون الوصول إلى نتائج معتبرة وتشتت الأهداف خاصة اذا لم تتم المتابعة وتطبيق الأهداف المنشودة منذ الانطلاقة.

5- تعقيد الاجراءات للحصول على مكانة : وراء هذه الاجراءات هو ميكانيزم البيروقراطية التقنية التقليدية أن كل شخص في المؤسسة يسهر على الحفاظ على استقلاليتة ،و ذلك عن طريق تعقيد المهام لكي يعطي احساساً للآخر بالتبعية اليه ،و الذي يؤثر على نوعية الخدمات المقدمة.¹

6- قوة الجمود الاداري : من بين الصعوبات أيضا التي تواجه المؤسسات في اقامة التغيير هي القوة الكبيرة للجمود الاداري و الخلط بين المنظمة و الهيكل و غياب ثقافة المناجمت سواء عند المسيرين والنقاييين.²

إن التمسك بالإجراءات والتشدد في الجوانب التقنية والشكلية يؤدي إلى التعقيد والبطء في تنفيذ العمل لدرجة يصعب فيها تنفيذ القرارات والتعليمات الادارية، مما يفقد العملية المرونة والديناميكية والفعالية التي تفقد معها صفات المصلحة العامة، والمشكل يزداد سوءا حين تستغل ثغرات من طرف الموظف في مواجهة المريض والمواطن وإظهار حرصه على تطبيق القانون في حين يستعمله حسب مزاجه من أجل اظهار نفوذه وتحكمه في مصير المريض لأنه يدرك أن قوته هو امتداد للقاعدة القانونية.

7- عناصر الحلقة المفرغة: إن الروتين ونواحي الجمود والتعقيد في النظم البيروقراطية إنما هي عناصر متداخلة لما يسمى بالحلقة المفرغة التي تنمو خلال مقاومة القيود والقواعد التي تفرض في التنظيم البيروقراطي والتي نجملها في العناصر التالية:

القواعد التي تحدد بالتفصيل وظائف كل شخص في التنظيم دون اعتبار للعامل الشخصي، فهي تصف السلوك الواجب اتباعه في كل حالة و تحدد الذي سيقوم بأداء كل عمل، تركيز سلطة اتخاذ القرار في أيدي أناس يبعدون بحكم مناصبهم عن الميدان الحقيقي للتنظيم ،والتي تؤدي إلى الجمود حيث لا يحصل متخذو القرارات على المعلومات اللازمة وتضعف الفرصة أمام الفرد حسب متطلبات الموقف، من هنا تنشأ الشكاوي من صعوبة الاجراءات وتعقدها.³

¹Op. Cit ,P.105.

²Ibid,P.247.

³ رضوان ،العني، مرجع سابق ، ص18.

8- اثاره الضغط: بعض المؤسسات تلجأ إلى ذلك نوعا ما كتعويض عن خلق جو ملائم، أي أنها بيروقراطية ضد بيروقراطية والتي تنتهي عادة بالفشل كما قال Edgard mourin et samir nail "أنه منذ بداية الثمانينات النظام فرض علينا ليس فقط في القطاع الخاص و إنما في القطاع العام أنماطاً من التنظيم أصعب فأصعب ، لهذا فإننا نعيش في فترة من عدم الاستقرار ، إننا نعيش في حلقة مفرغة من جراء تكاليف التغيير ،مقاومة التغيير ،الكل يخسر ،هل هناك طريقة لتخفيض التكاليف الإنسانية الباهظة وأن نخلق شروط للتغيير قادرة أن تكون محببة لدى الفاعلين .

9- سلوك الحماية : إن مشكل التغيير لا يكمن في النصوص القانونية التي تدير المؤسسات العمومية و إنما في تطبيقها بمرور الوقت و التي تترجم مع مرور الوقت إلى اتفاقيات واسعة داخلية خاصة و التي هدفها رفع مستوى الحماية بأنواعها التي يستفيد منها أعضاء المنظمة سواء كانت في مواجهة الزبون أو المنتفع ،¹

الذي يفرض عليه صعوبات وريتم عمل في مواجهة الرئيس أين السلطة الفعلية التي يمتلكها بدأت تتضاءل من طرف مجموعة عن طريق التنظيمات و الاجراءات تعوض داخل الهرم وكذلك في مواجهة الآخر باستعمال مساحات السلطة، يمكن أن نحصر الحماية في 03 أنواع:

- الحماية ضد الزبون.
 - الحماية ضد الأعضاء.
 - الحماية ضد الهرم الإداري.
- وهنا يكون الملعب في يد النقابات حتى وإن لم يكن هدفها الحماية وإنما لأغراض السلطة لتتدخل وتقلب زمام الأمور.²

10- الاحتكار: إن اعتبار التنظيمات العمومية الصحية ، وخاصة التي تتوفر على أهم الاختصاصات وفي غياب البدائل أمام ضعف القطاع الخاص أو ضعف الظروف الاجتماعية للمريض، و عندما تحس بأن لها الاحتكار فإن النتيجة تكون بحث الأفراد على تلبية معايير داخلية التي تحمي مشوارهم و مساهمهم المهني و يظهر الاحتكار داخلها أيضا عندما يحتكر موظف مهامها معينة عندما يظهر بأنه الوحيد القادر على انشاء تلك المهام ، أو عندما يستغل موظف فكرة تقسيم

¹François, Dupuy, Op.Cit, P.248.

²Ibid,P.248.

المهام و يبرر بأن الصلاحيات غير واضحة وهناك من يلجأ إلى تغيير الهياكل التنظيمية من أجل احتلال أماكن وضمان السيطرة من طرف أعضائها.

11- جمودية الهياكل التنظيمية: لا يمكن للتنظيمات الاستشفائية الجزائرية تغيير هيكلها التنظيمي على حسب الأهداف فهو موحد وبطريقة مركزية و تحديد المهام ليس دائما واضحا، كما أن أداء المهام يعتمد على الخبرة والمبادرة الفردية والاجتهادات ويتم بين الأفراد على الأغلب بطريقة شفوية وعن طريق العرف الإداري بالإضافة إلى الاعتماد على هيكلية الأشخاص بدلا من هيكلية الموضوع وخضوع الرؤساء إلى المرؤوسين نظرا للرجوع إليهم في كل حين لمعرفة كيفية تصريف العمل الروتيني اليومي.

12 -غلبة العلاقات المركزية: والتي تؤدي إلى تعلم الكسل وسيطرة الجمود والروتين اذ يتعود المرؤوسون على تلقي الأوامر من الرؤساء وتطبيقها بشكل حرفي مما يضعف روح المبادرة واهتزاز الثقة لديهم والتهرب من المسؤولية والالتكالية.

13 -في العلاقة مع المواطن:والتي من مظاهرها الوقت الذي يستغرقه المواطن أو المريض في استكمال معاملاته لأسباب تنظيمية وعرقلة واستغلال القاعدة القانونية وتعدد الاجراءات وتعقيداتها،و أيضا في المسارات غير واضحة لدى المتعاملين معها في غياب تنظيم هيكلي للمصادر وهناك مسارات غير مستندة إلى سند قانوني ومسارات متكررة بين عدة وحدات ادارية وعدم وجود دليل لإرشاد المواطنين ، ومن العبارات التي تستعمل أرجع غدا، قم بجلب كذا ، نقصت هذه الورقة،الرئيس مسافر أو مشغول...وإلى غيرها من العباراتبالإضافة إلى المعاملة السيئة ما ينعكس على الثقة والمصدقية والقلق لدى المواطن.

كما تظهر في العراقيل القانونية التي تفرض على الممولين مما يؤدي إلى صعوبة التمويل والاضطرار للقيام بالعلاقات التفاوضية بين الإدارة و المصالح المالية من أجل استكمال إجراءات الصفقات أو العقود بين الإدارات و الممولين و في كثير من الأحيان ترفض هذه المعاملات ما تترك مشاكل كبيرة في التمويل خاصة في الحالات الاستعجالية ، تضيق الكثير من الوقت وخسارة الممولينأرجاع الأموال إلى الخزينة العمومية دون الاستفادة منها وغرق التنظيمات في مديونيات تتراكم كل سنة.

14- سيادة التخوف و العلاقات الاجتماعية التي تسمو على المواطنة وضعف التنشئة الاجتماعية و المشاكل الاقتصادية والاجتماعية و الأمية أدى إلى إنقاص هذا المفهوم.¹

لقد رأينا أنواع البيروقراطيات وطرق استعمالها حسب متطلبات المنظمات وميكانيزمات المستعملة من طرف الأفراد لفرض سلطتهم في مواجهة ومقاومة التغييرات وسوف نتعرف من خلال المبحث التالي عن اشكالية اتخاذ القرارات ومعاييرها.

المبحث الثالث: محددات اتخاذ القرارات

سنتكلم فيه عن اتخاذ القرارات بصفة عامة من الناحية النظرية، ما هي الشروط اللازمة لاتخاذ قرار عقلاني سواء من الناحية الاستراتيجية و التي تعني بأهم القرارات المتعلقة بالأهداف العامة أو السياسة العامة، ثم عن طبيعة القرار ضمن النظام الصحي وما هي محدوديته و مدى التزامه بالشروط العلمية والموضوعية التي تسير مع الأهداف العامة للتغييرات التنظيمية الاستشفائية.

المطلب الأول: النظريات المختلفة للقرارات وسيورتها ضمن التنظيمات الاستشفائية

سنعالج من خلال هذا المطلب أهم النظريات التي تتكلم عن القرار وأنواعه ثم عن طبيعة القرار داخل التنظيمات الاستشفائية وسيورته التي تعتبر عبارة عن قرارات جزئية مرتبطة ارتباطا وثيقا، حيث أن كل فاعل هو منفذ ومقرر في نفس الوقت.

الفرع الأول: مفهوم اتخاذ القرارات

تعتبر القرارات فعل ارادي من خلاله يمكننا أن نفصل و أن نتخذ موقفا بعد دراسة المشكلة المطروحة وبالنظر إلى أهمية القرارات في المؤسسة يجعل القرارات تمثل علما بحد ذاته وتسمى بعلم الاختيار، وتعرف القرارات على أنها "سلوك الفرد للاختيار في ظل حالة محدودية المعلومات" وذلك حسب j melese² ويؤكد عليها مينزبرغ، على اعتبار القرارات سيورة مستمرة أمام حالة الاختيار.² ظهرت عدة نظريات تعالج قضية اتخاذ القرارات وهي في معظمها متكاملة، وأهمها:

1- نموذج هارفارد: وهو نموذج طور من طرف الاقتصاد الكلاسيكي أين الشخص يقوم بها باختيارات موضوعية وهي تحاكي منطق الفاعل الوحيد الذي يبحث عن رفع سقف الأرباح بالوسائل التي

¹ رضوان، العيني، مرجع سابق، ص 19.

² عمرابي الحاج، مداح. إدارة الاعمال الاستراتيجية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2015، ص 72.

يمتلكها وهذا المنطق العقلاني يدفع الفاعل لاختبار كل الإمكانيات اللازمة التي قد تؤدي بإحلال الأهداف المسطرة¹، حيث ترمي المؤسسة إلى تحقيق أهدافها بأقل التكاليف، في ظل محيط مستقر ومؤكد، مع فرضية الاعلام التام وممثلين يخضعون لمنطق العقلانية و الموضوعية في سلوكياتهم، وما على الأفراد إلا القبول بهذا الخيار باعتباره هو الحل الأمثل والوحيد.

وانتقد هذا النموذج لأنه لم يأخذ بعين الاعتبار صراعات المصلحة والسلطة داخل التنظيمات وكذلك استراتيجيات الأفراد والجماعات بالنسبة للأحداث.

2- نظرية العقلانية المحدودة: لسيمون التي طورها في سنوات الخمسينات الذيعتبر أن كل القرارات التي تأخذها المؤسسة فرديا وجماعيا تخضع لمنطق العقلانية المحدودة سواء بالنظر إلى قيود المحيط أو الحدود النفسية والاجتماعية للفرد، بالإضافة إلى ذلك فالفرد غير قادر على جمع كل المعلومات للتغلب على حالة عدم التأكد في المحيط، و بهذا المفهوم فهو يبحث عن حل أو نتيجة تكون مرضية وليست الحالة المثلى².

فالمقرر ليس له مقارنة عامة حول البيئة و لا يمكن أن يعالج كافة المعلومات الموجودة، الإنسان ليس له تفضيلات واضحة متسلسلة ولكن رؤى متغيرة حسب الأزمنة، المقرر لا يسعى إلى الحلول المثالية وإنما التي ترضي، كما أن المقرر يتأثر بقوة بالبيئة التنظيمية عن طريق قواعد التسيير وقواعد التأثير داخل السلم الإداري³

3. نظرية صاحب القرار السياسي: اتجه كل من Rmcyert et March لاعتبار الأفراد هم وحدهم الذين لهم غايات، أما أهداف المنظمة فهي ناتجة عن عملية تفاوض وتوافق بين المجموعات في المؤسسة بالبحث عن مقابل في المنظمة، وعليه فإن القرارات هي نتيجة لمجموعة سلوكيات تحكمها أربع مبادئ وهي:

- الحل الشبه التام للنزاعات.
- الغاء حالة عدم التأكد بالاعتماد على إجراءات معيارية تفضل تكرار الاجراءات المعمول بها على حساب الحلول المكيفة بشكل جيد.

¹ François ,Dupuy, Op.Cit ,P.142.

² عرابي الحاج ،مداح ، مرجع السابق ،ص72-75

³François, Dupuy, Op. Cit ,P.146.

- البحث عن اشكالية مقارنة العوارض: ينحصر فيالبداية إلى بحث عن الحل للمشكلة في المنطقة التي ظهرت فيها ثم يتوسع البحث عند تعذر وجود الحل إلى المناطق الأكثر حساسية والتي تقبل بسهولة الحل، فهذا يعني عدم وجود بحث حقيقي عن العلاقة بين السبب والنتيجة.

4. ميكانيزمات التعلم: يغير ممثلو المؤسسة من سلوكياتهم مع مرور الوقت للاستفادة من النتائج الحقيقية للقرارات السابقة، فيمكن أن تكون القرارات المتتالية لحل نفس المشكلة مختلفة عن بعضها البعض، لأنها ليست بنفس السيرورة، فإنه يمكن تصنيف أصحاب القرار إلى ثلاث أشخاص:

- الشخص المتأكد: الذي يعتمد على العقلانية والتعظيم.

- الشخص الاحتمالي: الذي يعتمد على العقلانية المحدودة.

- الشخص العشوائي: أي عدم التأكد، التعقيد والأكثر ترددا.

يمكننا أن نستنتج أن المؤسسة هي مركز لعدة قرارات تتقاطع، تتناقض وتتفاعل فيما بينها مما يفرض وجود التفاوض و التعاون والصراع، ثم أن العقلانية المحدودة تحكم هؤلاء الأفراد والمجموعات و تمنعهم من بلوغ الأمثل وتعظيم الخيارات ، حلول و قرارات المؤسسة مما يفرض ضرورة وجود الانسجام بين أهداف الفرد و أهداف المؤسسة، و لهذا فإن المؤسسة ملزمة بأن تعتمد معيار الاشباع كأساس في قراراتها بدل التعظيم لأن قبول الأفراد بها يكون نتيجة الرضا.¹

مستويات القرار: الزمن هو عامل أساسي للتمييز بين أنواع القرارات، فإن من بين أشهر التصنيفاتالذي يعتمد كأساس في التفكير الاستراتيجي هو الذي قدمه Asnoff، فمن وجهة نظره هناك ثلاث مستويات للقرارات في المؤسسة وهي :

1. القرارات الاستراتيجية: وتخص بالدرجة الأولى الأعمال وعلاقة المؤسسة بمحيطها وبالخصوص اختيار المنتجات والأسواق و مكان بيعها كما تهتم بالمحاور المتعلقة بتحديد الأهداف،البحث عن كيفية تنويع النشاط وكيف يتم تطوير واستغلال وضعية المؤسسة المستقبلية،تحديد أولويات النمو، كما أنها لها طابع مركزي وغير متكرر وذات مدى طويل.

2. القرارات العملية أو الجارية: هي مركز الاهتمام اليومي للمسيرين لأنها تهتم بسيرورة تحويل الموارد بشكل فعال،وهي قصيرة المدى وذات أثر محلي يخص منصب العمل أو مهمة محددة،متعلقة بتسيير وتوجيه مدخلات ومخرجات النظام.

¹ عرابي الحاج، مداح، مرجع سابق، ص76.

أما إذا نظرنا إلى درجة تحضير وتكرار العلاقات فإن سيمون يميز بين القرارات المبرمجة أو المهيكلة والتي تتضمن طريقة منطقية لحل المشكلة المطروحة مما يجعلها أكثر تكرارا والقرارات غير المبرمجة التي تتم في ظل ظروف غير مؤكدة وهي تشتمل على القرارات الاستراتيجية ولكنها غير متكررة بنفس وتيرة القرارات المبرمجة.

أما إذا أخذنا بعين الاعتبار درجة حرية صاحب القرار في الاختيار ومدى تأثير ظروفه على اختياراته، فإن كل من مينزبرغ و بورتر يميزان بين القرارات الارادية التي تختارها المؤسسة بالنظر إلى أهدافها وأنشطتها والقرارات الناشئة التي يفرضها المحيط على صاحب القرار.

الفرع الثاني: سيرورة و أساليب اتخاذ القرارات

تعتبر سيرورة اتخاذ القرارات في المؤسسة من أعقد العمليات لارتباطها بعدة عوامل المتمثلة في التاريخ، عمر المؤسسة، هيكل السلطة، سلوك ومواقف المشرفين، حجم المنظمة وغيرها من العوامل. فهناك عدة نماذج لسيرورة اتخاذ القرارات في المؤسسة، ولكن يمكن اختصارها من وجهة نظر سيمون في ثلاث خطوات من فهم وتعيين المشكلة ثم النمذجة لتحديد جميع الحلول الممكنة وأخيرا الاختيار. في الوقت الحالي أصبح العمل على ادخال أبعاد أخرى في سيرورة القرارات كالبعد النفسي الاجتماعي لصاحب القرار، البعد الحدسي والخبرة وهذا الذي نجده في النظرية السلوكية التي تبحث عن الجانب المعرفي ونظام القيم للأفراد، ومن بين النماذج التي أخذت بعين الاعتبار هذه العناصر نموذج E.B Archer الذي يركز على ملاحظة الممارسة الحقيقية لصاحب القرار.

وعلى العموم هناك تسعة مراحل لاتخاذ القرارات وهي:

التحكيم، التعريف، التعيين، التشخيص، التطوير، التثبيت، التقييم، الاختيار، التنفيذ.

وهناك النماذج المركبة لكل من Cohen ,March,Olsen من خلال نموذج سلة المهملات في سنة 1972 الذي لا يقر بفرضية العقلانية المحدودة ويقارب كيفية تشكيل سلة المهملات لسيرورة تشكيل القرارات أين تساهم عشوائية المشاكل و الحلول في اعانة أصحاب القرار.

تكوين القرار الاستراتيجي:

يمثل القرار الاستراتيجي محور اهتمام ادارة الأعمال الاستراتيجية ،لذا نجد العديد من الباحثين اهتموا بدراسة القرارات الاستراتيجية و محاولة تفسير كيفية تكوينها و صياغتها ،فكما يقول Asnoff: القرارات الاستراتيجية بأنها ترتبط بعلاقة المؤسسة بالمحيط¹. يعتبر مينزبرغ من بين الأوائل الذين قدموا تصورا عن القرارات الاستراتيجية وهي تتميز بين 05 قرارات:

1. مشروع القرار الاستراتيجي: تقوم المؤسسة بالاعتماد على المعطيات والمخططات السابقة بالإضافة إلى التوقعات المستقبلية بصياغة مشروع القرار الاستراتيجي المرغوب انجازه مستقبلا.
 2. القرار الاستراتيجي غير المنجز: وهي التي تتخلى عنها المؤسسة مباشرة عند القيام بإنجاز مشروع القرارات الاستراتيجية لعدة أسباب منها التهديدات، أو التي لا تتناسب مع القدرات الاستراتيجية عدم توفر الفرصة التي على أساسها تم اتخاذ القرار.²
 3. القرار الاستراتيجي المختار: هو القرار الذي ينسجم ورغبات وطموحات المؤسسة والذي تم اختياره بإرادتها بعدما تم التخلي عن القرار الاستراتيجي السابق وهو مكيف مع قدرات المؤسسة ومحيطها.
 4. القرار الاستراتيجي الناشئ: القرار الذي لم تتوقعه المؤسسة ولكن جاء نتيجة نشأة مجموعة من القرارات والاجراءات نظرا لتغيرات داخلية وخارجية.
 5. القرار الاستراتيجي المنجز: وهو القرار الذي تم انجازه بالفعل بالاعتماد على التجربة والنموذج الذي تم انجازه سابقا.
- وسوف نتكلم عن خصوصية القرارات ضمن التنظيمات الاستشفائية.

الفرع الثالث : سيورة القرارات بالتنظيمات الاستشفائية

إن سيورة القرارات بالمؤسسة الاستشفائية تختلف وذلك لحساسية المهمة، آنية الخدمات فالنتيجة تكون مباشرة وأثرها مباشر قد يترجم في سلوك المرضى أو في التعامل مختلف الفاعلين أو مع الفاعل داخل التنظيم والمريض، فهي قرارات تتسم بالحسم من جهة وبالمرونة بإمكانية التعديل.

¹المرجع السابق، ص 80.

²المرجع نفسه، ص 77-82.

ونجاحها وفشلها يعتمد على جانب منها على اللحظة التي ولدت أو أنشئت فيها هذه العلاقة حتى وإن كان جانبا ماديا أو تقنيا، فالطبيب يقرر الطريقة التي يراها مناسبة للعلاج بالنظر إلى إمكانيات المستشفى وبالنظر إلى حالة المريض وأما الطريقة في التعامل وإقناع المريض بالعلاج فهي تختلف بالتالي فإن طريقة توصيل العلاجات دورا مهما في النتائج النهائية في تقبل العلاج أو لا . أو تحقيق الخيار العقلاني الصحيح (التحويل أو الاستشفاء)، وقد تظهر النتائج في الأمد المتوسط والأمد الطويل أيضا بالإضافة إلى جزئية القرار فهو عبارة عن سلسلة مترابطة من القرارات الفاصلة والمتصلة مع بعضها والفاصلة والحاسمة ، فكل مرحلة لها ما يقررها وكل فاعل هو مقرر ومنفذ وخاصة ما تعلق الأمر باستغلال الفاعلين لهذه السلسلة من القرارات و قياسها بالنسبة للمواضيع التي تشكل نقاطا حساسة واستراتيجية بالنسبة للتنظيم والمقررين الحقيقيين ، خاصة منها ما يتعلق بالنوعية التي هي إجراء كلي يبدأ من الحاجب وينتهي إلى العلاج النهائي ، كما أن الجراح لا يمكنه العمل بدون الطبيب المختص بالإنعاش ولا الممرض ولا العون المكلف بالوسائل وخاصة في ظل التنوع في التخصصات فأدى ذلك إلى تخصصات نوعية أكبر وتقسيم أكثر في العمل وبالتالى طول سلسلة القرارات ونمو العلاقات التفاوضية بصفة أكبر ، وكذلك التطور التكنولوجي وظهور تخصصات تقنية، فبمجرد التحكم في أجهزة الأشعة و التحاليل يجعل اللجوء إلى الفاعلين المتحكمين بها بشكل أقوى وظهور مناطق التحكم بشكل أكبر ، وتزيد أيضا باستغلال تطبيق إجراء النوعية من طرف الإدارة، فيعمد الجراح مثلا إلى المبالغة في نوعية الطلبات التي كان بالإمكان الاستغناء عنها وذلك كنوع من أنواع الحماية و فرض القرار.

فبمجرد حدوث سوء فهم من البداية يؤثر على النتيجة النهائية، و عندما يعي الفاعل أهمية التقصير وتأثيرها على المسير كتقييمه من طرف الوزارة ،إيقافه و على المسؤولية الملقاة عليها وعلى الطبيب المعالج فإن دور الحماية يظهر بقوة بالتخفي وراء الإجراءات و وراء الخبرة التقنية لإعلائها في وجه المسئول المباشر أو في وجه المريض الخاصة إذا لم تظهر المسؤولية بشكل ظاهر فإنه يسعى أي الفاعل لتوسيع رقعة السلطة لعدة أسباب لعدم تلبية مطالب من طرف الإدارة أو لمشكل ناجم عن اتصال داخلي أو مشكل ثقة بينه وبين أسلاك أخرى، ويزداد الأمر صعوبة في وجود تقسيم متطرف يزداد يوما بعد يوم فيظل التخصصات الطبية و التقنية مما يعقد في العلاقات ، كما القرارات هي

تتأرجح بين عدة أسلاك الإدارية والطبية والتقنية ما يجعل عملية بناء القرار النهائي صعباً تحصيله خاصة إذا غابت الآليات التنظيمية المناسبة والإرادة الحقيقية.

بالإضافة إلى تقسيم السلطة الذي يكون بين مدير المؤسسة وبين المدير المناوب، أثناء المداومة الإدارية، وهنا المسؤولية والقرارينقسمان بين مدير المناوبة وبين المراقب الطبي ابتداء من الساعة الرابعة والنصف مساء واسترجاعها على الثامنة صباحاً وتصبح المؤسسات الاستشفائية مصنعا لمجموعة من القرارات الأصعب والاستعجالية بوتيرة أسرع ونمط العمل يكون بشكل مختلف وذلك لعدة أسباب:

السياق الذي ذكرناه للفاعلين يكون بشكل أبرز كثرة المرضى، حيث تصل الى حده الأقصى ابتداء من الساعة الخامسة مساء، بعد الخروج من العمل حيث يكون ضغط كبير على الاستعجالات الطبية وعلى المصالح الاستشفائية والمشاكل الصحية تكون بوتيرة أعلى وبالتالي تكون مساحات التفاوض وكذا مساحات القرار تنقسم بين القسم التقني والإداري والتي يمثلها الطبيب و الإداري والمراقب الطبي الذي يشكل همزة وصل كبيرة في التنسيق والجمع بين القرارات الإدارية والتقنية، فهو الحلقة الأهم في التنسيق والتفعيل وتنشيط و إيجاد الحلول واقتراحها، وأخذ القرار المناسب وكلما كان متحكماً في الفريق الذي يعمل معه وله كفاءة في الاتصال والسلطة الكاريزماتية، ويتميز بروح التعاون كلما يظهر ذلك وكلما كانت ثقة بينه وبين المدير المناوب، إذ أن المدير المناوب يلجأ إليه في الحالات الحساسة والتي لا يستطيع حلها منسق النشاطات أو المراقب الطبي بالمدير المناوب يجب أن يحرص على توفير الموارد اللازمة واتخاذ القرارات اللازمة و حل النزاعات وإيجاد البدائل اللازمة وهو المسؤول الأول خلال المناوبة وبالتالي فهو لزاماً عليه إيجاد الحلول المناسبة من جهة ويحاول نسج علاقات تحاول تجنبه المشاكل وعليه بنقل المعلومات الكافية من خلال تقرير المناوبة إلى المدير عن المشاكل والنقائص الملاحظة وحين لا يتم أخذها بعين الاعتبار في اليوم الموالي أو الأيام اللاحقة، فإن ذلك يؤدي إلى الانسداد في العلاقات وربما إلى أخذ سلوك اللامبالاة في تسيير الأمور واللجوء المتكرر إلى المدير في حالات المناوبة.

المناوبة تكثر فيها حالات القلق والحساسية في العلاقات خاصة إذا ما كانت هناك حالات العنف من طرف المرضى أو مرافقيهم فعادة ما يشكو الأطباء من قلة الأمن، وهو ما شكل مجالا لتهرب المستخدمين بالرغم من الزيادة المالية.

تظهر السلطة التقنية التي تمارس في انحراف القرارات التي تتخذ حين تستغل بعض النقائص من طرف الطبيب أو الممرض حين يقوم مدير المناوبة في التدخل في حال رفض الطبيب استقبال المرضى وبالتالي يتسبب الطاقم التقني بعدم وجود أجهزة، خلق تحويل المرضى، رفض القيام ببعض النشاطات التي من المفروض أن يقوم بها الطبيب، افتعال المشاكل مثل توقيف الأجهزة وبالتالي فإن القرار الفعلي يعود إلى السلطة التقنية التي تحدد عدد المرضى وكيفية التعامل معهم وتظهر أيضا حين يغيب الطبيب المناوب، فإن سلطة التفاوض بين الطبيب المستخلف والمدير المناوب تصعد إلى سقف أعلى.

الجو العام الذي أصبح بها المناوبة الطبية منها ازدياد العنف فقدان الرهبة في التنظيمات الاستشفائية الحالة النفسية الصعبة للمرضى ومرافقيهم وخاصة إذا ما واجهها سلوك من طرف الأفراد من سوء استقبال أو عدم تكفل فهو ما يؤثر على العلاقات بين الأفراد وخلافات والتهرب من المسؤولية يمتد إلى أيام، وهنا العلاقات غير الرسمية وهيئات مثل النقابات وتكتلات العمال تظهر قوتها لاستغلال ذلك لإثبات نفسها واللجوء في بعض الأحيان إلى فاعلين خارجيين خاصة منها المجالس المنتخبة الإعلام إذا ما تم تصعيد المشكل الناجم عن العنف لضم المريض لصالح الصراع ضد الأفراد داخل المؤسسة.

ولهذا من الصعب توفير القدر الكافي من الموارد، وفي نفس الوقت تحقيق نوعية الاتصال اللازمة والتدفق من المعلومات وحسن التقدير لاتخاذ القرار الصائب في كل خطوة في سلسلة القرارات، بالإضافة إلى تأثير الجماعات القوي في صنع القرارات.

المطلب الثاني : تأثير الجماعات والصراعات على صنع القرارات

إن اتخاذ القرارات ليس بالأمر السهل والعقلاني بالشكل التقني والمحكم فهو مرتبط كثيرا بالبيئة التنظيمية والثقافية والتأثير الكبير للعلاقات والجماعات خاصة في ظل بيئة تتميز بغلبة العلاقات غير الرسمية والتعود على الأعراف والتقاليد والشبكات الاجتماعية أكثر من احترام القاعدة القانونية.

الفرع الأول : مفهوم الجماعات

قبل أن نتكلم عن تأثير الجماعات على القرارات عن طريق التأثير على سلوك الأفراد داخل التنظيمات الاستشفائية ومن أجل فهم جيد لمختلف علاقات التأثير، فإننا سوف نذكر أهم تعاريف حول الجماعات ومفاهيمها هيكلتها.

1- مفهوم الجماعة: " وحدة اجتماعية تتكون من مجموعة من الأفراد يتوفر لديهم الإدراك الجماعي لوحدتهم من خلال تفاعلهم الاجتماعي المتبادل عن طريق اللغة وهي أداة الاتصال الرئيسية للجماعة وتساهم في تحقيق أهداف مشتركة مع مراعاة إشباع الحاجات الفردية لكل من الأفراد، وهذا يعني أن هناك علاقة اعتمادية متبادلة بين أفراد الجماعة ويكون لكل فرد مكانه ودوره في الجماعة، وأن لهذه الوحدة الاجتماعية مجموعة من المعايير والقيم التي تحدد تنظيم سلوك أفرادها.¹

إن الجماعة بصفة عامة لا تشكل علاقة اجتماعية بسيطة وبدائية، إنها في آن معا معقدة لأنها تجمع بطريقة هشة مشاعر ومواقف متنافرة ويتم تعلمها لأننا نتعلم المشاركة في جماعات متضامنة، كما أنها ليست نقية بما أن الروابط الاجتماعية تقتزن بالغايات والنزاعات وحتى العنف.

حسب غوته لا يكفي التعايش وحده لمعرفة الجماعة بل يقتضي إضافة سمتين اثنتين حيث يتحدث Hazard Feld et Merton عن الوئام لتعيين شراكة في المصالح والأذواق تتعدى الانتماء المبدئي إلى قيم مشتركة.²

2- خصائص الجماعة:

- الدوام لفترة زمنية معقولة.
- وجود دوافع مشتركة يشجعها الانضمام أو الانتماء للجماعة.
- التفاعل الاجتماعي والتأثير المتبادل بين أفراد الجماعة.
- وجود أهداف مشتركة.
- ارساء قدر ممكن من النظام والتنظيم الاجتماعي.
- صياغة وتبني عدد من المعايير والقيم التي تنظم وتوجه العمل.³

3- هيكلية الجماعات: هناك عدة تصنيفات وأهمها:

* هيكلية تعتمد على المكانة: لا بد من وجود تسلسل في مستويات الهيئة والأهمية لأعضاء الجماعة وهذا أمر يؤثر على درجة الدافعية عند الأعضاء، وبالتالي على نتائج سلوكهم لأن ذلك مرتبط بالحقوق والواجبات المرتبطة بالمركز.

¹ فاروق، عبده فليح والسيد محمد عبد المجيد. السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التنظيمية. ط1. عمان: دار المسيرة، 2005، ص 129.

² بودون، ريمون و فرنسوي بوريكو، مرجع سابق، ص 250-252.

³ فاروق، عبده فليح، مرجع سابق، ص 94.

*هيكل القوة والنفوذ: لا بد من تحديد درجة التأثير التي يتمتع بها كل عضو من أعضاء الجماعة على غيره وعلى العمل وهو أمر تعكسه السلطة في التنظيم الرسمي والقوة في التنظيم غير الرسمي.

*هيكل الدور: تعني بها مجموعة الأنماط السلوكية التي يتوقعها أعضاء المجموعة من بعضها.

*هيكل القيادة: والمقصود بها تحديد نمط ومستويات الأداء التي تساعد الجماعة على تحقيق أهدافها.

*هيكل الاتصالات: لا بد للجماعة من تحديد نمط الاتصال بفعالية التي تساعد على تحقيق الأهداف، أفقية عمودية، دائرية.¹

4- أنواع الجماعات:

الجماعات الرسمية: يمثل هذا النوع من الجماعات الصورة التي يتطلبها التنظيم الرسمي من تشكيل جماعة العمل ضمن الوحدات التنظيمية المختلفة لتحقيق الأهداف التنظيمية.

الجماعات غير الرسمية: تتصف هذه الجماعات بأن العضوية لا تتشكل ولا تتحد وفقا لمقتضيات التنظيم بل استجابة لحاجات خاصة بالأعضاء، والتي قد لا تكون بالضرورة منسجمة أو متفقة مع الأهداف التنظيمية.²

الفرع الثاني: تأثير الجماعات

سنركز على دور الجماعات غير الرسمية لما لها من دور في التنظيمات الجزائرية مثل باقي دول العالم الثالث وتمسك الأفراد بالعلاقات غير الرسمية على حساب التنظيمات القانونية في أغلب الأحيان، وهذا في حد ذاته يعتبر تحديا بالنسبة لأصحاب القرار، فبالإضافة إلى محدودية قرارته من الناحية الموضوعية التي ترجع إلى عوامل شخصية أو في طريقته في التعامل فإن ارساء معايير قانونية وموضوعية خاصة الجدية منها يقابل بمقاومة وتنمو داخل العلاقات غير الرسمية حتى وإن كانت تنتمي إلى سلطة رسمية، فالمشكل يتعلق بالسلوك في حد ذاته وكيفية اقامة شبكة الاتصال والتي تؤدي إلى التأثير في القرار.

يدرك من يعمل في التنظيمات الادارية العمومية أو الخاصة أن الاتصالات لا تتقيد بما هو مقنن في الهيكل التنظيمي الرسمي وأن هناك علاقات واتصالات تتشكل وفق أسس شخصية تقوم على الود والتفاهم وعلى القيم المشتركة، ولا تتماثل مثل هذه العلاقات بالضرورة على الاتصالات

¹ تامر، ياسر البكري، إدارة المستشفيات، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005، ص 152.

² المرجع نفسه، ص 56.

الرسمية، وهي تنشأ وتكتسب قوتها تدريجيا على أعضائها وتتميز باللقاءات المباشرة الشخصية غير الرسمية، ورغم أنها ترى من طرف بعض المسيرين على أنها سلبية لما يرافقها من أنماط وشاية وتجسس وتوريثا للصراعات على النفوذ والسلطة، ولكن يمكن أن تستغل لكسب المزيد من التعاون وسرعة تدفق المعلومات بتوجيهها لصالح المؤسسة.

وقد يكون وجود التنظيمات غير الرسمية بقوة دليلا على جمود التنظيم الرسمي وعدم ملاءمته للتغيرات مما يشجع روح التحالف ضد التنظيم توخيا لإصلاح الأوضاع أو دلالة على بدائية القيادات، في تعاملها مع العاملين مما يولد لدى الآخرين شعورا بالإحباط والدخول في تحالفات تعيد لهم قدرا من السلطة والشعور بالاحترام.¹

إن الجماعات لها تأثيرها الكبير على سلوك الفرد وتفكيره وقيمه وذلك من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تقوم بها الجماعة تجاه الأفراد وكذلك من خلال عملية التقمص، ففي كثير من الأحيان يتقمص الفرد شخصية الجماعة التي ينتمي إليها فيتبنى معاييرها وقيمتها ويشعر بالاعتزاز للقيام بأعمال تحقق أهداف الجماعة.²

أكدت الدراسات الرائدة التي قامت بها جامعة هارفرد في الأدب الإداري بتجارب هوثورن أن ظهور الجماعات وخاصة غير الرسمية تمثل أحد الظواهر البارزة في التنظيمات، ذلك أن هناك جماعات تلجأ لتقائيا بين الأفراد تتعدى علاقاتها الخطوط الرسمية إن لم تزد عليها، إذ ظهر على تجارب القائمين على تجارب هوثورن أن هناك قواعد عامة للسلوك تلقى قبولا والتزاما من الأعضاء رغم أنها غير مكتوبة وأن هناك سقوبا أوقيودا تضعها مثل هذه الجماعات على أعضائها، على مستوى الانتاج المطلوب الوصول اليه، بحيث تمنع بعض العاملين من الوصول إلى حد معين لئلا تأخذ الإدارة هذا المستوى المعين من الانتاج كمعدل، وتلزم كافة الأعضاء بتحقيقه أو حتى لا يظهر هذا النمط الجديد من السلوك قصور أعضاء آخرين في التنظيم و تطبق الجماعات أيضا مثل هذه القيود على الأفراد الكسالى.

¹ المرجع السابق، ص 230-233.

² المرجع نفسه، ص 56.

من أمثلة ذلك العامل الجيد الذي يعمل بجد ، الأمر الذي يؤدي إلى مقاطعته من طرف الجماعة، فيتأثر نفسيا النتيجة تكون انخفاض مستوى العمل، لكي لا يصبح منبوذا و غريبا على الجماعة وللمحافظة على العضوية في الجماعة.¹

إذن فإن الجماعة تمارس نفوذ ، و تؤثر من خلال القواعد والمعايير المحددة لسلوك، وهي آليات تؤثر على الطريقة التي يدرك فيها الأعضاء الأمور و الأحداث وفق الأطر المرجعية والاتجاهات التي تلتزم بها الجماعة من عمليات تنشئة وتلقين للقيم وتعريف أعضائها بمعايير السلوك المقبول، هذا إلى جانب توقيع العقوبات على الأعضاء الذين يخالفون القواعد السلوكية المحددة ومكافأتهم في حال العكس.²

ويمكن القول وبشكل مبسط بأن الانتماء لجماعة لا يتم إذا لم تؤدي الجماعات وظائف مهمة لأفرادها على المستوى المادي والمعنوي فعضوية عامل في النقابة تتم لتأمين ظروف عمل أحسن إذ تمثل العضوية في الجماعات بشكل عام الأمن الثقافي والاجتماعي والنفسي وبخاصة في الدول التي لم تصل إلى مرحلة السلطة القانونية، وبلغة ماكس فيبر بأن الجماعة تعتبر مصدرا أفضل للشعور بالأمن الحقيقي للعامل سواء كان له الحق أو لا.

ينجذب عادة الأعضاء إلى الانتماء إلى الجماعة حيث يمكن للعامل أن يعبر عن نفسه يتعلم الحوار والمناقشة فيعوض الشعور بالضيق الذي كثيرا ما يصاحب العاملين في البيروقراطيات الضخمة. الحاجة إلى التنفيس عما يشعر به الفرد بسبب مشاكل نفسية واجتماعية يعاني منها فتؤدي الجماعة دورا علاجيا في هذه الحالة .

الحاجة إلى معرفة المعلومات عما يجري في التنظيم أو البيئة الخارجية والتي قد لا تؤكد بالضرورة الحقائق، ذلك أن كثيرا من المعلومات التي يتبادلها أعضاء الجماعات الصغيرة خاصة في الدول النامية ليست إلا اشاعات يتم ابتداعها من قبل بعض الأعضاء كمصدر بديل للأخبار الرسمية التي لا وسيلة للجماعة للوصول إليها.³

¹ تامر، ياسر البكري، مرجع سابق، ص 146.

² المرجع نفسه، ص 147.

³ المرجع نفسه، ص 151.

فإن الاشاعات أصبحت ظاهرة عامة في بعض البلدان النامية ووسيلة مهمة للتغيير للوصول إلى قرار اداري باتجاه ما يتمناه مروج الاشاعة، بل وأصبحت استراتيجية أثبتت فعاليتها وهي تستعمل بقوة في التنظيمات بالجزائر بحرفية عالية بالإضافة إلى تأثيرها البسيكولوجي والاجتماعي في تدفق المعلومات بسرعة وميل الناس إلى تصديق الأسوأ وحب الفضول من جهة، عدم وجود أهداف واضحة في المؤسسة، عدم انشغال بعض الموظفين بالعمل وبالتالي عادة ما تستعمل لفرض السلطة وخصوصا للتشويش على مراكز السلطة وأصحاب القرار، تحريف العلاقات وتحريف الأفراد عن اتباع السلطة الرسمية بإنقاص الولاء اليها، ومن هنا يبدأ صاحب القرار التنظيمي إلى سحب سلطته بطريقة غير مباشرة وخلق الفوضى له بدون أن تظهر لا الأسباب ولا الأشخاص والنتيجة تكون انحراف عن الأهداف الاستراتيجية والانشغال بالتوترات الحاصلة والصراعات، وكلما كان هناك تعليمات جديدة في إطار التغيير تكون هناك مقاومة وتستعمل الجماعات غير الرسمية ورقتها الضاغطة لامتلاك سلطة أكثر.

الفرع الثالث: تأثير علاقات الصراع على القرارات

سنتكلم من خلالها على الخلفية الثقافية والاجتماعية التي تلعب دورا في تسيير العلاقات داخل التنظيم والتي قد تتشكل وفقا للعصب الخلدونية وتمارس البيروقراطية أو التaylorية في آن واحد وهذا في حد ذاته يعتبر صعوبة في تطبيق القرارات الخاصة المتعلقة منها بالتغييرات، ولهذا سوف نوضح ميكانيزمات هذه العلاقات داخل التنظيمات الصحية الجزائرية بصفتها مؤسسات عمومية.

أولا: علاقات الولاء والصراع

إن اقتصار الحديث عن نوع التنظيم وأثر البيئة والاستراتيجيات المتبعة كمحدد للسلوك التنظيمي وتوجيهه لا يطابق واقع العمل في التنظيمات الاداري و ذلك لطابعها السياسي، حيث تلعب الصراعات على النفوذ والسلطة دورا مهما في تعديل الاستراتيجيات الأصلية وبالتالي تغير طبيعة ونمط التنظيم الاداري السائد، ذلك أن من هم في مراكز السلطة يختارون التنظيم الذي يناسبهم ويزيد من نفوذهم ويمثل "جون تشايلد" هذه وجهة النظر والتي ترى أن الأشكال التنظيمية لا تتشكل وأن القرارات الادارية لا تتخذ دائما على أسس عقلانية وموضوعية ولا يحكمها فقط متغيرات الاستراتيجية، بل الدور الاستراتيجي يعود إلى أصحاب القرار الاداري الذين يوجهون الأمور وفقا لمصالحهم انطلاقا من الأهداف وصولا إلى اختيار الأشكال التنظيمية التي تتوافق مع المصالح كما

أن القرارات التي تتصل بميكلة التنظيم وخصائصه هي محصلة صراع علني وخفي على السلطة بين جماعات المصالح تحاول تحقيق أهدافها، مبررة ذلك بأن تلك الأهداف هي لخدمة مصالح التنظيم وتكثف جهودها لدعم السياسات و الأهداف و الاجراءات التي تخدم أغراضها.¹

لا يمكن أن نهمّل جانب الصراعات الذي ينمو داخل التنظيمات، حيث تعددت التحاليل التي تفسره إذ يصعب حصرها ومنها التفسيرات النفسية التي تعتبرها مصاحبة للطبيعة البشرية ومرتبطة بغريزة حب البقاء وإعادة الإنتاج.²

كما أن نظرية الكبت والحرمان تربط السلوك العدواني بتراكم حالة الكبت والحرمان وحالة عدم تحقيق حاجة أو هدف، فالرئيس الصغير الذي يحرم موظفيه ويهددهم يعتبر مصدرا للصراع الذي يمتد إلى مختلف الأطراف بما فيهم الرئيس نفسه مما يزيد في تراكم القلق ومن ثم الصراع وتتطور لتصل إلى الاعتداء، فالعلاقة الاجتماعية داخل المنظمة وحالة التفاعل اليومي إنما هي تفاعلات بين أنماط متعددة ومتناقضة من أنماط الشخصية.

إن الموظف الذي حرم من التكوين والذي يسمح له بالحصول على شهادة عليا فإنه يشعر بالنقص بالرغم من المكانة التي يعتليها بسبب الخبرة والأقدمية وبالتالي قد يسلك سلوك الشك وعدم الثقة والخوف الدائم من الشباب الدارس والتي تكون سببا في طرد الكفاءات ونمو الصراعات.

وهنا يحرم الشباب من الخبرة ويعتبر الحرمان من المعلومات أحد أسباب الصراع ويحاول إثبات الطرف الآخر بأن هؤلاء الشباب لا تنفعهم الشهادات ويعطي له إشباعا داخليا بالشعور بالتفوق، وبالتالي يتعايش فقط مع الذين لهم أقل خبرة بسبب سهولة السيطرة عليهم وبسبب شعور بالأمان وسهولة توقع ردود أفعالهم.

ويمكن أن نعطي تفسيرات انطلاقا من التحاليل التي قدمها ابن خلدون تحديدا على مستوى التنظيمات السياسية التي لها من الخصائص ما تشترك به مع المنظمات الأخرى³، حيث ركز ابن خلدون في دراسته عن الدولة ومؤسساتها واعتبارها نسقا مغلقا ومفتوحا في نفس الوقت بحيث يتأثر المرؤوسين حسب توجهات الحكم عند ساستهم فإذا اشتهروا بالعدل والرفق عمل المرؤوسون على

¹ تامر ياسر ، البكري ، مرجع سابق، ص ص 395-398.

² ناصر ، قاسمي ، مرجع سابق ، ص 61.

³ المرجع نفسه ، ص ص 62-63.

اظهار ما بأنفسهم من سلوك على طبيعته و إذا اتسم بالقهر والإخافة فإن المرؤوسين يتوجهون نحو التكاسل والتراجع، وإذا تعامل بمنطق العقوبات فإن العقوبات تذهب بأس المرؤوسين وحماسهم، وإذا كان سلوكه تسلطيا يتسم بالضغط والقهر فيكون الاتجاه نحو التكاسل الذي لا يعني سوى ضعف أداء المرؤوسين وفعاليتهم في العمل ولا تؤدي العقوبات المسلطة عليهم سوى إلى ضعف ارادتهم بل وإلى المساس بكرامتهم ، ويعمم ابن خلدون هذا الأمر على مختلف التنظيمات البيروقراطية وما تتضمنه من علاقات رئاسية والتي لا تترك مجالا للاحتجاج والدفاع عن النفس، حيث أن نظام العقوبات يتمثل في النصوص القانونية التنظيمية التي تعتبر وسيلة للضبط الاجتماعي أي ضبط سلوك الأفراد مع الأهداف التنظيمية.¹

كما أن الأمر يختلف بين المناطق الحضرية التي تكون أقرب إلى ثقافة الامتثال والطاعة منه إلى ثقافة الاحتجاج والعصيان، حيث أنهم يتقيدون بالنصوص التي تضبط السلوك في جميع الميادين وبدونها تعم الفوضى وعدم الاستقرار ولا يمكن الاستحداث إلا إذا كانت أرضيته ممهدة بالنصوص التنظيمية، أما أهل البدو فهم متحررون من هذه النصوص والضوابط لأنها بعيدة عن نسقهم الاجتماعي ولا تتلاءم معه نظرا لتوفرهم على قواعد ضبط اجتماعي خاصة بهم وملائمة لبيئتهم ولنمط حياتهم.²

إن محاولة إيجاد مدخل لفهم أكثر موضوعية للمنظمة الجزائرية، فإذا كان اليابانيون يعتمدون على روح الساموراي والألمان على روح الرأسمالية و الأمريكيان في روح البراغمية والفردانية والنيجيريون على روح القبيلة فإننا لفهم العلاقات في المنظمات الجزائرية، فإننا لا بد أن نقف عند بعض المراحل التاريخية لهذه العصب داخل المنظمة الجزائرية لفهم امتدادها، ففي عهد الأتراك كانت السلطة المركزية تستعين بشيوخ القبائل بما يتميزون من قوة العصب حيث تشكل بعض العصب بناء على المصالح التي تستهدفها مؤيدة لكل المخططات التنموية، أما داخل المنظمة فإن تعيين أي مشرف جديد أو موظف عادي للعمل داخل المنظمة يجعل الموظفين والجماعات الاجتماعية تبحث عن معلوماته الشخصية كالأصل الجغرافي وانتماؤه وتكوينه وغيرها من المعلومات التي يرونها بأنها مهمة في التعامل مع الجديد ويجتهد كل طرف لكسبه عضوا جديدا لتدعيمه ويتنافس الأشخاص والجماعات منافسة

¹ المرجع السابق، ص 65.

² المرجع نفسه، ص 66.

خفية عن طريق النصح والتحذير والتي تعينه على الاندماج، وهي إعانات يكون ثمنها الولاء لطرف الذي أعانه، أما المشرف الحديد فيعتقد أنه لا يتمكن من تدعيم سلطته الرسمية إلا من خلال تشكيل وتقوية تنظيم غير رسمي يحيط به ويحتمي به من خلال مدة بالمعلومات ومختلف الدعم والتنبية إلى الأخطاء والتغطية عليها والإشارة إلى الأخطار الآنية والمتوقعة، أما أعضاء هذا التنظيم فيمكن أن يكونوا من الأقارب أو أصدقاء أو أصحاب المصالح الخاصة ، وفي الغالب لا يتم إرساء وجود هذه الجماعات إلا من خلال إرضائهم ببعض الامتيازات.¹

وفي مقابل عصبية المشرف القوية تتشكل عصب فرعية موازية لها تبني علاقاتها مع العصب المركزية وفق استراتيجيات ورهانات ترى بأنها تحافظ على مصالحها وتحقق لها مصالح معينة، ومن ذلك تتحالف مع بعض وتقدم لها مختلف أصناف الولاء ولو على حساب الجماعات الأخرى ومن هنا تنشأ مختلف التفاعلات.

إن دعم العصب الفرعية للعصبية المركزية داخل المنظمة يزيد قوة بينما تبقى العصب الأخرى منطوية على نفسها لا تكاد تحافظ إلا على مصالحها الخاصة ، وقد لا تجد من يقف بجانبها في حالة وقوعها في أي صنف من المشاكل ، أما الولاء فله ما يقابله من الحماية وتحصيل الامتيازات وحماية المصالح ومن معاني الولاء رضا الجهات الوصية أو الرئيس الأول عن رؤوسيه مما يجعله يمدد في عهدتهم ، وما يزيد في قوة هذه العصب هو وصولها إلى مصادر القرار وكثرة عدد الأفراد الذين ينتشرون في كل المصالح ومديريات المنظمة ، وحتى داخل التنظيم النقابي مهما كان المنصب ، وعندما يحس المشرف بقرب نهايته فإنه يهيئ نفسه للانتقال إلى منظمة أخرى لينقل معه أهم أفراد عصبته أما العصب الأخرى فإنها تعيش في هذه الفترة الانتقالية أجواء الاشاعة والإشاعة المضادة التي تشترك فيها العصب المركزية و العصب الفرعية على السواء خاصة فيما يتعلق بالطرف الذي سيتقلد منصب الاشراف الشاغر وهنا تنطلق رهانات جديدة فتعيد العصب الفرعية حساباتها وتعيد النظر في استراتيجياتها إن أمكن و تلجأ إلى تشويه السمعة المتبادلة.²

¹ المرجع السابق ، ص ص 66-68.

² المرجع نفسه، ص 69.

ثانيا: المجال الاجتماعي:

يتميز المجال الاجتماعي لعصب المنظمات بالمرونة والحراك القوي، يضيق ويتسع بناء على متغيرات البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة، والمتغيرات الداخلية مرتبطة بالتنظيمين الرسمي وغير الرسمي، فالتنظيم الرسمي يؤثر في المجال الاجتماعي لهذه العصب سواء من حيث أنماط القيادة أو من حيث النصوص التنظيمية المختلفة التي تضبط تحرك الأفراد والجماعات، أو من حيث تدخلات الإدارات المختلفة ومن جهة أخرى تلعب جماعات المصالح داخل المنظمة دورها فتؤثر في توزيع الأدوار والمصالح وإصدار القرارات، ولبلوغ أهدافها تعمل على تضيق مجال تحرك الجماعات والأفراد كي لا تمنح لها الفرصة لتحقيق مصالح معينة على حسابها.¹

وكما تتحدد داخل المنظمة مجالات اجتماعية فردية لها عدة أشكال، فهناك المجال الفردي الشخصي والمادي للفرد المتعلق بالمكتب وغيره والمجال الاجتماعي الرسمي وغير الرسمي والمتعلق بالجماعة الرسمية وغير الرسمية التي ينتمي إليها وضمن هذا المجال تتم عملية التبادل المختلفة الرسمية وغير الرسمية وداخلها تتم أيضا عمليات الصراع داخل المنظمة وغيرها وتنشط عصب المنظمات داخل هذه المجالات المختلفة الفردية والجماعية الرسمية وغير الرسمية من أجل الحصول على مصالحها الخاصة بحيث ينال دورا بناء على منصبه في التنظيم الرسمي أو لشخصيته وتكوينه أو لانتماءاته الجهوية ولقراية، فوجود علاقات القراية ومن نفس الجهة يمكن أن يقلب موازين القوى المتصارعة.

خلاصة:

لقد وضحنا من خلال هذا الفصل خصوصية التغيير ضمن التنظيمات الاستشفائية ابتداء من المشاكل التي يعانها النظام الصحي الجزائري وكيفية اتخاذ القرارات ضمنها، والتناقضات التي تظهر بين تطبيق العصرية ومواكبة التغيرات العالمية وبين السلوكات التي يتصف بها المسكرون سواء على المستوى المركزي وعلى المستوى المحلي. كما وضحنا أهم محاور التغيرات التنظيمية الاستشفائية وتحليلها، بالإضافة إلى أنواع البيروقراطيات بصفة التنظيمات الاستشفائية هي تنظيمات بيروقراطية وما هي أهم الميكانيزمات التي تشكل عوائق أمام إقامة تغيير حقيقي وتحقيق نوعية ومرونة بالإضافة

¹ المرجع السابق، ص 70.

إلـتأثير الجماعات وعلاقات الصراع على اتخاذ القرارات العقلانية التي هي في صلب التغييرات التنظيمية.

من خلال الفصول النظرية حاولنا الامام بكافة عناصر التغيير التنظيمي بتعاريفه المختلفة وبمقاومة التغيير، كما وقفنا على أهم التطورات التاريخية والنظرية والامبريقية التي ساهمت في تجسيد المؤسسة الحديثة وعلى شروط لتغير التنظيمي وطموحات التنظيمات المعاصرة في البحث عن النوعية والفعالية في التسيير والأساليب الناجحة لإرساء تغير تنظيمي ناجح.

كما تطرقنا الى خصوصية النظام الصحي وأهم التطورات الجذرية والمهمة التي طرأت على مفهوم الصحة وتطور سوسيولوجيا الصحة والتفاعل بين البحوث الامبريقية وعلم الاجتماع في ارساء مفاهيم جديدة في التكفل بالمرضى، وكذا التطورات التي عرفتـها المجتمعات لترسخ مفاهيم حقوق المرضى ضمن التنظيمات الاستشفائية وإلى ضرورة ارساء قواعد العلاقات العامة من أجل تقريب المرضى من التنظيمات الاستشفائية، كما لخصنا إلى التصور السوسيولوجي الحالي للتنظيمات الاستشفائية وإلى تقسيم السلطة المتطرف.

ثم وضحنا خصوصية التغيير التنظيمي ضمن التنظيمات الاستشفائية ليس فقط لطبيعة عملها المتصف بالاستعجالية وحساسية مهامها ما يجعل أمر التغيير أصعب، ولكن أيضا بصفـتها تنظيمات بيروقراطية وما تشكـله من عوائق واستغلال لمكان من الاجراءات والتعقيدات أمام تحقيق أهداف التغيير بالإضافة إلى أهم العوامل التي تحرف عملية اتخاذ قرارات عقلانية مقارنة بكافة النظريات والدراسات التي ذكرناها.

وانطلاقا من هذه المفاهيم النظرية واجابة على اشكـاليتنا فإننا سوف نقوم في الجانب التطبيقي بدراسة أكثر عمقا وتحليلا لكل هذه العناصر لنرى ما يميز المؤسسة الجزائرية والعراقيل التي تقف حائلا أمام تحقيق تغير ومدى تطور حقوق المرضى، وما هي ميكانيزمات البيروقراطية وطبيعة القرارات داخلها.

الفصل السادس

تقديم الدراسة الميدانية

الفصل السادس: تقديم الدراسة الميدانية

تمهيد:

سنقدم من خلال هذا الفصل المؤسسة محل الدراسة، بخصائصها البشرية والنشاطات التي تتميز بها، بالإضافة إلى الخصائص التنظيمية، كما سوف نقدم خصائص العينة التي اخترناها حسب كل فرضية.

المبحث الأول: تقديم المؤسسة ميدان الدراسة

نقدم من خلاله القانون المنظم لهذه المؤسسة، هياكلها والمصالح الاستشفائية التي تتكون منها، ثم نأتي على ذكر النشاطات الصحية وبعض المؤشرات الصحية المتعلقة بالتغطية الصحية وكذا تقديم الموارد البشرية الخاصة بالمؤسسة.

المطلب الأول: تقديم عام للمؤسسة

من خلال: تنظيمها القانوني والهياكل المكونة لها.

الفرع الأول: تنظيمها

مؤسسة سعداوي المختار هي مؤسسة صحية عمومية ذات طابع إداري نشأت بموجب المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. وتعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية سعداوي المختار وريثة القطاع الصحي عين وسارة، الذي يعود انشاؤه إلى سنة 1968.

أ- الهيئة المسيرة للمؤسسة: تخضع المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة إلى نص المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007، المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. وتكون هيئتها التنظيمية من:

أ- مجلس إدارة: وله الوظيفة التداولية الإقرارية، ويتشكل من أحد عشر عضوا كما تم التطرق إليه في القسم النظري.

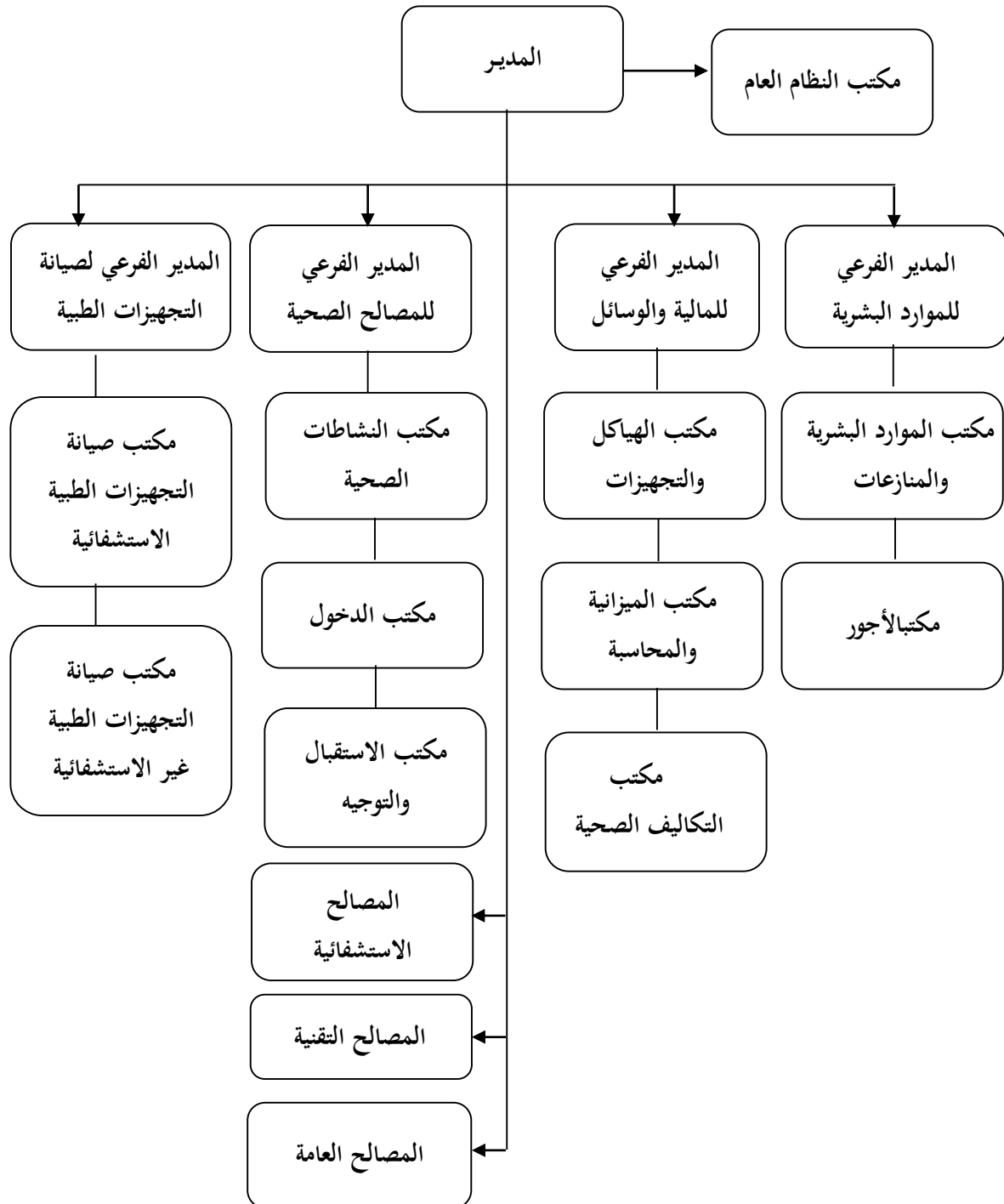
ب- مدير يرأسها، ويساعده في أداء مهامه أربع مدراء فرعيين في وظائف مختلفة.

الفصل السادس: تقديم الدراسة الميدانية

ت- المجلس الطبي: وهو يمثل الهيئة الاستشارية فيما يخص المسائل التقنية والقرارات المرتبطة بالنشاطات العلاجية.

الفرع الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية سداوي المختار

شكل رقم (01) الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية العمومية سداوي المختار¹



¹ المصدر: مديرية الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين وسارة.

المصالح الاستشفائية تضم الاختصاصات التالية:

- الطب الداخلي
- الجراحة العامة
- طب الأطفال
- أمراض النساء والتوليد
- تصفية الدم

بالإضافة إلى مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية

المصالح التقنية: وتتمثل في تلك المصالح الصحية غير الاستشفائية، ولها دور مساعد في أداء النشاطات العلاجية، ويمكن تحديدها كالتالي:

1. المخابر

2. الأشعة المركزية

3. جناح العمليات

- مصلحة علم الأوبئة: وتضم بداخلها:

وحدة المعلومات الصحية.

وحدة النظافة الاستشفائية.

-مصلحة الصيدلية: وتضم بداخلها:

وحدة تسيير المواد الصيدلانية.

وحدة توزيع المواد الصيدلانية.

-المصالح العامة: ويقصد بها تلك المصالح التي ليس لها عمل صحي مباشر، ولكنها ضرورية للمستشفى لإتمام مهامه المنوطة به في الرعاية العلاجية للمريض، وتتمثل هذه المصالح في:

- مصلحة الاطعام.

- مصلحة حظيرة السيارات.

- مصلحة الصيانة.

- مصلحة المخزن.

- فرق الحراسة وحفظ الأمن والوقاية.

المطلب الثاني: النشاطات والموارد البشرية

بتبيان أهم النشاطات الصحية وعدد المستخدمين بالمؤسسة الذي يشمل كافة المصالح الاستشفائية ومصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية.

الفرع الأول: مؤشرات التغطية الصحية

تغطي المؤسسة من الناحية الصحية: عدد سكان: 274822 نسمة موزع على:

- أربع دوائر
- عشر بلديات

جدول رقم (05): المؤشرات الصحية لكل ساكن

المؤشرات لكل ساكن	مؤشرات التغطية الصحية
1 سرير	2114
طبيب	4432
شبه طبي	1145

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على وثائق مقدمة من المؤسسة محل الدراسة

جدول رقم (06): مؤشرات الأيام الاستشفائية (المعدل الشهري)

المصالح الاستشفائية المؤشرات	تصفية الدم	طب الأطفال	الجراحة العامة	أمراض النساء والتوليد	الطب الداخلي	الاجمالي
الأيام الاستشفائية	3884	480	505	1031	179	4573
المدة المتوسطة للإقامة	13	2	3	2	05	3
نسبة شغل الأسرة	615.65	102.82	40.73	73.55	16.98	118.22

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على وثائق مقدمة من المؤسسة محل الدراسة

الفرع الثاني: الموارد البشرية

جدول رقم (07): توزيع الموارد البشرية حسب الأسلاك

العدد	الأسلاك
201	شبه طبيين
48	المستخدمين الإداريين والتقنيين
62	الأطباء
311	المجموع

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على وثائق مقدمة من المؤسسة محل الدراسة

المبحث الثاني: تقديم مجتمع الدراسة

نقوم من خلاله تقديم مجتمع الدراسة والعينة حسب كل فرضية وخصائصها.

المطلب الأول: مجتمع الدراسة

نقدمه حسب الفرضيات

الفرع الأول : بالنسبة للفئة الأولى

بالنسبة للفرضية الأولى

إن مجال دراستنا هو على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين وسارة "السعداوي المختار" ومجتمع دراستنا يشمل:

- المرضى المقيمين بالمصالح الاستشفائية على مستوى المؤسسة وتتمثل المصالح الاستشفائية فيما يلي:

مصلحة الطب الداخلي، مصلحة التوليد، مصلحة الجراحة العامة، مصلحة تصفية الدم.

-نسبة أفراد العينة: إن العدد المطلوب للعينة مرتبط بالوصول إلى إشباع في الإجابات أي تكرار نفس الاجابات على نفس الأسئلة.

الفصل السادس: تقديم الدراسة الميدانية

الفرع الثاني: بالنسبة للفئة الثانية و الثالثة

بالنسبة للاستبيان الموجه الى المستخدمين فان مجتمع الدراسة يتمثل في:

- الموظفين العاملين بالمؤسسة

وفيما يلي الجدول التكراري الخاص لأفراد مجتمع الدراسة:

جدول رقم (08): الجدول التكراري الخاص لأفراد مجتمع الدراسة

الفئة	العدد	النسبة المئوية
الأطباء(العام و المتخصص)	62	19
شبه طبي	201	65
المستخدمين الاداريين والتقنيين	48	16
المجموع	311	100

المصدر: من اعداد الباحثة

جدول رقم (09): نسبة أفراد العينة إلى مجتمع الدراسة

الفئة	عدد أفراد مجتمع البحث	عدد مفردات العينة	النسبة المئوية %
الأطباء العامون والمتخصصون	62	20	32
شبه طبي	201	65	32
المستخدمين الاداريين والتقنيين	48	15	31
المجموع	311	100	32

المصدر: من اعداد الباحثة

أما فيما يخص الفرضية الثانية المتعلقة بالمقابلة ، تم اختيار حالات مقصودة تتكون من 10 أفراد(بينالمدير والمدراء الفرعيين و مدراء المناوبة)، حيث تم اختيارالحالات على أساس مناصب المسؤولية ، تخص كامل الأفراد الذين يحتلون مناصب مسؤولية و يمارسون مهام مدراء مناوبة .

المطلب الثاني: خصائص العينة

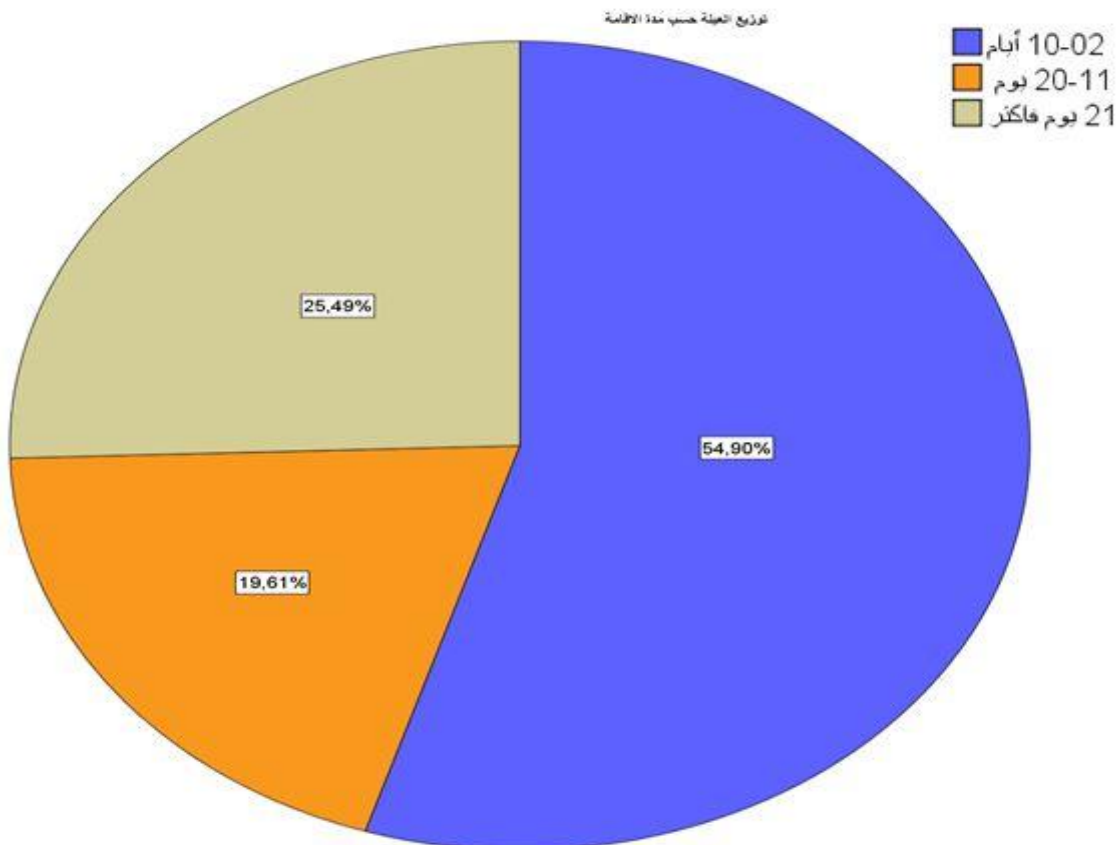
نقدم من خلاله خصائص العينات المختارة

الفرع الأول: خصائص العينة بالنسبة للفئة الأولى

بالنسبة للمرضى: استخدمنا العينة المقصودة حيث حددنا المرضى بالمصالح الاستشفائية والمقيمين ليومين فما أكثر بها، مدة تسمح برسم صورة واضحة للمريض، وليست سريعة وغامضة، عن التعامل وعن الإجراءات وإلى غير ذلك من النقاط فضلنا استعمال هذا النوع من العينة بالنظر إلى التجانس بين المصالح الاستشفائية، ونظرا لصعوبة تحصيل الاجابات بسهولة وبالتالي مراعاة إمكانية وقابلية الإجابة على الأسئلة من طرف المرضى، فإن العدد المطلوب للعينة مرتبط بالوصول إلى إشباع في الإجابات أي تكرار نفس الاجابات على نفس الأسئلة، العينة تتكون من 55 مفردة، وهي موزعة بالشكل التالي:

1- توزيع العينة حسب مدة الإقامة

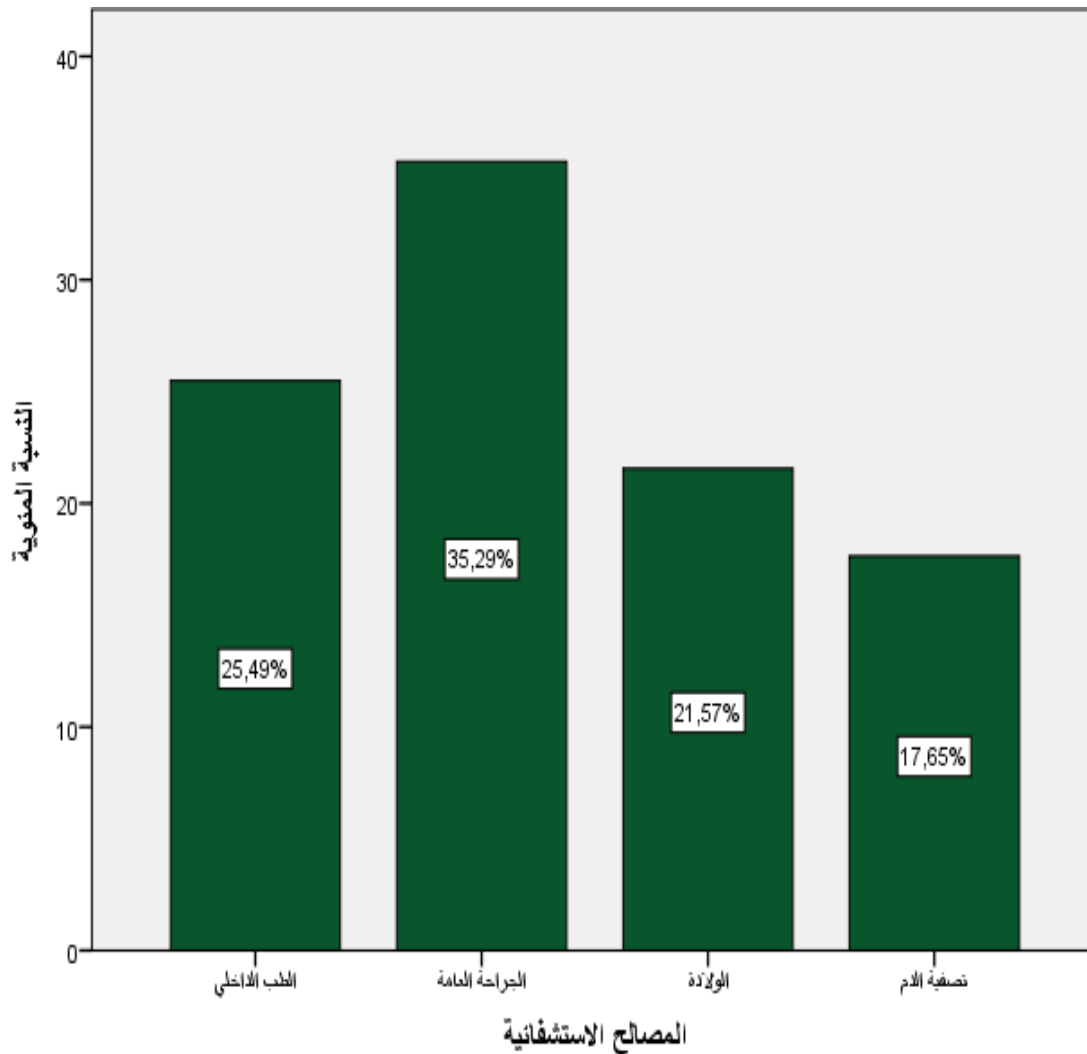
شكل رقم (02): الدائرة النسبية لتوزيع العينة حسب مدة الإقامة



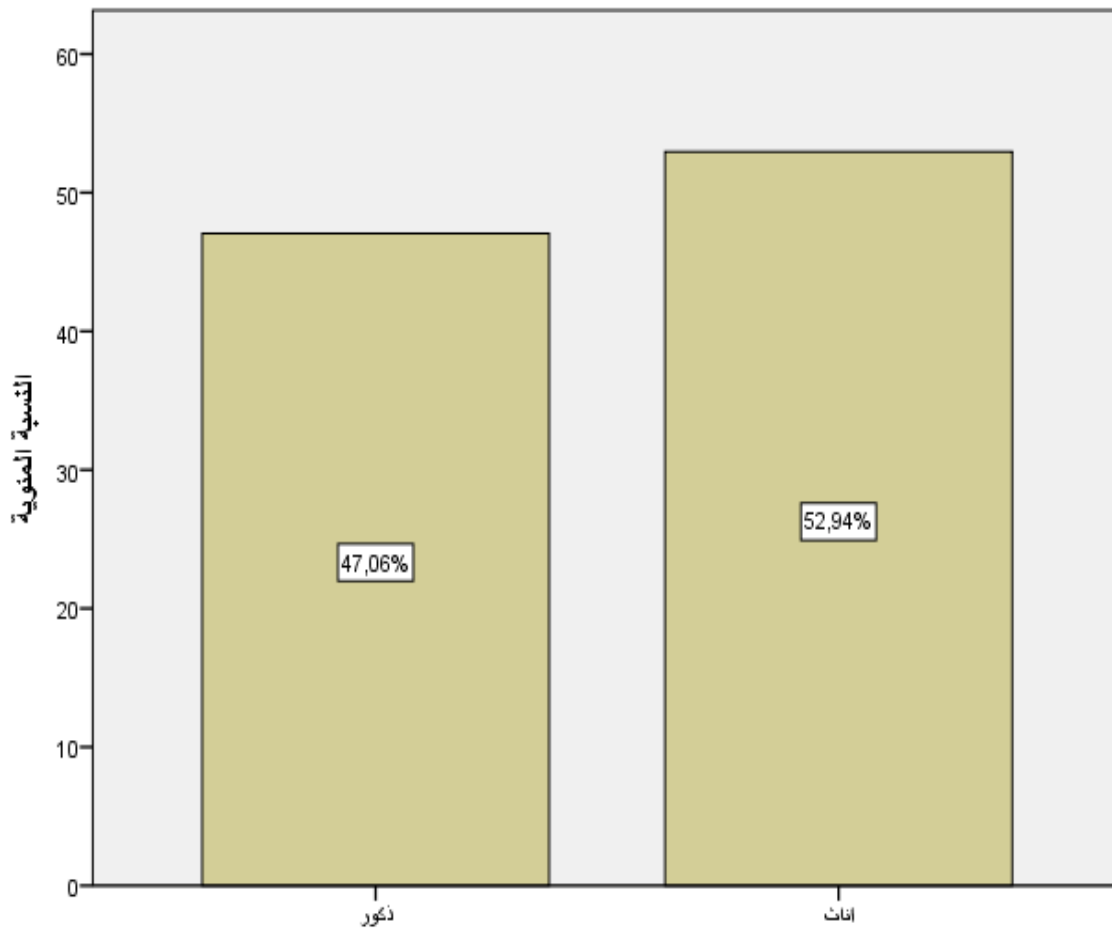
النسبة الغالبة هي من فترة 2 إلى 10 أيام، وهي فترة كافية لإعطاء معلومات عن طبيعة الخدمات وسلوك الأفراد، كما أن فترة أكثر من 21 يوم أدخلنا بها المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي في مصلحة تصفية الدم.

2. توزيع العينة حسب المصالح الاستشفائية

شكل رقم (03): الدائرة النسبية لتوزيع العينة حسب المصالح الاستشفائية



شكل رقم (04): توزيع المفردات حسب الجنس

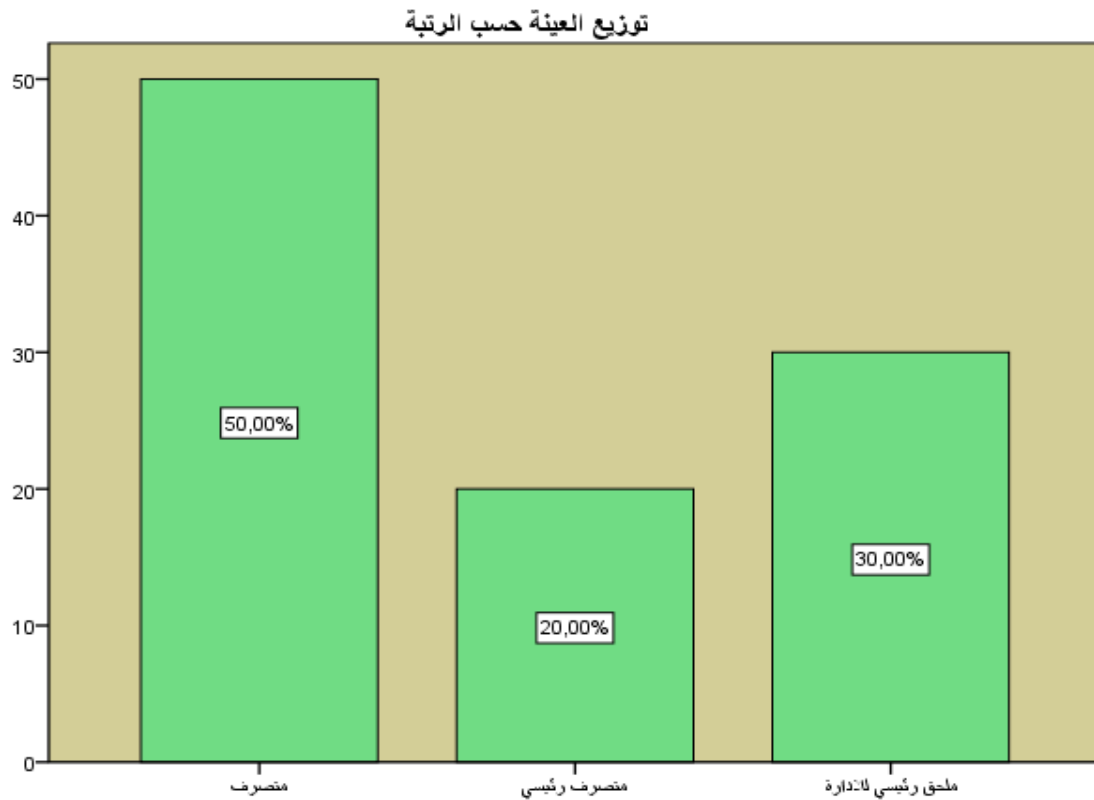


توزيع يعتبر متوازنا بالنظر إلى وجود أفراد بمصلحة الولادة ضمن العينة.

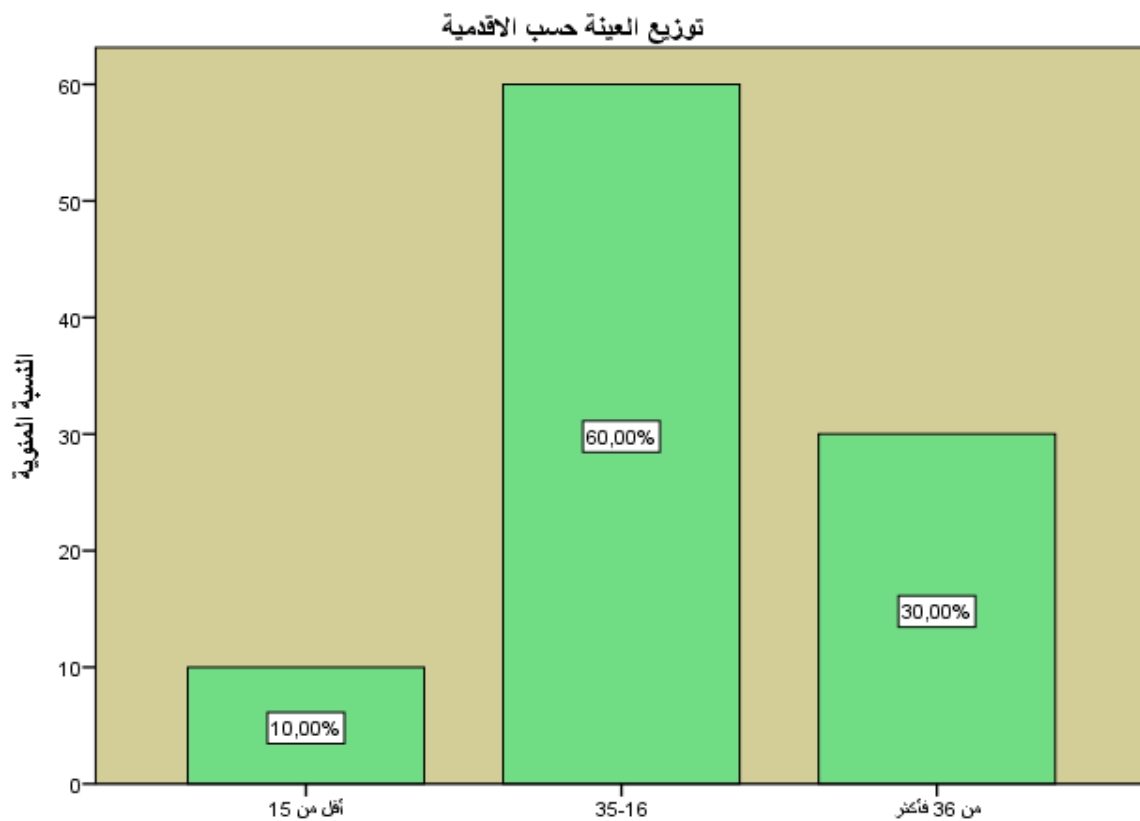
الفرع الثاني: خصائص العينة بالنسبة للفئة الثانية

أما دليل المقابلة الموجه للمسيرين تم اختيار الحالات المقصودة، على أساس المناصب المتولاة والمسؤولية والخبرة في المجال، والموجهة الى المدير و المدراء الفرعيين و مدراء المناوبة، بما أن البحث كیفی بالدرجة الأولى ولتمكيننا من إعطاء أبعاد ومعلومات عن سلوك الأفراد خلال فترة زمنية وكذا أشكال المقاومة والتعامل مع كافة التغيرات، والتي تشكل من 10 (عشر) أفراد.

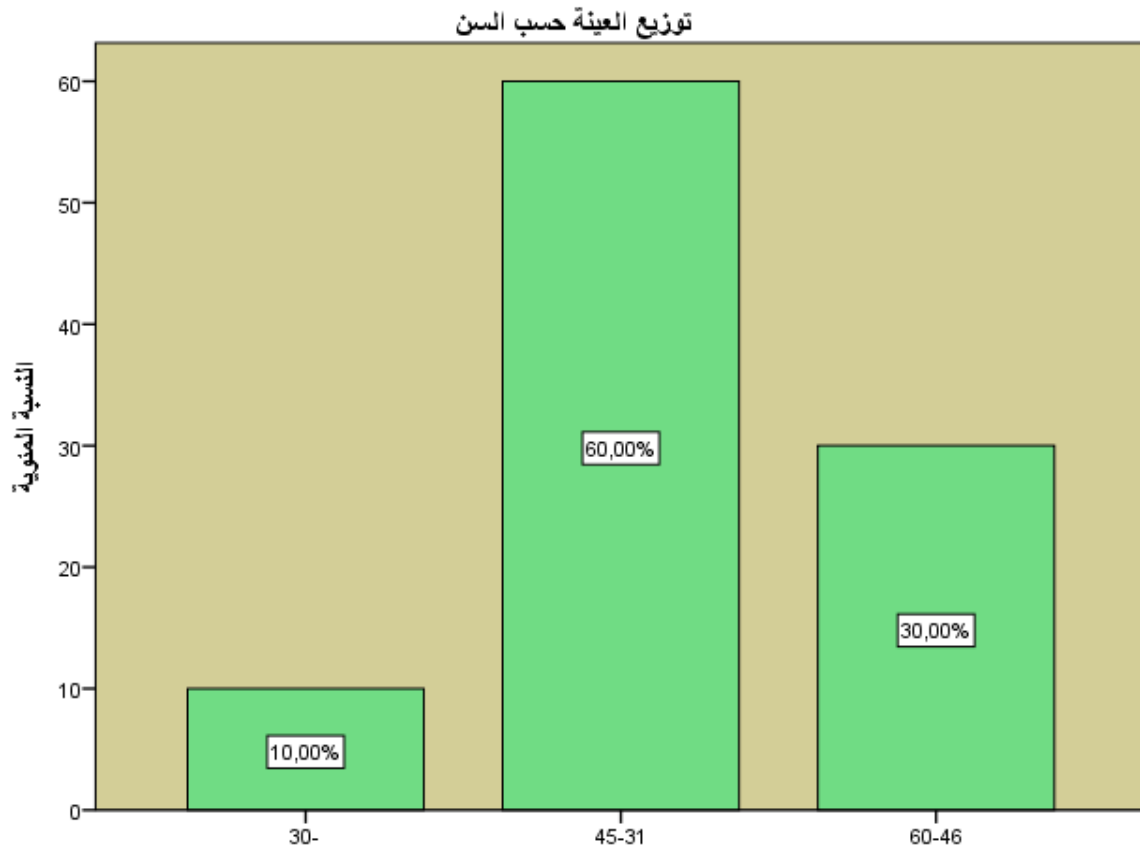
شكل رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب الرتبة



شكل رقم (06): توزيع المفردات حسب الأقدمية



شكل رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب السن



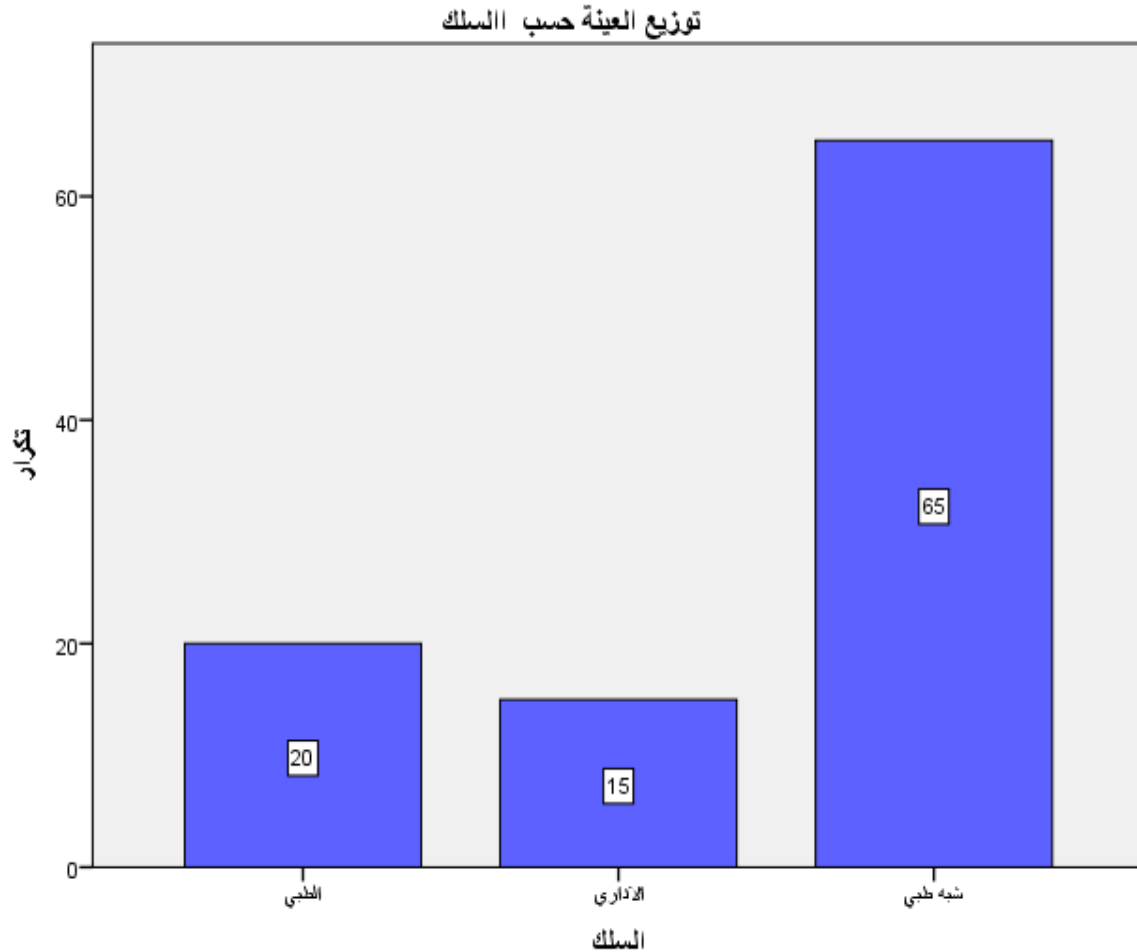
الفرع الثالث: خصائص العينة للفئة الثالثة

بالنسبة للاستبيان الموجه للمستخدمين: نظرا لطبيعة البحث النوعية، حيث نسعى من خلال الاستبيان المقدم إلى تحليل المشاكل التي يعاني منها المستخدمون بمختلف الأسلاك، التي تؤثر على سيرورة المصالح وعلى المريض، بتوجيه أسئلة عامة ومتكيفة حسب طبيعة المشاكل، ولضمان زيادة احتمال تمثيل خصائص المجتمع فقد اخترنا استخدام العينة الطبقية العشوائية التي شملت كافة الأسلاك المهنية، نظرا للدور المترابط والفاصل لكل فرد من الأفراد ضمن سيرورة العلاج، انطلاقا من الاستقبال إلى غاية العلاج النهائي، حيث قسمنا مجتمع الدراسة إلى طبقات على أساس التجانس وعلى أساس وجود ارتباط مرتفع بين المجموعات المختارة، أي حسب الأسلاك: الأسلاك الطبية، الأسلاك شبه طبية، الأسلاك الإدارية. واستعملنا طريقة التناسب حيث أخذنا عدد يناسب مع النسبة التي تمثلها الطبقة من المجتمع، وقد تم سحب 100 مفردة أما السحب داخل هذه الطبقات فقد تم بطريقة عرضية مكانية.

تتكون العينة من 100 مفردة.

1. توزيع العينة حسب السلك: مقسمة حسب الأسلاك بالشكل التالي:

شكل رقم (08): توزيع المفردات حسب السلك

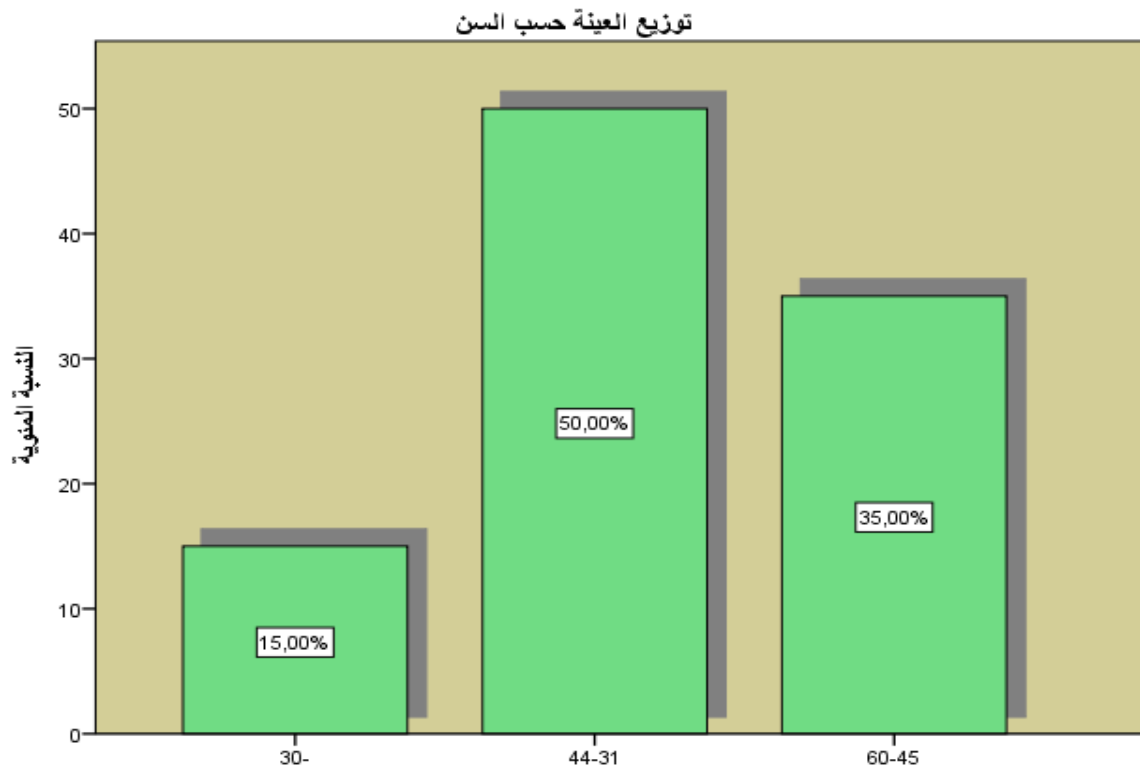


السلك الطبي المتكون من الأطباء المتخصصين والأطباء العامين وشبه الطبي المتكون من الممرضين والقابلات وأعوان التخدير ومشغلي الأشعة والبيولوجيين والسلك الإداري.

2. توزيع العينة حسب السن:

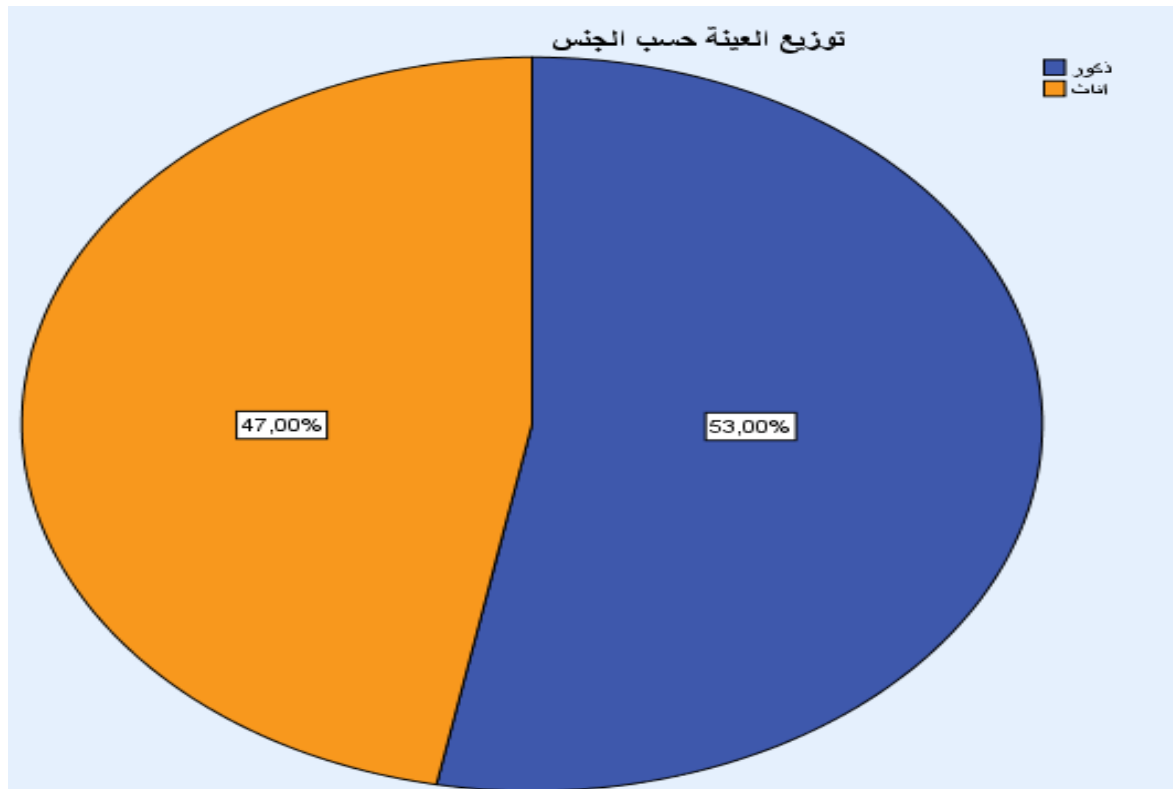
أكبر نسبة تمثلها الفئة العمرية لهذه العينة هي من 31-44 بـ 50 %، وهي تعتبر فئة مناسبة فهي تمثل فئة بين الحداثة من جهة وبين اكتساب خبرة مهنية من جهة أخرى.

شكل رقم (09): توزيع العينة حسب السن



3. توزيع المفردات حسب الجنس

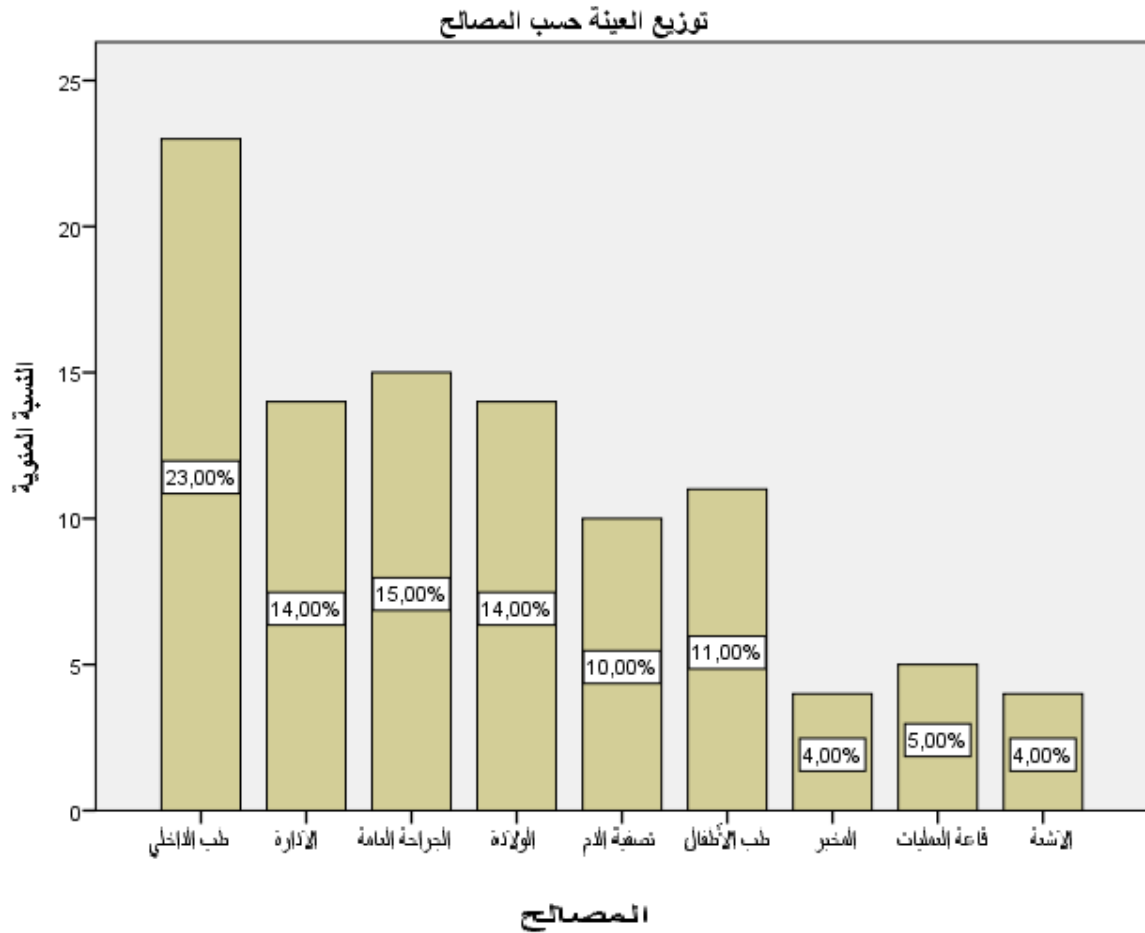
شكل رقم (10): توزيع العينة حسب الجنس



- نلاحظ أن هناك توازن تقريبا بين الجنسين، في ظل تزايد عدد النساء العاملات سواء في السلك الطبي وشبه الطبي منها القابلات في مصلحة الولادة.

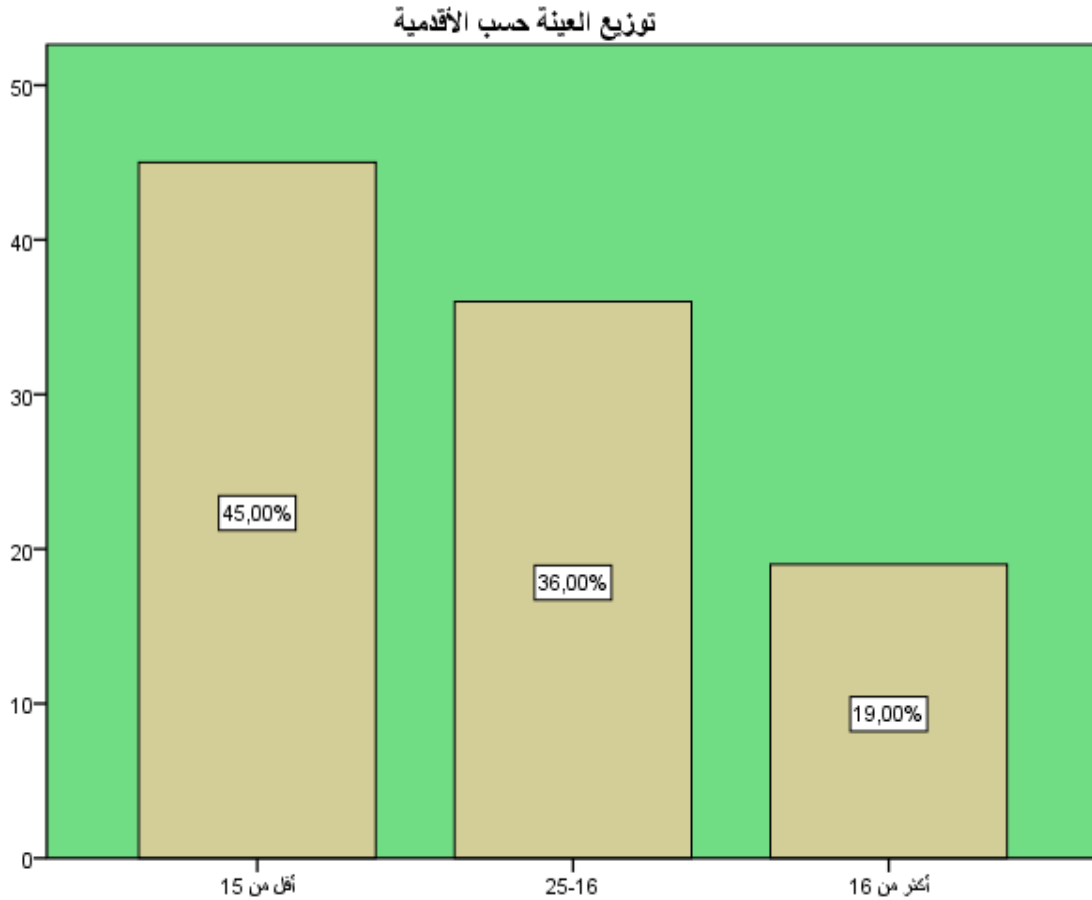
4. توزيع المفردات حسب المصالح

شكل رقم (11): توزيع المفردات حسب المصالح الاستشفائية



طبقا للاستبيان على العاملين بكافة المصالح الاستشفائية وكذا المصالح التقنية وذلك لترابط هذه المصالح مع بعض في العمل كدور تكميلي ورئيسي في أداء النشاط والعلاج.

شكل رقم (12): توزيع المفردات حسب سنوات الأقدمية



هي فترات مناسبة لنقل تجارب المستخدمين وخبراتهم فيما يخص التغيرات والظروف التي عرفتھا التنظيمات ومدى تكيفھا مع احتياجاتھم.

خلاصة:

لقد حاولنا الإحاطة بالموضوع بجميع جوانبه والوقوف على واقع التنظيمات الاستشفائية في تطبيقھا لمجموعة التغيرات التنظيمية الاستشفائية، من خلال التعرف على الرؤى المختلفة للفاعلين، ولهذا فإننا اخترنا عينات مختلفة تضم المرضى لمعرفة مدى تطور مكانتهم ضمن التنظيمات الاستشفائية حسب التطور التنظيمي ، بالإضافة إلى عينة أخرى تضم المسيرين متخذو القرارات للإجابة و للإحاطة بحقيقة القرارات داخل التنظيمات الاستشفائية و محداداتھا وعينة تضم المستخدمين بمختلف الرتب للوقوف على المشاكل التنظيمية و العلاقات و البيئة التي يواجهونها في

الفصل السادس: تقديم الدراسة الميدانية

أداء مهامهم، ونسعى من خلال هذا التكامل لإعطاء رؤية شاملة و مفصلة عن حقيقة التغيير التنظيمي.

كما تطرقنا إلى تقديم المؤسسة بجانبها التنظيمي وهيكلها والمصالح الاستشفائية التي تضم أهم الاختصاصات، وكذا المؤشرات الصحية التي تظهر جانبا كبيرا من النقائص في التكفل بالمرضى والفرق الشاسع بينها وبين المستويات الوطنية فيما يخص التغطية الصحية.

الفصل السابع

مكانة المريض في ظل التحديث
التنظيمي

الفصل السابع: مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

تمهيد:

سنقوم بتشخيص داخلي حول تقييم نوعية الخدمات المقدمة من الاستقبال إلى التكفل به من تنظيم المواعيد وسهولة الوصول إلى العلاج وسهولة التشخيص وتقييم مسار المريض، بالإضافة إلى تشخيص مدى الاهتمام بحقوق المرضى ومدى مشاركة المريض في التنظيمات، والاهتمام بالجانب النوعي في العلاقة بين المعالج والمريض حسب ما تقتضيه قواعد التغييرات التنظيمية، وذلك استناداً إلى القوانين الدولية و الوطنية وإلى المعايير المشتركة المتعلقة بنوعية العلاج و بنوعية العلاقة بين المعالج والمريض والدور الحقيقي للمريض في التنظيمات المعاصرة.

و لتمكيننا بالإحاطة بمدى تحقيق هذه العناصر ومن أجل الوقوف على الحقيقة الميدانية لطبيعة العلاقة بين المريض والتنظيمات الاستشفائية قمنا بتطبيق الاستبيان الذي وجه إلى المرضى بعينة تتكون من 55 مفردة ، الذين فاقت مدة إقامتهم يومين فأكثر ، وذلك لإعطاء معلومات ثابتة " ليست وقتية و لحظية" و لتفادي الأحكام الاستعجالية ، موزعين على كافة المصالح الاستشفائية الموجودة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية سعداوي المختار ، بالإضافة إلى الاعتماد على الملاحظة المباشرة و الخبرة المهنية على مستوى القطاع الصحي لتقديم تحليل نوعي.

وقد قسمنا دراسة هذا الفصل إلى التشخيص:

-الجانب التنظيمي للتكفل بالمريض.

-تقييم للجانب العلاقي بين المعالج والمريض ومشاركة المريض كفاعل.

المبحث الأول: عدم تحقيق نوعية العلاج وفعالية الخدمات الصحية

من خلال الاستبيان الموجه للمرضى على مستوى المصالح الاستشفائية، فإننا واستناداً إلى المعطيات النظرية فيما يخص مفاهيم نوعية العلاج وفعالية الخدمات، وفي سياق التطورات التي عرفتھا المؤسسات والتنظيرات لتجسيد هذه الأفكار وتجسيد فكرة المواطنة والعصرنة والتفتح على المحيط والاستجابة والتكيف مع احتياجات المرضى النوعية والكمية، فقد استخدمنا الأبعاد التالية:

- ❖ الاستقبال والشفافية؛
- ❖ تنظيم المواعيد الاستشفائية؛
- ❖ شروط التكفل بالمريض المتعلقة خاصة ب (وصف التشخيص، مسار المريض وتقييم لتحويل المرضى).

المطلب الأول: الاستقبال والشفافية

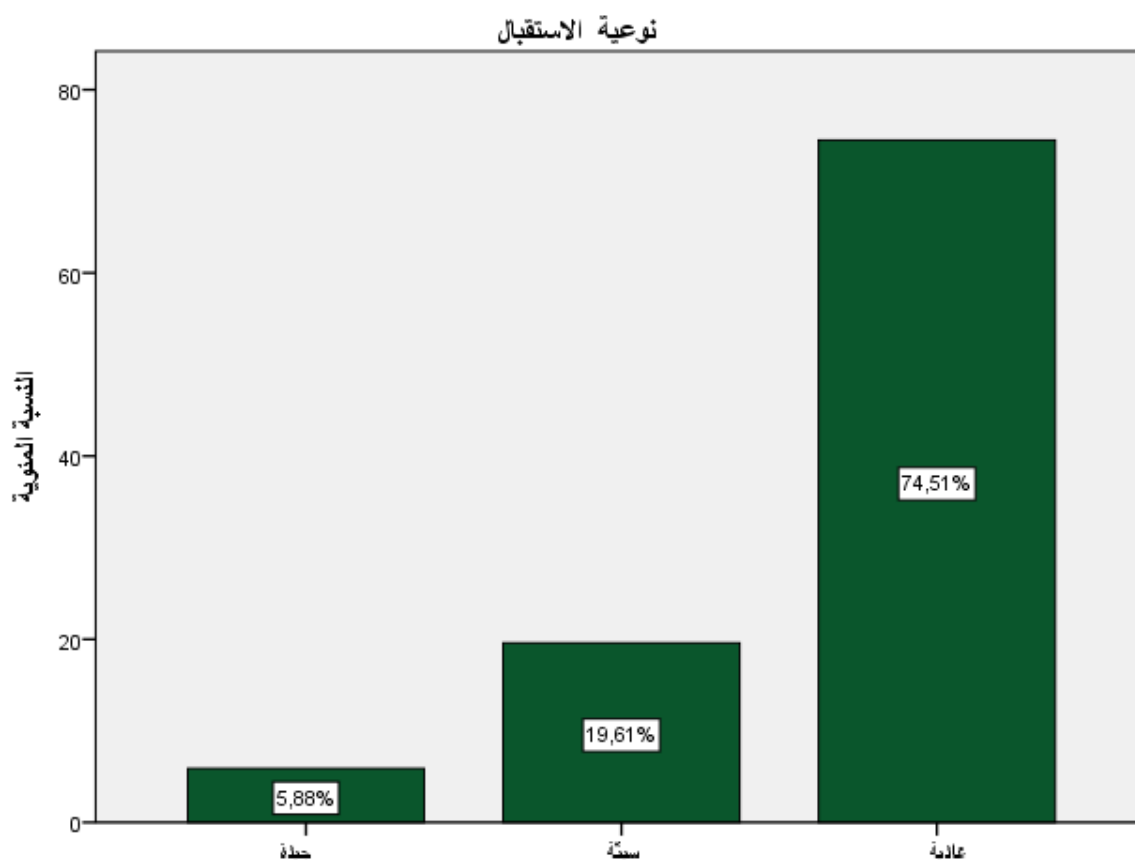
من بين أولويات عصرنة الادارات بصفة عامة هو ضمان استقبال وتوجيه المرضى وإضفاء الشفافية تجعل المريض يشعر بالارتياح وبتسهيل مراحل العلاج ومساره بين المصالح الاستشفائية وسهولة الوصول إلى المستخدمين والتميز بينهم، سنحاول تقييم هذه المؤشرات وتحليلها لنقف وراء الأسباب النوعية أيضا وراء هذا الخلل التنظيمي.

الفرع الأول: الاستقبال

لقد أعطت وزارة الصحة و السكان أهمية كبرى لهذا الموضوع وذلك من خلال سن تعليمات بإنشاء مكاتب استقبال وتوجيه في كل المؤسسات الصحية من أجل توجيه المرضى وإعلامهم وفعلا تم تطبيقها وتدعيمها بخلق أنظمة إعلام آلي أهمها: "Logiciel patient" والذي يضم كافة المعلومات الشخصية حول المرضى ومدة الاستشفاء و المصلحة ، ورافقها ذلك وضع البطاقة المتنقلة التي تشمل كافة المعلومات عن المرضى كذا المستهلكات من أدوية ونشاطات طبية وشبه طبية بالإضافة إلى أدوات تسييرية كالملخص السريري ، والتي تهدف إلى متابعة المرضى من جهة و مراقبة التسيير والنفقات من جهة أخرى ، وهذا الأمر أخذ وقتا وجهدا و مقاومة في البداية من طرف المستخدمين بعدم تقبل العمل وفقا للنظام الجديد، إلا أنه مع المتابعة تم تقبله تدريجيا ، إلا أن نوعية الاستقبال مازالت تشكو من عدة نقائص حيث بينت النتائج من خلال العناصر التالية:

أولاً: نوعية الاستقبال

شكل رقم (13): الرسم البياني لنوعية الاستقبال



هذه النتائج المعبر عنها في هذا الجدول، تعتبر مؤشرا سلبيا سواء بالمقارنة بالمدة الزمنية التي بدأ التحضير فيها لتحسين الاستقبال منذ سنة 2000، وكذلك التعليمات العديدة التي صدرت في هذا المجال ويمكن أن نفسر هذا الخلل إلى الأسباب التالية، من خلال استقراء مراحل تطبيق هذا الاجراء:

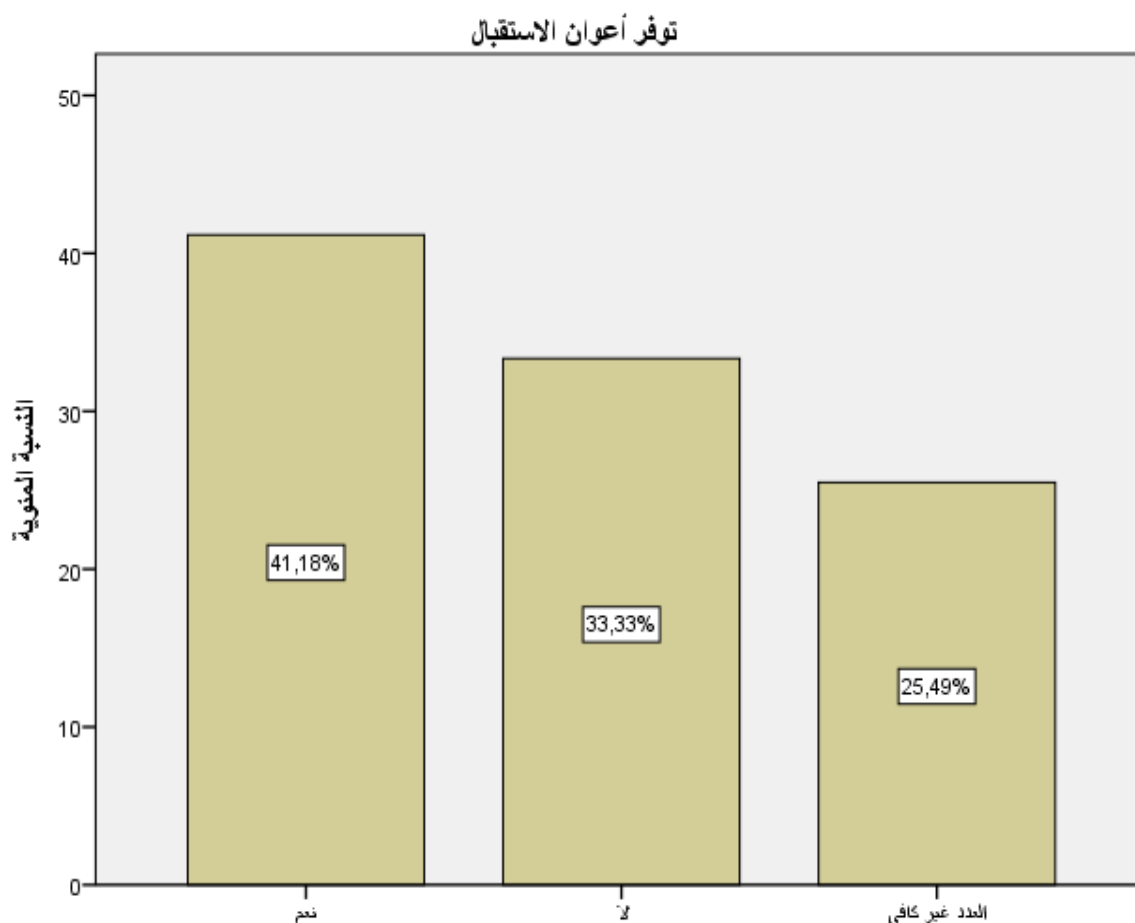
فقد كانت المطالبة بإجراء التغيير المتعلق بإعطاء اعتبار لمكتب الدخول بهدف تحسين الاستقبال وأمام ضغط اجراء هذا التغيير في وقت استعجالي في مقابل ندرة المستخدمين وعدم وجود رتبة خاصة بهم ضمن مدونة الوظيفة العمومية وثقل الاجراءات الادارية في التوظيف والتعيين، تم اللجوء إلى العاملين في إطار الشبكة الاجتماعية أو العاملين في إطار التعاقد من أجل ملأ الفراغ. ما أدى إلى تداخل في المهام بين عون الأمن و عون الاستقبال و إلى افرغ محتوى التغيير من جوهره المتعلق بإعطاء اعتبار للاستقبال وتحقيق نوعية ، ولم يساهم في تطور النظام التعاقدي الذي

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

تعتبره السياسة الوطنية للصحة حلاً لمشاكل الصحة ، الذي شهد مقاومة من طرف المجتمع لفرضه دفعة واحدة بدون تحضير مسبق وإقامة حملات تحسيسية خاصة بأن المواطنين يرون بأنه يمس بمجانية العلاج التي تعتبر عاملاً غير قابل للمساس.

ثانياً: دور أعوان الاستقبال

شكل رقم (14): نسبة توفر أعوان الاستقبال



الاجابات تتقارب من حيث النسب، بين الاجابات السلبية وبين الاجابات التي تبين العدد غير الكافي، وهذا يعني أنه مازال هذا العنصر المهم لم يلب حاجيات المرضى ليس فقط من الناحية الكمية بل المشكل يكمن أيضاً في افتقاد عنصر التعليم والتكوين الذي أنقص من نوعية الاستقبال في حد ذاته، فأغلب أعوان الاستقبال لهم مؤهلات متباينة ومتواضعة وليس لهم تخصص في هذا المجال، ويفتقدون إلى التكوين والتوعية بالدور الذي يقومون به، فكل يترجم مهامه انطلاقاً من سلوكه الشخصي، بالرغم من دوره الاستراتيجي والحساس في مسار المريض وتأثيره العميق

على باقي مراحل العلاج، حيث أن المريض إذا لم يحس بالارتياح أو استقبل بعنف من البداية فيصعب بعدها إعادة زمام الأمور وتهدئتها، كما يؤثر ذلك سلبا على تقبله بسهولة باقي مراحل العلاج والتعامل مع باقي المستخدمين.

كما أن أعوان الاستقبال يتحملون مسؤولية وضغطا كبيرا في عملهم فهم دائما في الواجهة الأولى وفي مواجهة مستمرة مع المريض أو المواطن أو الزوار وعلى مدار اليوم في مقابل عدم التكوين وعدم التحفيز وزهد الجانب المادي، وبالرغم من المكانة التي يحاول اكتسابها عون الاستقبال من العمل كنوع من السلطة سواء في إقامة العلاقات الاجتماعية خارج المؤسسة وداخلها أو سلطة القرار الأولي، فهذا لا يعتبر حافزا كافيا لأداء المهام بفعالية تامة.

فالمريض يأتي بمجموعة من التصورات والأفكار وبعض الهواجس وقد يصطدم مع أول لقاء بالمؤسسة الصحية من خلال الاستقبال، فلهذا فان مسؤولية عون الاستقبال كبيرة في تجسيد صورة طيبة عن المؤسسة وإبداء المعاملة الطيبة وتحسيس المريض بالراحة وجعله يندمج بسرعة ويتقبل باقي المراحل العلاجية وتنقص عليه بعض من القلق والتوتر والذي قد يعيشه جراء حالته الصحية.

عون الاستقبال هو الأول الذي يواجه سلوك المريض الذي يأتي إلى القطاع العمومي بفكرة مجانية العلاج، فهو لا يتصرف بنفس السلوك في القطاع الخاص، يأتي بفكرة مسبقة بأنه لا بد أن يجد كل شيء وأي نقص فهو سوف يشعره بالامتناع، وهذا في بعض الأحيان يؤدي إلى الصدام بين المؤسسة والمريض.

كما أن عون استقبال يعتبر الناقل الأول والمقرر في نقل التعليمات وتجسيدها منها ما يخص اقتناء الأفرشة والزيارات وعليه أن يشرح ويفهم ويقنع، ما يتطلب منه جهدا عصبيا ومميزات معينة لا بد أن تتوفر فيه في طريقة التعامل بهدوء ومن قدرة على الاقناع ويزداد الضغط في المناطق التي تكثر فيها صلة القرابة والعشائرية أين يصبح التحكم في التعامل مع المرضى عند الاستقبال بالأمر المعقد.

وهنا نتساءل في ظل هذه التناقضات، حيث تم الاستثمار في الجانب المادي والتجهيزات وإهمال العنصر البشري والاجتماعي ونقص العائد المادي والتحفيز على حساب النوعية والتكوين،

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

كيف سنصل إلى تحقيق نوعية الاستقبال وتحسين الخدمات، وليس أدل على ذلك من نتائج الاستبيان التي تبين أن نوعية الاستقبال هي عادية بالرغم من كل الجهود المبذولة خلال هذه السنوات.

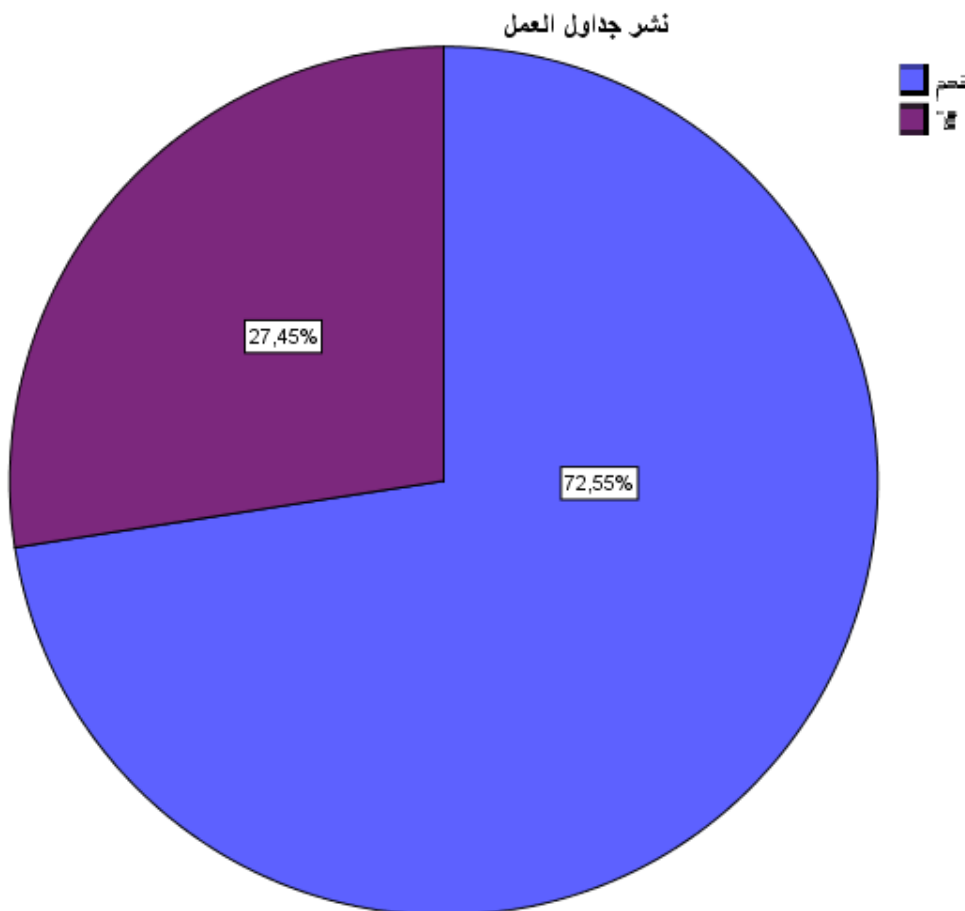
الفرع الثاني: الشفافية

إن الشفافية تفترض أن يكون المريض أو المواطن على علم بأسماء العاملين وساعات عملهم بصفة واضحة من خلال نشر جداول المناوبة، هدفها تسهيل الاجراءات على المريض، وهي أيضا مهمة في تحسيس المستخدمين بالمسؤولية وتوضيحها في حال وجود خطأ أثناء العلاج.

ومن خلال شارات توضيحية تبين المصالح لتسهيل مسار المريض وتفادي تضيقه للوقت.

كما أن الثقافة القوية في المؤسسة تظهر من خلال إيجاد قيم مشتركة وموحدة مثل الزي الرسمي وارتداء الشارات المهنية، الذي يعطي هيبة واحتراما على الأداء وعلى المؤسسة بصفة عامة وعلى درجة التنظيم.

شكل رقم (15): الدائرة النسبية لنشر جداول العمل



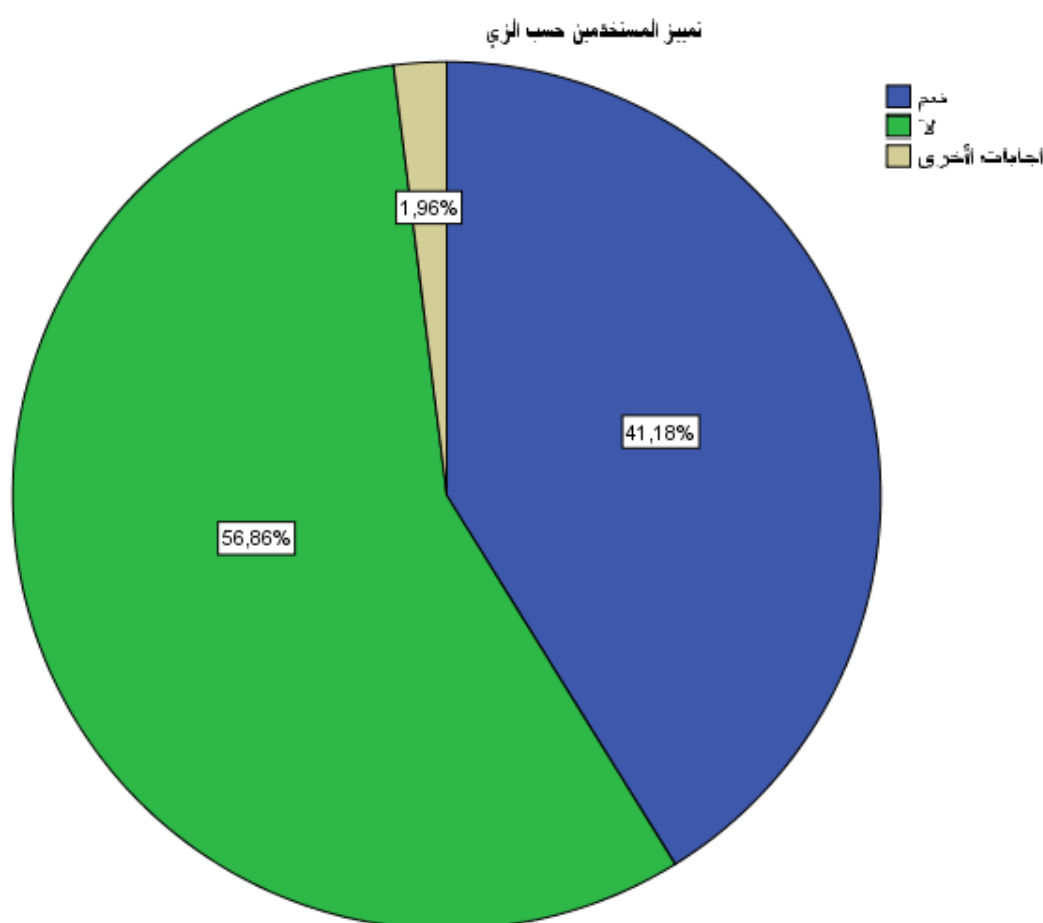
أولاً: نشر جداول العمل:

من خلال النتائج : لاحظنا 25.49% من المرضى يرون بأنهم لا يعلمون بوجود جداول المناوبة الخاصة بالأطباء ، كما أنالتطلع على جداول المناوبة من طرف المرضى لا يتم عادة إبلا في حالات تستغرق منه وقتا في الانتظار أو في حالات لا يتم التكفل بحالته الصحية أو عندما يحس بقلق أو اضطراب هو ومرافقيه.

عادةً لا يتم الافصاح عن جداول المناوبة في بعض المصالح للحفاظ على الخصوصية، خاصة أن جداول المناوبة غالبا ما يتم تغييرها وتعديلها بين المستخدمين دون المرور على الادارة، الأمر الذي يعتبر غير قانوني، ويتم التغيير في جدول المناوبة المعلق غير الموجود رسميا لدى الادارة، ما يجعل أمر تحديد الأسماء غامضا وتحديد المسؤولية قانونية أشد غموضا.

ثانيا: التمييز بين المستخدمين

شكل رقم (16): الدائرة النسبية لتمييز المستخدمين



الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

57 % من المرضى غير قادرين على تمييز العاملين حسب الزي، مع أنه بذلت جهودا عدة ولعدة سنوات للسهر على ضرورة ارتداء الزي الرسمي كل حسب السلك الذي ينتمي إليه، وصلت إلى حد فرض عقوبات ، مع أن هذا الاجراء يعتبر أمرا بديها يدخل ضمن تقاليد المهنة ، وذلك لوجود مقاومة شديدة من طرف المستخدمين ، حيث حتى إن تم ارتداؤها فإنها لا يرتدى بالشكل المطلوب، بل بشكل يهين المهنة و الصورة التي يأخذها المريض على المعالج، في الأغلب بعض الأطباء المتخصصين عندما توجه لهم ملاحظة في هذا المجال يعتبرونها اهانة بل تشكل لديهم مقاومة، وبعض المرضى يعطي أعدارا تتراوح بين نسيانها وعدم اعطائهم العدد الكافي من طرف الادارة.

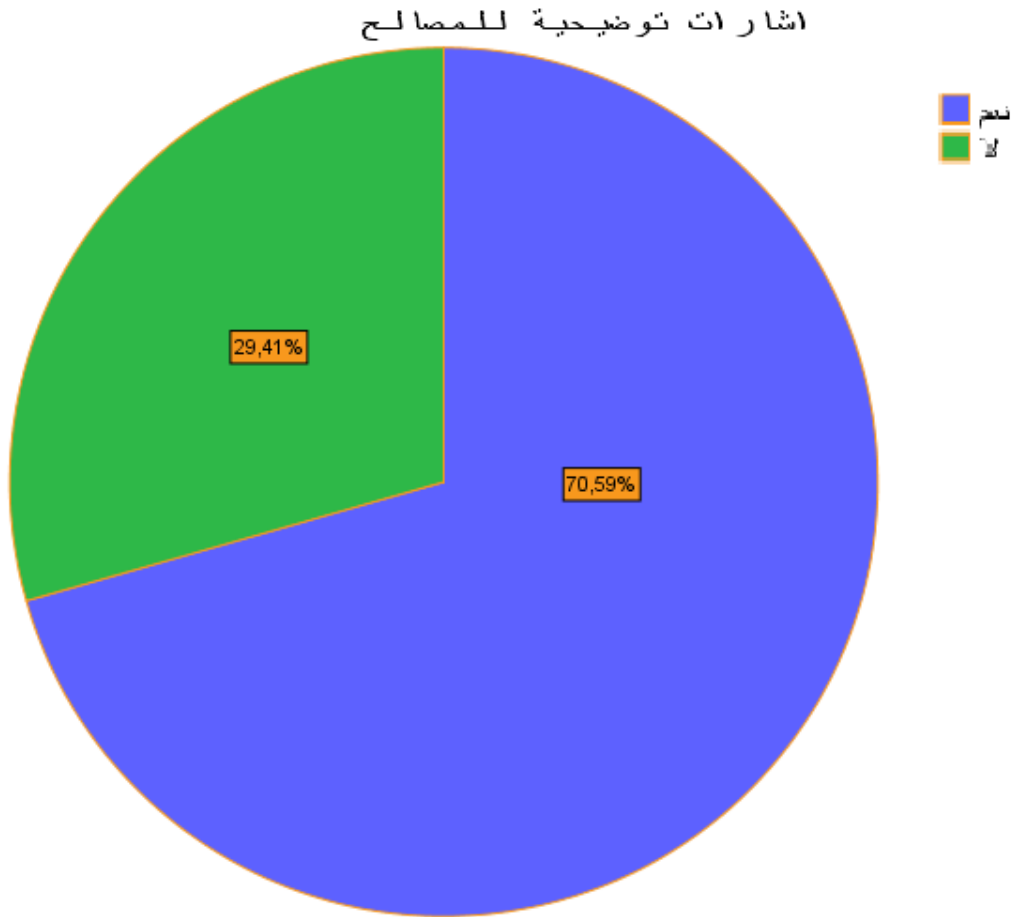
كما أن العاملين يرتدون نفس اللون فلا تفرق بين عامل النظافة والممرض، إلا المرضى العاملين بمصلحة العمليات الذين غالبا ما يقومون بارتداء الزي الرسمي.

ويمكن أن نفسر ذلك بالنسبة لأعوان النظافة بأنه عادة ما يريدون اخفاء عملهم خصوصا مع المكانة غير الرسمية التي يحتلونها في حياة المريض من جهة فعادة ما يتم الاتكال عليهم من طرف المرضى في جلب المعلومات والتوصل إلى الطبيب أو الفريق المعالج بصفة عامة ، و هم يكتسبون هذه الأهمية من خلال الاحاطة بكافة المعلومات عن حياة الأسلاك الطبية وشبه الطبية أو من خلال التحكم في أسرار بعض العمال و تحريك المعلومات ما يعتبر سلطة غير رسمية وقوية موازية تلعب دورا كبيرا في حياة المرضى ، فعادة ما يتم اتكال المرضى عليهم في الاتصال بالطبيب أو تقديم المعلومات أو بعض الحاجيات مثل الأفرشة و غيرها.

أما بالنسبة لارتداء الشارات المهنية فقد أخذ هذا الاجراء سنوات لتطبيقه وتقبله من طرف المستخدمين، وذلك لميلهم لعدم توضيح الأسماء والمهام لدى عامة الناس، وعدم تعوده على هذه الفكرة.

ثالثا: الاشارات التوضيحية

شكل رقم (17): الدائرة النسبية لوجود الاشارات التوضيحية



أما بالنسبة للإشارات التوضيحية فإن 30 % من المرضى أجابوا بعدم وجودها و هذا ما يخلق فوضى وعدم تمييز للمصالح و تضييع للوقت خاصة في الحالات الاستعجالية وفوضى للمريض ومرافقيه.

ومن خلال هذه النقاط التي ذكرناها حول الشفافية يتبين بأن المؤسسة العمومية الاستشفائية مازال مطلوب منها العديد من الجهود للوصول إلى الأهداف المنشودة، وخاصة أن الأسباب تعود إلى خلل تنظيمي واضح.

المطلب الثاني: التكفل بالمريض

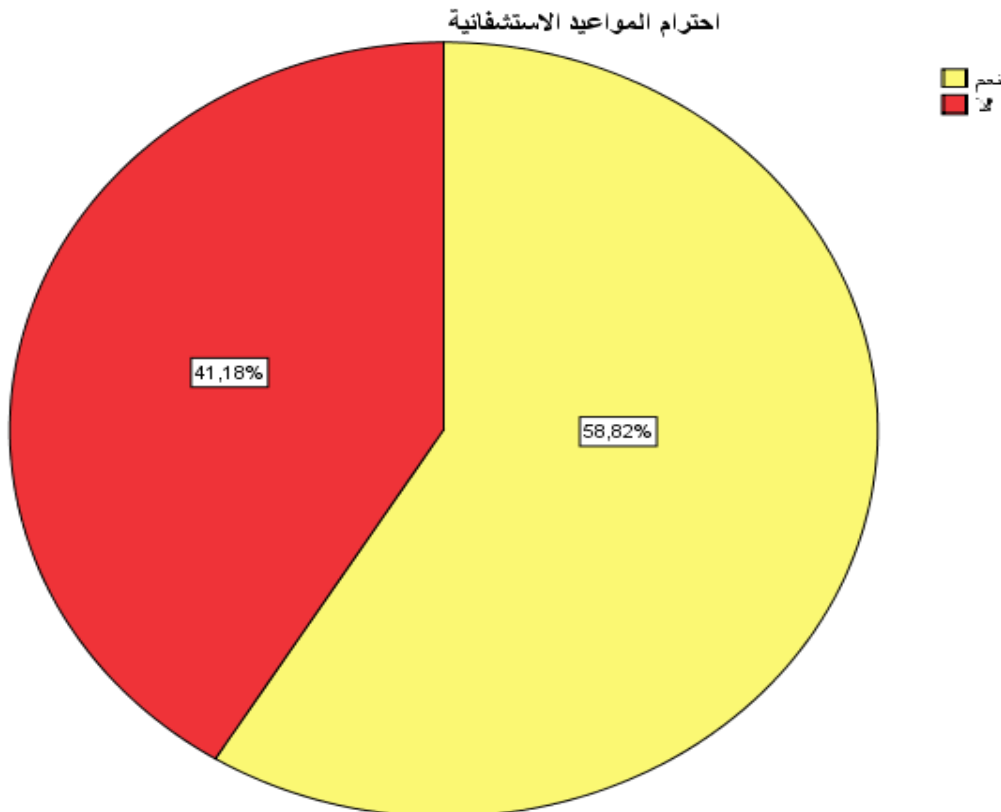
وذلك من خلال تحليل المؤشرات المتعلقة بتنظيم المواعيد الاستشفائية وشروط التكفل بالمريض المتعلقة بكيفية ونوعية التشخيص وطبيعة مسار المريض وشروط تحويل المريض وشروط الإقامة بتقييم النظافة والأكل والتهئية.

الفرع الأول: تنظيم المواعيد الاستشفائية

أولاً: احترام المواعيد الاستشفائية:

إن نوعية العلاج تفرض جملة من التغيرات في سلوك الأفراد منها اكتساب ثقافة اعلام المريض بالمواعيد وإعلامه في حال التأجيل وكذا تقديم الاعتذار وتقديم الأسباب المتعلقة بذلك، وعادةً ما تكون المواعيد متعلقة أساساً ببرمجة العمليات الجراحية، متفاوتة بين الذين يتم استشفائهم انطلاقاً من الاستعجالات الطبية الجراحية والذين يتم استشفائهم انطلاقاً من العيادات متعددة الخدمات أو بعد توجيه الأطباء المتخصصين في القطاع العام أو الخاص، يظهر جلياً نقص احترام المواعيد الاستشفائية من خلال النتائج، حسب الشكل التالي:

شكل رقم (18): الدائرة النسبية لاحترام المواعيد الاستشفائية

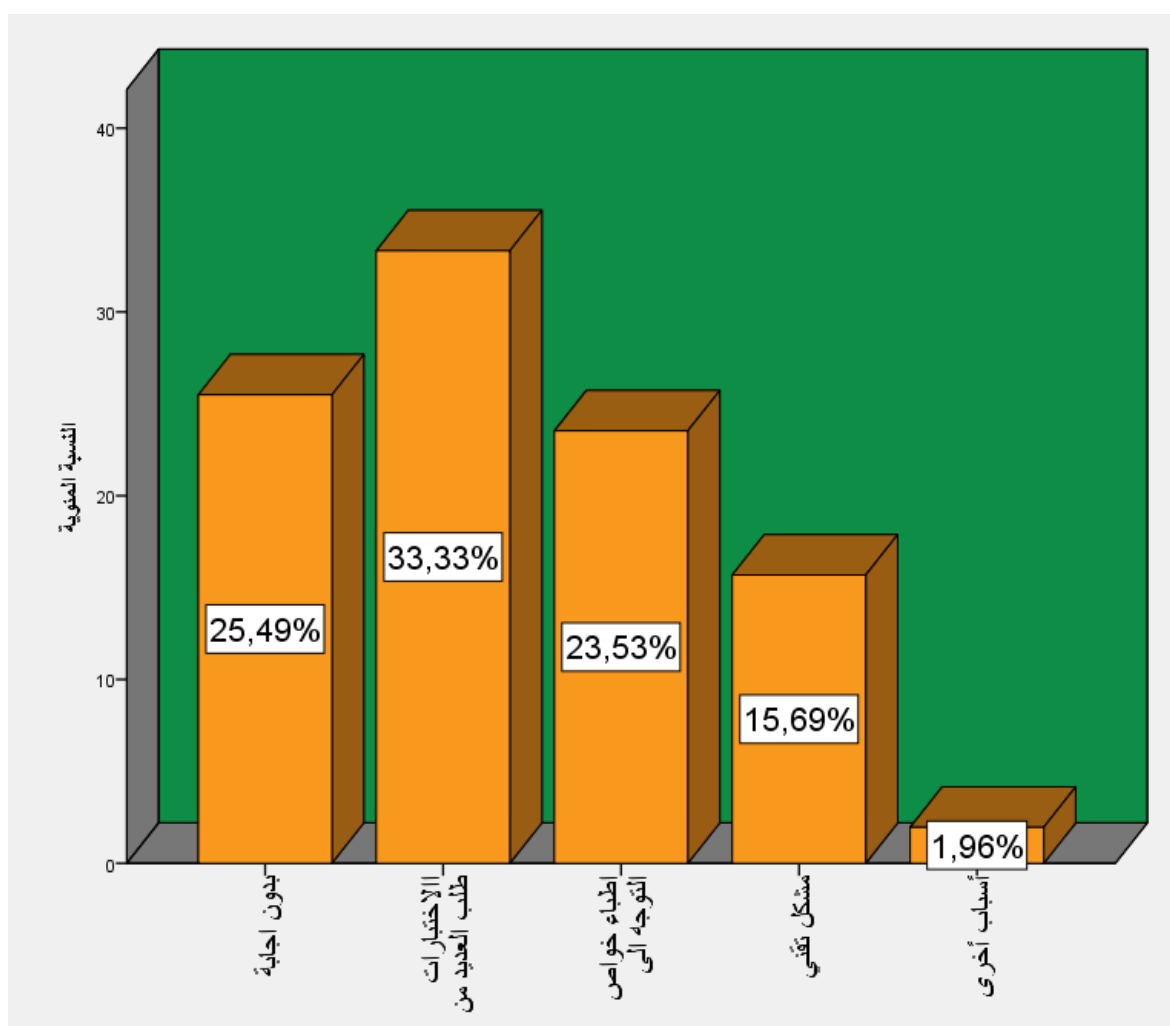


الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

أكثر من 58 % من المرضى أجابوا بأن مواعيد الاستشفاء لا تحترم ، والنسبة التي أجابت باحترام هذه المواعيد و أغلبهم المتواجدون بمصلحة الولادة والتي عادة في هذه المناطق لا تخضع إلى مواعيد مسبقة.

ثانيا: أسباب التأجيل

شكل رقم (19): التمثيل البياني لأسباب تأخر المواعيد الاستشفائية



وهذا يعود إلى بعض المشاكل التنظيمية والعراقيل:

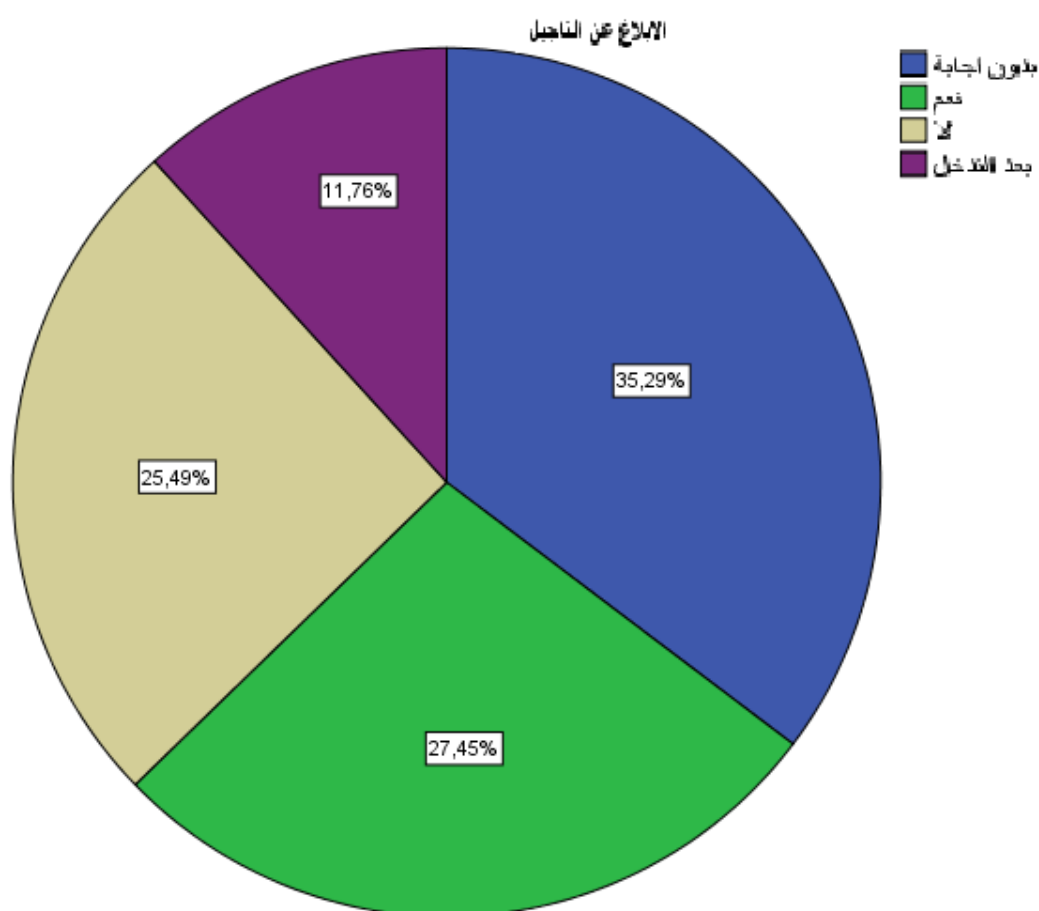
فبالرغم من بعض التسهيلات التنظيمية التي اتخذت من أجل تسهيل اجراء العمليات الجراحية ومواعيدها ، كتخصيص مكان موحد لفحوصات الأطباء المتخصصين على مستوى العيادة متعددة الخدمات بلدية عين وسارة ، وكذا التحكم في تسيير الفحوصات كتسيير الغيابات والإحصاءات والمعلومات وتوحيد الجهود و التوفير في التجهيزات الطبية ، ولكن المريض مازال يعاني

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

من تأجيل المواعيد والمؤسسة تعاني من ضعف في الجانب التنظيمي أهمها التواصل مع المريض وتوفر المعايير التي تقر بنوعية العلاج منها الاعتذار وإعلام المريض واحترام المواعيد، نسيان بعض المواعيد إلا بعد إصرار المرضى ، ما تبينه النتائج التالية:

ثالثا: الابلاغ عن تأجيل المواعيد الاستشفائية

شكل رقم (20): الدائرة النسبية للإبلاغ عن تأجيل المواعيد



عدم اعلام المريض يعود إلى غياب ثقافة الاعلام لدى المعالج أو الفريق المسير للمواعيد، وعدم الرغبة في الدخول في صراعات ومناقشات مع المريض إلى غاية إيجاد حل وخصوصا إذا كان المريض غير متفهم.

لا يتم إعطاء الأسباب الحقيقية للتأجيل وعادة ما يتعذر بالمشكل التقني كتوقف قاعة العمليات أو انعدام المواد المخدرة أو ووجود عطل حتى وان لم تكن هذه الأسباب الحقيقية.

فعادةً تكون المشاكل الحقيقية والتي لا يمكن اعلامها للمريض هي مشاكل نزاعات وصراعات في برمجة العمليات بين التخصصات الجراحية ونتيجة للتضارب بين السلطة التقنية المهنية فيما بينها وبين السلطة التقنية والسلطة الإدارية نذكر على سبيل المثال : تحديد الطبيب المتخصص في التخدير والإنعاش و المكلف بإقامة جداول المناوبة عدد أعوان التخدير و الإنعاش اثنين في كل قاعة

عمليات، في حين أن الجراح العام يقترح وضع عون تخدير واحد ضمن جدول المناوبة للتكفل بالعدد الكبير للمرضى ، في مقابل ندرة الأعوان ، هذا الصراع يصعد إلى الادارة تحول من صراع تقني -تقني إلى تقني -اداري.

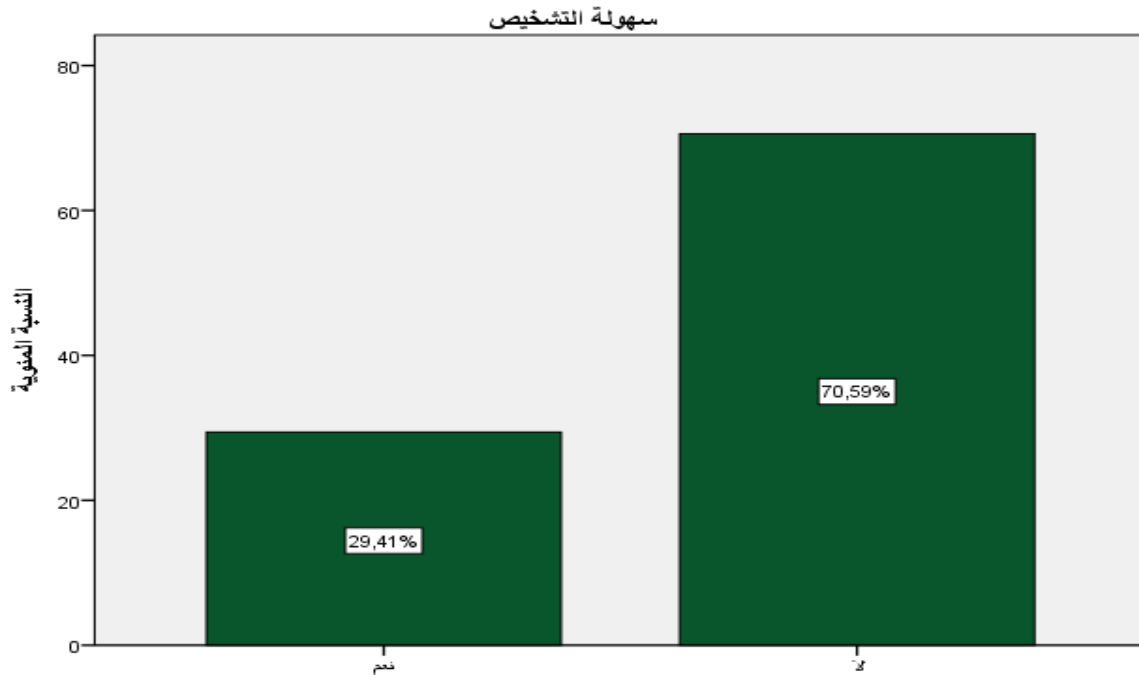
حيث تظهر قوة السلطة التقنية على السلطة القانونية ، كطرف مقاوم للإدارة التي تريد أن تتكفل بكافة المواعيد ، والمتمثلة في رفض أعوان التخدير و الإنعاش العمل إلا تحت رعاية الطبيب المتخصص لأن القانون لا يحميهم ، ليظهر مشكل آخر وهو ندرة المستخدمين "الأطباء المتخصصين في الإنعاش والتخدير" والمستخدمين شبه طبيين في هذا التخصص، ما يضطر الادارة إلى استعمال التفاوض من أجل تمرير بعض العمليات المبرجة وانقاص الضغط في مواعيد الجراحة العامة، هذا التفاوض يفرض نفسه على الادارة أيضا في حال طلب عمليات جراحية من طرف هيئات مثل: "الوصاية" وهيئات مثالا لصحافة و المجالس المنتخبة وغيرها، كما يمكن أن يلجأ إلى استعمال السلطة التقنية من أجل تثبيط الادارة في حال فرض القيام أكثر بالعمليات كدفاع عن مطالبة الادارة بالتكفل بعدد العمليات الجراحية وذلك بالمطالبة بنقص بعض المستلزمات الجراحية والمطالبة بنوعية معينة فيها في حين أن هذا الاجراء اداريا يأخذ وقتا لاستكمالها خاصة إذا ما تصادف مع نقص الاعتمادات المالية، ضمن هذه الحلقة التقنية -الادارية -التقنية لا يتم الوفاء بالآجال.

الفرع الثاني :شروط التكفل بالمريض

والتي تتمثل في توفر العناصر التالية: التشخيص الجيد، سهولة الوصول إلى العلاج، التكفل الجيد بالتحويلات، مسار جيد للمريض وتسهيل الاجراءات به.

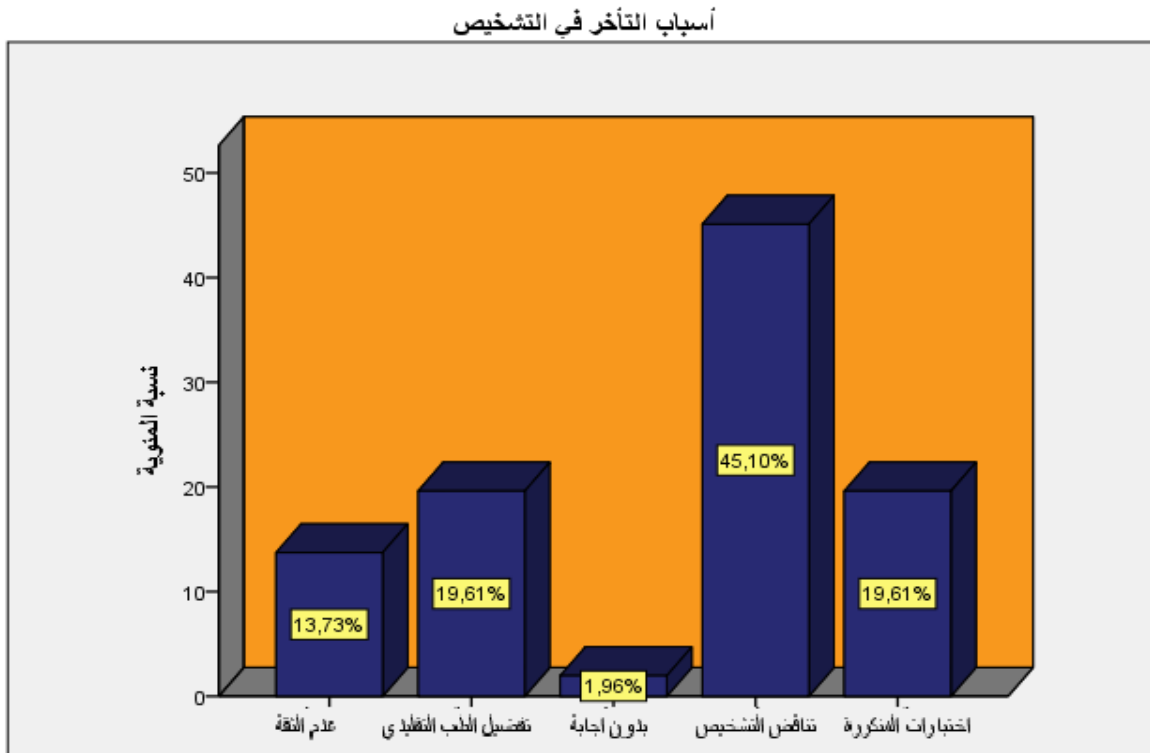
أولاً: تقييم التشخيص

شكل رقم (21): التمثيل البياني يتعلق بمدى سهولة التشخيص



نلاحظ أن 71 % من المرضى وجدوا صعوبة في التشخيص، المريض يعاني من صعوبة تشخيص مرضه، أما عن الأسباب المتعلقة بالتأخير فهي حسب النتائج المبينة في الشكل التالي:

شكل رقم (22): الدائرة النسبية لأسباب التأخر في التشخيص



أغلب الاجابات تصب في التناقض في التشخيص، فلم يعد التشخيص الأولي كافيا لتحديد طبيعة المرض، قد يعود لاعتماد الأطباء على التحاليل والأشعة دون التعمق داخل الأسباب أو الأعراض من خلال الأسئلة المعمقة التي تجعل المريض مرتاحا ليعبر عنكل ما اعترضه ، الأمر الذي يؤدي إلى أخطاء في التشخيص ، توجيه المرضى إلى اقامة عدة تحاليل وأشعة وآراء الأطباء المتخصصين ، و أحيانا يتم ارسالهم إلى مخابر و مراكز أشعة معينة، والمشكل يكمن عندما يجد المريض تناقضا في التشخيص بين طبيين و هنا يدخل في متاهات اتخاذ القرار الصحيح ليصبح زيارة طبيب ثالث و رابعة ضرورية ، مع كل ما لديهم من طلبات آراء المتخصصين و مخابر وغيرها من الإجراءات المساعدة على التشخيص، يدخل المريض ضمن حلقة مفرغة تؤدي إلى تعقد حالته الصحية، وتخلق تدمرا واستياء له و لمرافقيه ، خاصة إذا كان المريض يفتقد إلى مرافقة موضوعية وسندا نفسيا، و لا يمتلك الإمكانيات المادية و الوعي الكافي، يصعب معها الوصول إلى العلاج بسهولة و يربك العلاقة بين المريض و المؤسسة منتضيع الوقت و كثرة الهواجس والقلق في اتخاذ القرار السليم في مصيره.

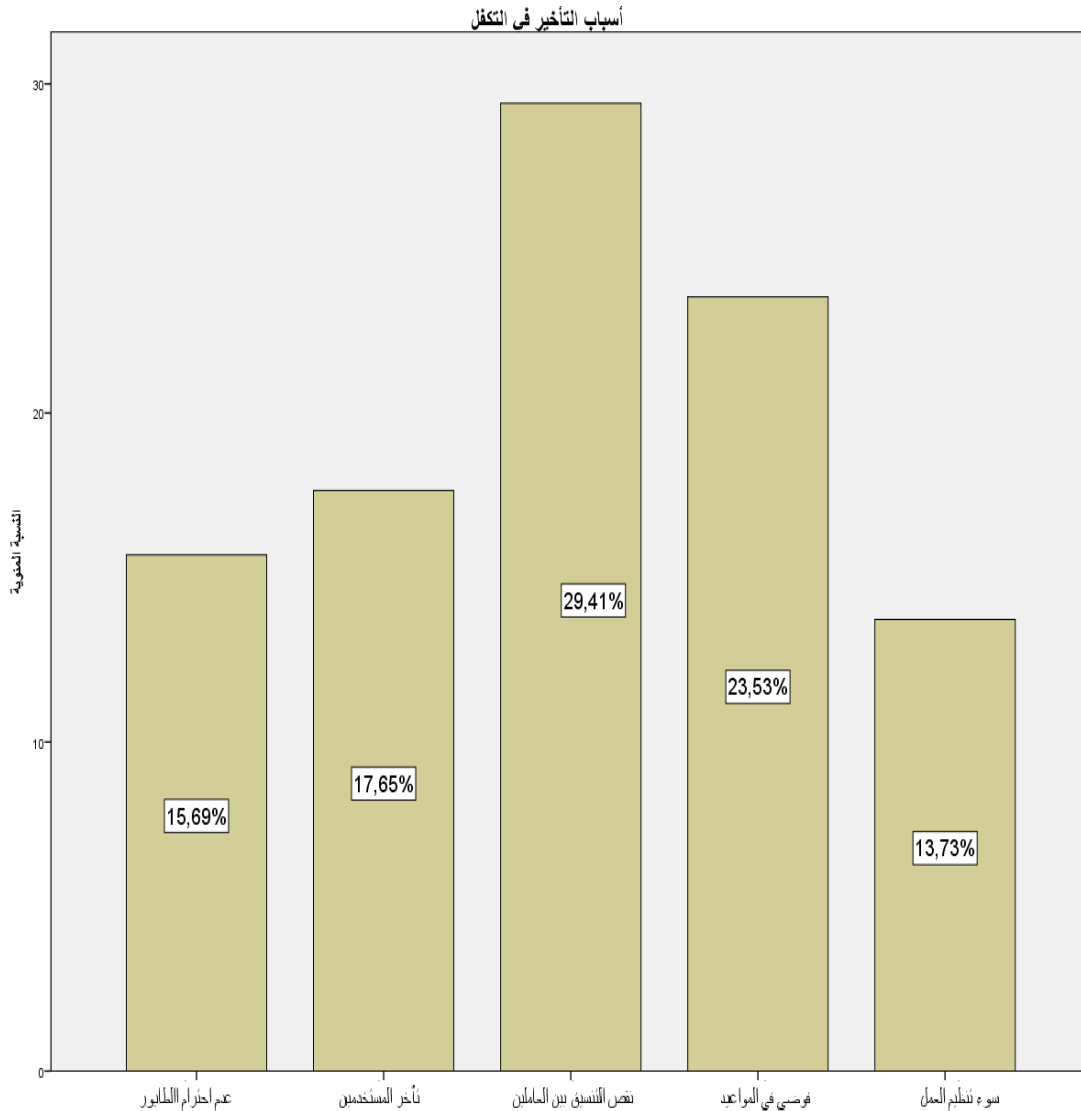
كما أنه أثناء هذا المسار يتخلله فحص لدى الطب الشعبي أو استشارة آخرين لنفاذي هذا البطء والتعب والتحويلات من ولاية إلى أخرى ومن طبيب إلى آخر، وخاصة في هذه المناطق التي تفتقد إلى المستوى التعليمي خاصة لدى كبار السن، بالإضافة إلى تجريب الأدوية التي يصفونها لبعضهم البعض، فهذا الفراغ الناتج عن الإجراءات و المصادقية يترك المجال لزيارة الطب الشعبي.

كما يجب أن نشير إلى عدم صراحة المريض في تزويد الطبيب بالمعلومات لأسباب كثيرة من جهة أو بغرض اخفاء تصرفاته أو وقوعه تحت طائلة بعض العادات في التطبيب الشعبي مما يعقد الأمر على الطبيب.

كما أن هناك عامل آخر يجعل اللجوء إلى طبيب آخر حتى وإن كان التشخيص الأول هو الصحيح وهو عامل الثقة والمعاملات الذي يلعب دورا مهما في التفاعل وتقبل المرض وكيفية المعالجة منه بالتمهيد والتنفيس عن المريض وإعطاء الأملله وتوجيهه الصحيح.

ثانيا: أسباب التأخر في التكفل بالمرضى.

شكل رقم (23): أسباب التأخر في التكفل



عدم التفاهم والتنسيق بين العاملين: إذا كان هذا العنصر قد ظهر جليا لدى المرضى، فإن هذا يعني أن أمر نقص التفاهم قوي جدا لدرجة ظهوره علنيا أمام المرضى.

التضارب في القرارات بين المصالح الاستشفائية، والتي تكون أصلها ليس موضوعيا بقدر ما هو متعلق بالتشبيث بسلطة القرار ولو في أبسط الأشياء، من أمثلة ذلك:

عندما يتم استقبال المرضى من طرف أعوان الاستقبال ضمن الساعات القانونية ومعاملته جيدا وتوجيهه إلى مصلحة معينة، خصوصا في الحالات التي يقدرونها بأنها ذات أولوية مثل العاجزين أو المقعدين، الذين يعانون من أمراض مزمنة، فإن الممرض على مستوى المخبر أو الأشعة أو غيرها لا يتقبل دخول المريض هكذا وذلك لاعتقاده بتدخل في صلاحياته وبأن جزءا من سلطته قد أخذ وبالتالي تكون ردة فعله عنيفة على المريض بعدة سلوكيات، تترجم بالقول:

"أنا مازلت لم ألبس حتى مئزري ولم أشغل الجهاز بعد ومن أمرك بالدخول"، ولا يكفي ذلك فإنه يلجأ إلى تأخير الموعد بطريقة أو أخرى بالرجوع إلى مكتب المواعيد وتصل إلى درجة اتهام المريض بتغيير الموعد، وبأن أصلا أن هذا الاجراء غير ضروري للمريضة وهنا يتدخل الممرض فيصالحات الطبيب ليس للهروب من العمل فقط ولكن ليطبق قراره وهو تأخير هذا المريض على الآخرين.

ولا يتم حل المشكل إلا بعد ساعات وبعد تدخل الطبيب الذي من المفروض هو صاحب القرار والذي تم تجاوز سلطته فقط لفرض سلطة على الطرف الأول والضحية هو المريض في الأخير.

وإذا كان هناك مشكل علاقات بين شخص في المصالح الاستشفائية وبين آخر في المصالح التقنية فإنه من السهل رفض اجراء فحص أشعة أو تحليل باللجوء إلى فكرة الأعطاب وعدم وجود الموارد الكافية.

عدم تحديد المهام والتنسيق يظهر أيضا بين قاعة العمليات ومصلحة الجراحة ومصلحة الأمومة، مثلا انتظار المريض لساعات في انتظار قرار من ينزل المريض إلى قاعة العمليات، بينهم وبين المصالح الاستشفائية.

إن ازدياد العمال وبالرغم من أنه قد ساهم في حل العديد من مشاكل التغطية الصحية والتكفل بالمرضى، إلا أنه قد استغل في بعض المصالح بطريقة سلبية فقد زاد تقسيم المهام أكثر، وزادت المنافسة السلبية بين أعضاء الفريق الواحد، وبالتالي فإن المستخدمين رسموا بعلاقاتهم الجديدة بيروقراطية تقنية وتم الاتجاه إلى الجمود في أداء المهام بدلا من التعاون

والمرونة والتعامل بشكل متعدد المهام ،معها أيضا أصبح هناك صراع بين الأجيال و النظرة إلى قيمة العمل في حد ذاته بين الجيل القديم الذي يحترم ساعات العمل أو الذي أخذ جزءاً من السلطة بعدم العمل، وبين جيل لا يهتم كثيراً التقيد بساعات العمل و هناك من لا يريد اكتساب الخبرة بالشكل الكافي من القدماء، هذه القطيعة قد تظهر آثارها على أداء العلاج و على خلق جو سلبى في العمل.

وهنا علينا أن نذكر نقطة مهمة ضمن هذا المسار والذي يؤثر سلباً على المريض وهي التنسيق بين القطاع العام و الخاص الذي يلعب دوراً جوهرياً في التكفل بالعلاج إذ أن مفهوم الصحة العمومية هو مفهوم شامل يعتمد على التنسيق بين الطرفين ، إلا أن ضعف الرقابة على القطاع الخاص و منحه حرية نسبية مقارنة مع القطاع العمومي جعل التنسيق في متابعة المرضى ضعيفاً، إلا في بعض الحالات التي يكون فيها الأطباء المتخصصين الخواص متعاقدون مع القطاع العام ، كما يظهر الإهمال في القطاع الخاص خاصة في الحالات الوقائية ، حيث التبليغ عن الأمراض إجبارية التبليغ إلى هيئات الوصاية نادراً ما يتم ، ما يؤدي إلى تفشي الأمراض وظهور الأوبئة ، عدم القيام بالمناوبات الطبية ، عدم التساوي في العمل بين القطاعين ، عدم التساوي في التعامل من ناحية المسؤولية القانونية و القضائية.

كما أن تطور العيادات الخاصة جعل المستخدمين أقل وفاء للقطاع العمومي، حيث البعض منهم، يعمل لدى القطاع الخاص خاصة الأطباء الأخصائيين و المخبريين ومشغلي الأشعة، وإذا كان عمل الأطباء المتخصصين قد كان مقنناً بما يسمى النشاط التكميلي لعملهم في أيام العطل ونهاية الأسبوع ،وبنسبة معينة لدى القطاع الخاص، فإنه بعد الغاء النشاط التكميلي ومنعهم في العمل لدى القطاع الخاص، أصبح النشاط يمارس بطريقة غير رسمية ، وهنا تطرح إشكالية متابعة المرضى بطريقة جدية، تفضيل المرضى الذين تم استقبالهم في العيادات الخاصة و مشكل الغيابات والتكفل بالمريض في مقابل استعمال موارد القطاع العمومي و على مفهوم الصحة العمومية.

وضعية عدم التوازن بين القطاع العمومي والخاص لم تخلق مشاكل في متابعة المرضى بعدم التنسيق بين القطاعين وإهمال الجانب الوقائي والتربية الصحية فقط ولكنه أدى إلى

الضغط على المستخدمين بالقطاع العمومي أين يعاني من نقص التغطية الصحية في عدة اختصاصات وخاصة أن أمر التعاقد مع القطاع العمومي هو أمر اختياري وبالرغم من وجود تعليمات تعود إلى سنوات التسعينيات تجبر أطباء القطاع الصحي القيام بالمناوبة، إلا أن أمر تفعيلها تم فقط على اثر نشوب أزمة كادت أن تؤدي إلى شلل عام بالقطاع الصحي والتي بدأت شراراتها الأولى في المؤسسة العمومية بعين وسارة على اثر وفاة امرأة حامل وجنينها والتي تم رفضها تطبيقا لتعليمات تنص على ضرورة وجود الطبيب المختص في حالة الولادة الأولى، والتي رفضت في مؤسسات أخرى في نفس الولاية بدعوى وجود ضغط، حوكت بعدها القابلات والطبيبة المختصة التي كانت في عطلة مرضية، وهذا الأمر يعتبر سابقة في حد ذاتها، الأمر الذي جعل العاملين ينتفضون تضامنا مع الزملاء وأيضا للضغط الذي يعانونه ولعل أهمها عدم الاستماع إليهم، وكردة فعل على هذه الأزمة تم إعادة تفعيل هذه التعليمات التي لم تطبق منذ سنوات لغياب إرادة حقيقية لتطبيقها، ولكن مع عدم وجود شروط المناوبة منها الأمن والوسائل على مستوى العيادات، جعل أمر تفعيل هذه التعليمات يعبر عن معالجة استعجالية ولإخماد الفتنة أكثر من إرادة حقيقية لحل مشكل التغطية الصحية.

أما في الجانب الطبي "الطب الداخلي" فتوجد بعض الحالات التي يتم فيها التماطل في اعطاء العلاج فأحيانا تطول في الطلب المتكرر للتحاليل و الأشعة وعلى مراحل وفي أحيان أخرى تتعلق بأسباب تنظيمية وتنسيقية، كان يمكن معالجتها لو تم التعامل معها بمزيد من الحزم، منها عدم وجود مرافق، عدم التنسيق بين المصالح التقنية و الاستشفائية، النزاع حول من يرافق المريض ومن له الحق في ذلك والتي تحدث عادة بين مصلحة العمليات و باقي المصالح الاستشفائية، إن حدث صراع بينهم سيتأزم الوضع ويصبح المريض بينهم إلى غاية حل الموضوع بطرق ودية أو اللجوء إلى المراقب الطبي أو رئيس المصلحة وفي كل هذا لا بد للمريض أن يذكر الفريق بنفسه.

بالإضافة إلى عوامل أخرى تتعلق بنقص الأدوية و عطب التجهيزات ونقص الاعتماد خاصة ما يتعلق بالأدوية في مقابل ازدياد المرض، فنسبة المرضى في ازدياد التي جعلت هذه المؤسسة كغيرها من المؤسسات تعاني من مشكل مديونية، حيث يشكل باب : الأدوية في الميزانية نسبة 67% من

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

النفقات التسيير وتبلغ المديونية العامة في ميزانية التسيير فيما يخص هذا الباب 34 مليار دينار جزائري والصيدلية المركزية الاستشفائية بمبلغ يقدر 30 مليار دينار جزائري في سنة 2017.¹

في مقابل ثقل الإجراءات الادارية و التناقض في تفسير النصوص القانونية من قبل مصالح المالية الذي يؤدي إلى تعطيل الكثير من العقود والاتفاقات، حيث بلغ باقي من الرصيد 37.596.528.166.96 دج في سنة 2015 من الاعتمادات المقدمة ونسبة استهلاك تقدر ب 91%.²

من بين الإجراءات التي تم اتخاذها ضمن سياسة التغيرات التنظيمية تشجيع فكرة تخفيض مدة إقامة المرضى كإجراء مهم للتكفل الجيد بالمرضى من جهة وإنقاص التكاليف وكذلك للتكفل النفسي الجيد بالمرضى بما أن المرضى لا يجذبون فكرة المكوث طويلا داخل المستشفيات، وتم من خلالها تشجيع المستشفى النهاري ضمن العيادات متعددة الخدمات.

فهي من الناحية التنظيمية و المستقبلية تعتبر ايجابية كالتحكم الجيد في العمل و معدل دوران المرضى وزيادة النشاطات ،بالإضافة إلى إعطاء استقلالية للمرضى، إلا أنه واقعا ومن خلال الجدول ودراسة تقرير النشاطات الاستشفائية نلاحظ أن نسبة شغل الأسرة لا تتعدى الخمسين بالمئة في مقابل ازدياد مدة الإقامة ، وهناك مصالح ناشطة على حساب الأخرى في مقابل سوء توزيع المستخدمين بين هذه المصالح الاستشفائية، ما يتنافى مع عقلانية التسيير، إذ كان من الأجدر إعادة توزيع المستخدمين حسب درجة النشاطات و الاهتمام بزيادة النشاطات الصحية.

وهذا يرجع أيضا إلى عدم اعطاء أهمية لمواضيع النجاعة وفعالية المصالح ومناقشتها ضمن اجتماعات المجلس الطبي، فهي مواضيع وإن تم توجيهها من طرف الإدارة فهي تعتمد في تطبيقها على الارادة الحقيقية للهيئة المعالجة والوعي بها، كما أن تحويل المستخدمين عادة ما يشهد مقاومة شديدة، ولا يتم استيعاب فكرة التحويل لأسباب موضوعية حسب نسبة النشاطات.

ثالثا: نوعية مسار العلاج

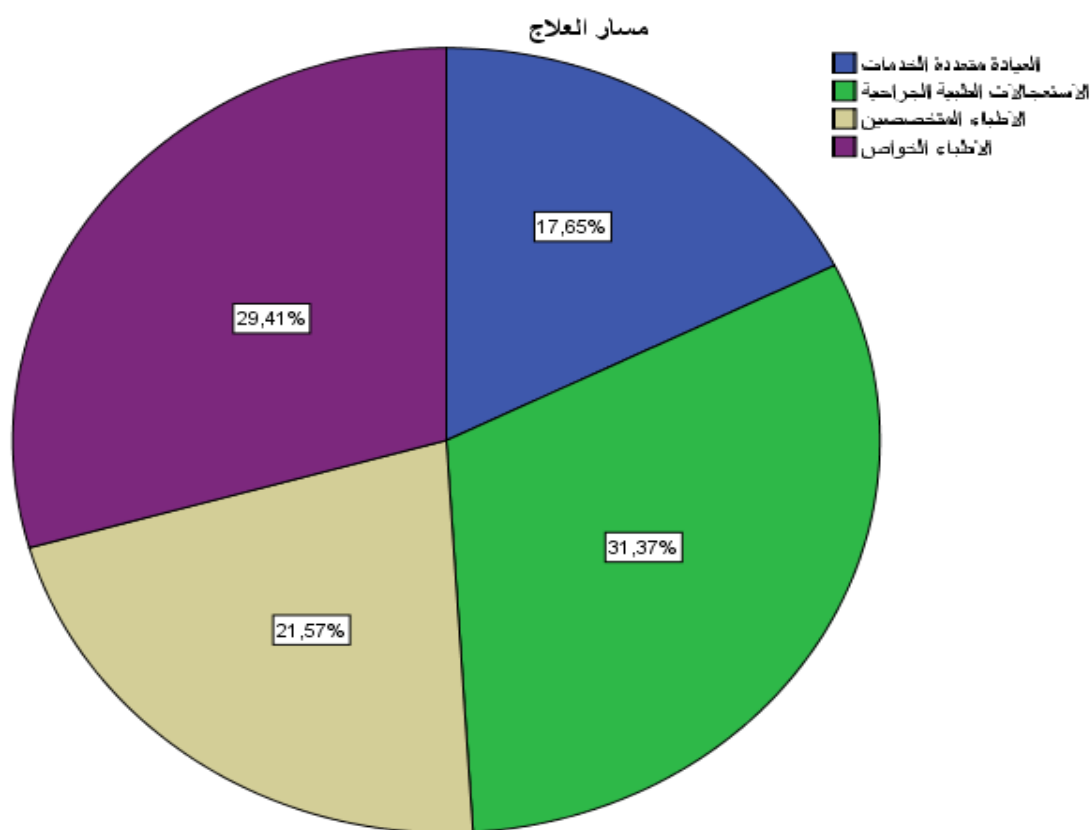
¹ وزارة الصحة والسكان . تقرير حول وضعية المديونات المؤسسات الصحية العمومية . 2017 ، الجزائر .

² المرجع السابق.

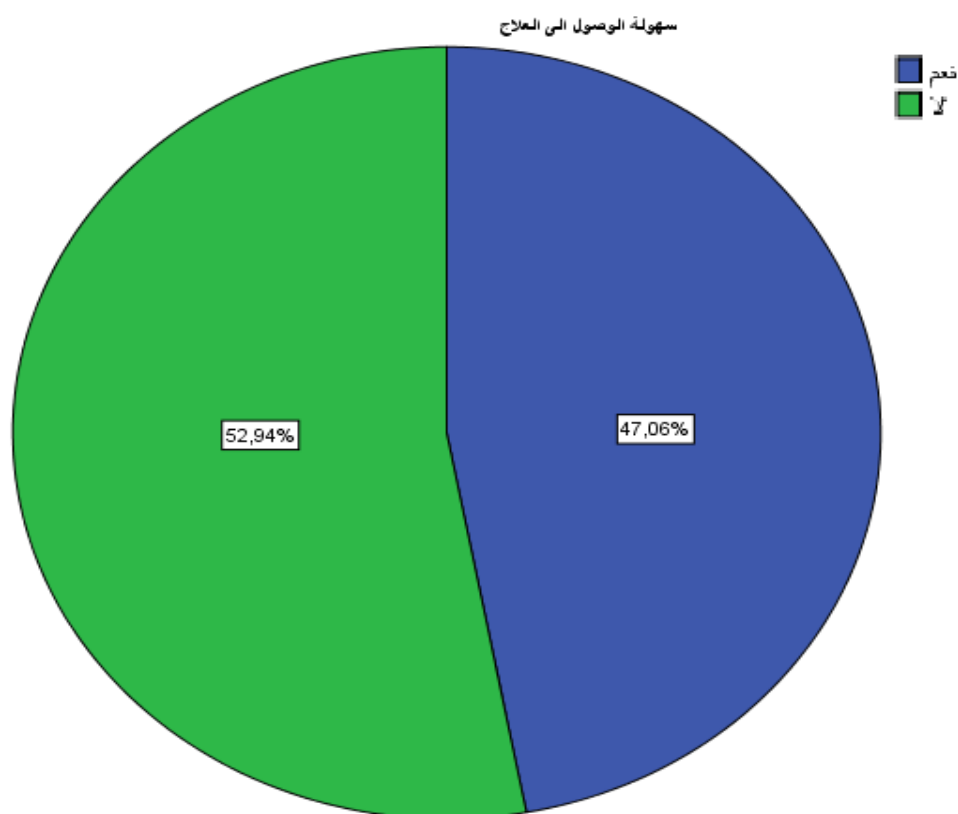
الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

لمعرفة مدى احترام سلمية العلاج وأكثر المصالح التي يتم توجيه المرضى من خلالها ضمن هذا المسار ومدى توفر التسهيلات اللازمة لذلك، فإننا لاحظنا أن أكبر نسبة من المرضى الذين تم استشفائهم يتم من خلال توجيههم من طرف أطباء متخصصين سواء من القطاع العمومي والقطاع الخاص، يليها التوجيه من الاستعجالات الطبية الجراحية، ثم العيادات متعددة الخدمات.

شكل رقم (24): الدائرة النسبية لمسار علاج المريض



شكل رقم (25): الدائرة النسبية لسهولة الحصول على العلاج



من خلال الإجابات يتبين أيضا ضعف نسبي للوصول إلى العلاج ، وكذا عدم احترام مبدأ التدرج في العلاج من العيادات متعددة الخدمات إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية ، والتي بالرغم من إعطاء استقلالية لهذه العيادات في إطار ضمها إلى مؤسسة مستقلة ماليا و معنويا وهي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، إلا أن ضعف التنسيق و التعاون بين هذين المؤسستين كما أشرنا إليها ضمن عنصر التكفل بالمريض، ساهم في خلق فوضى ضمن مسار العلاج، كما أن مبدأ التدرج العلاجي غير محترم بصفة عامة على المستوى الوطني ، حيث أن المريض يزور طبيباً مختصاً في القطاع الخاص الذي يرسله إلى المستشفى، ويمكن للمريض زيارة المركز الاستشفائي الجامعي ، أو المرور مباشرة إلى الاستعجالات الطبية الجراحية ، فعادة نجد أن معدل 65 % من المرضى الذين يزورون مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية حالتهم لا تعد حالات استعجالية حقيقية.

ويمكننا إعطاء نظرة على التحولات التي أقيمت على الهياكل الصحية ، في إطار التغييرات التنظيمية الاستشفائية "الاصلاحات" التي أقيمت سنة 2008 بتغيير في هيكل القطاع الصحي ليقسم إلى مؤسسة عمومية استشفائية تتكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية والاستشفاء ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية تمتلك الاستقلالية المالية و الشخصية المعنوية التي تتكون من العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج على مستوى الدوائر والبلديات التابعة لها، التي تتكفل وتشرف على الوقاية وكذا تقديم الفحوصات و حالات الاستشفاء اليومية ، وعلى أثرها تم تقسيم الموارد البشرية و المادية بين الهياكل وإعطاء الاستقلالية للمؤسسات العمومية للصحة، وبين مؤيد و معارض لهذا المشروع فقد رافق تطبيقه جملة من المشاكل التنظيمية وجهود كبيرة لتحقيقها لهذا المشروع نقاط إيجابية تتمثل في:

- إنقاص الضغط على مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية؛
- تسخير الامكانيات للعيادات متعددة الخدمات وتفعيل قاعات العلاج لتقريب الصحة من المواطن وتنظيم الفحوصات الخارجية، وتجهيزها بالتجهيز التقني الأشعة والتحليل اللازمة؛
- تغيير مهم مس سلوك المواطن وهو توجهه إلى العيادات أولاً قبل المرور إلى الاستعجالات الطبية ما حقق نوعاً ما التدرج الصحي الذي يعد من محاور النظام الصحي.

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

- النقاط السلبية التي رافقت هذا المشروع من الناحية التنظيمية:
- ظهور صراعات كبيرة بين مستخدمي هذه الهياكل بتغير الانتماء إلى المؤسسات والإحساس بالوصاية من طرف مستخدمي المؤسسات الاستشفائية؛
 - التنافس السلبي بالمقارنة في أداء النشاطات، ما أدى إلى إرهاق المريض في التنقل بين الهياكل الاستشفائية والجوارية وتحويله من جهة إلى أخرى بدعوى عدم الاختصاص؛
 - استنزاف للميزانية دون التركيز على نواحي الوقاية وتحقيق البرامج الصحية؛
 - ضعف التنسيق بين الهياكل الصحية وعدم وضوح المهام، أدى إلى سوء التكفل الصحي بالمريض؛
 - عدم الاهتمام والعناية الكاملة بالملف الطبي للمريض؛
 - نقص التكوين للأطباء الذين سيروا المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بحكم القانون الذي صدر بإدارتهم لهذه الهياكل؛
 - السرعة في اتخاذ هذا القرار الذي يعتبر جوهريا ويتطلب اعدادا كبيرا في التكوين والأهداف أدى إلى تطبيق هذا المشروع ينقصه الفعالية اللازمة.
- وبكل السلبيات واليجابيات وكذا التكاليف التي رافقت هذا المشروع ، فإنه سوف يتم الرجوع إلى فكرة القطاع الصحي تحت اسم آخر وخلق مديريات صحة للدوائر ضمن مشروع قانون الصحة الجديد.
- وهذا يعطينا أيضا نظرة على السياسة الصحية التي تفتقد لرؤية استراتيجية، حيث تعتمد على إقامة تجارب متسعة وما تكلفه من تكاليف ومشاكل تنظيمية وتؤثر تأثيرا سلبيا على تكيف المرضى بطريقة ناجعة ضمن النظام الصحي وعلى التكفل الأمثل به دون تحسين لمسار المريض وتنظيمه وفق تدرج قائم على التنسيق وتوحيد الجهودات المادية والبشرية.

رابعا: شروط تحويل المرضى

تحويل المرضى أمر أرهق المريض ، وبالرغم من كل الجهود التي بذلت في إطار الخدمة المدنية والتجهيز بسيارات الاسعاف إلا أن هذا المشكل لم يحل ، مازالت المؤسسة تعاني من نقص الأخصائيين أو الوسائل ، الذي أدى إلى زيادة في نسب تحويل المريض إلى مؤسسة أخرى بإمكانات المؤسسة إن وجدت أو يتم تحويله بوسائله الخاصة ، المشكل لا يطرح عندما تكون الحالة عادية

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

ولكن يطرح عندما تكون حالة حرجية في مقابل انعدام سيارة الإسعاف خاصة إذا صادفت المداومة وجود العديد من التحويلات و هنا الطبيب والفريق المعالج ومدير المناوبة يصبح أمر تقديرهم للحالة و لإبقاء سيارة إسعاف وحيدة في انتظار حالات أخرى أو تحويلها أمرا صعبا.

وباستقراء للمراحل التي مرت بها هذه المؤسسة فيما يخص التكفل بالمرضى و موضوع التحويلات، فإننا نذكر أن القطاع الصحي بعين وسارة عانى ولعدة سنوات العديد من المشاكل التي تخص تحويلات المرضى إلى مستشفيات أخرى " المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات العمومية الاستشفائية على مستوى الولاية وخارج الولاية، حيث كان القطاع لا يمتلك سوى جراحين عامين متخصصين في إطار التعاقد والذين قاموا بعمل جبار سواء بالجراحة العامة أو العمليات القيصرية، ومع تفعيل قانون الخدمة المدنية وتزويدهم بالأطباء المتخصصين ابتداء من سنة 2004 تم حل العديد من مشاكل التكفل الطبي بالمريض، إلا أن مشكل التحويل مازال مطروحا و من خلال استقراء بعض التقارير المتعلقة بالنشاطات الصحية المتعلقة بالتحويلات وأسبابها فنجد من أهمها هو مطالبة الأطباء المتخصصين بتحليل أكثر نوعية وأشعة أكثر دقة، بالإضافة إلى تحويلات المجاملة وكذا التحويلات الناتجة عن النزاعات أو رفض الفريق المعالج اتخاذ المسؤولية والتهرب منها.

كما أن تحويل المرضى لا يتم أحيانا ضمن الشروط المناسبة بحيث تم اصدار تعليمة وزارية تتمثل في ابداء رأي الموافقة من المؤسسة المستقبلية لإقامة التحويل لتفادي اتعاب المريض وإرجاعه دون علاج وكذا عدم اضاءة الوقت والإمكانات " سيارة الإسعاف والممرض "، إلا أنه عمليا هذه التعليمة يصعب تطبيقها، لعدة عراقيل أهمها:

لا يتم الرد هاتفيا على طلب التحويل من طرف الهيئة المستقبلية، ما يؤدي وخاصة في الحالات الاستعجالية إلى اتخاذ التحويل الذي قد يصطدم بالرفض وخاصة أنه تم استبدال الطبيب المختص أو غيابه في تلك المداومة دون اعلام باقي المؤسسات أو رفض بحجة أن المؤسسة الأصلية تمتلك التخصص وخصوصا إذا لم يتم اظهار سبب التحويل بصفة واضحة.

ونذكر مثالا آخر عن التحويلات يتكرر بشدة أثناء المناوبة وهو: التحويلات التي تتم بين العيادات المتعددة الخدمات من المناطق النائية التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوية وبين

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

المؤسسة العمومية الاستشفائية التي تؤدي إلى معاناة المريض و أهله لساعات لتقرير مصيره، سواء بإبقائه لدى المؤسسة العمومية الاستشفائية أو تحويله إلى جهة أخرى ، ذلك أن تحويل المريض وبالرغم من وضوح التعليمات التي تترك على عاتق المؤسسة العمومية الاستشفائية مسؤولية تحويله في حال تقرر ذلك، بالنظر إلى العجز الذي تعاني منه العيادات المتعددة الخدمات في الموارد البشرية وفي سيارات الإسعاف خاصة في الفترات الصيفية أين تكثر اللسعات العقرية، إلا أن فريق المناوب بالمؤسسة العمومية الاستشفائية يترك الممرض المرافق " التابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية " والمريض في الانتظار إلى غاية اتخاذ القرار من جهة و فرض القيام باستكمال تحويل المريض إلى ولاية أخرى، ما يدخل مستخدمو هذه الهياكل في صراع يستلزم تدخل المدير المناوب ، كل هذه الاجراءات تستغرق وقتا طويلا لفضها على حساب راحة المريض و نفسيته.

ومثال آخر يتعلق بتحويلات المرضى في نفس الولاية ،عادة يتم ارجاع المريض من مؤسسة ورفضه بدون أسباب موضوعية ما يرهق المريض و أحيانا تؤدي إلى الوفاة أو تفهقر حالته في التحول من مستشفى إلى آخر ، بالإضافة إلى الارهاق العصبي و النفسي نتيجة غياب التنسيق والتعاون بين المؤسسات في نفس الولاية، والتي من بينها حادثة المرأة هي وجنينها التي توفيت في جويلية 2017 وبعض الحالات في نفس الإطار، نتيجة رفضها من قبل 03 مؤسسات سببها غياب التنسيق بين المستشفيات وضياع المريض بين تحديد الوجهة، المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين وسارة بررت ذلك بتطبيق التعليمات التي تجبر وجود طبيب مختص مع حالات الولادة الأولى ومع غياب الطبية المختصة التي كانت في عطلة مرضية ، بينما المؤسسات الأخرى تعللت بوجود ضغط في العمل مقارنة مع باقي المؤسسات.

بالإضافة إلى وجود أسباب أخرى تؤدي إلى الخلل في تطبيق معايير النوعية "حسب نتائج الاستبيان "والمتمثلة في :

- سوء التنسيق والتفاهم بين المستخدمين والهياكل الصحية.
- نقص المستخدمين فيما يخص الأطباء المتخصصين ونقص التحاليل والأشعة.
- سوء التخطيط وعدم التحكم في العدد المتزايد للمرضى.
- التهرب من المسؤوليات.
- نقص الكفاءة اللازمة.

➤ سوء التسيير وعدم تنظيم جداول العمل خاصة في العطل.

➤ سوء توزيع المستخدمين وعدم وضوح المهام بينهم.

إن التكفل بالمريض يستلزم طاقة بشرية ومادية وتجهيزات في تناول الطاقم المعالج وتحيينها ويتطلب تسهيل الاجراءات وتقريبها وتبسيطها من أجل راحة المريض، بالرغم من كل الامكانيات التي سخرت والمتمثلة في جلب التجهيزات عالية النوعية المتعلقة بالأشعة والتحليل والعتاد الطبي وكذا توجيه الأطباء المتخصصين، إلا أن مسار المريض مازال يشكو من عدة نقائص:

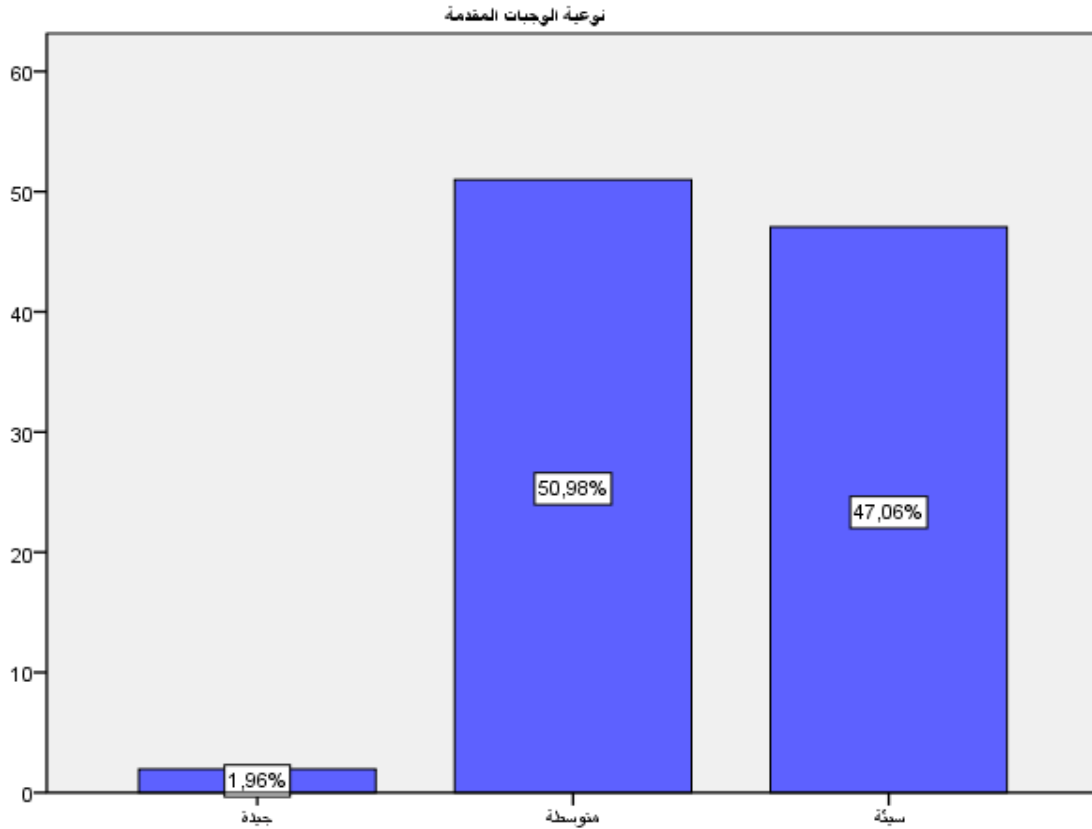
• مسار غير واضح: حيث لا يوجد نموذج واضح لمسار المريض ولل علاج، سواء عن طريق اجراءات ومبادرات داخلية لتنظيم هذا المسار أو عن طريق هيئات خارجية متخصصة يتم من خلاله تقييم النوعية ووضع اجراءات نموذجية نسبيا وبسيطة تسمح بتفادي ارجاع المريض أو التماطل في الاجراءات واعلامه بالاجراءات اللازمة منذ البداية، وتنظيم التدخلات ضمن هذا المسار، فإن توحيد المقاييس ولو نسبيا يسمح بتفادي حدوث اليأس والملل لدى المريض من كثرة الاجراءات وتضييع الوقت ويعطي الانطباع بوجود نظام محكم.

• إعلام المريض تدريجيا بالإجراءات وعلى مراحل، يعطي لك انطباعا بالتعامل ضمن قواعد البيروقراطية السلبية، فالمريض عادة لا يعرف ما هي الاجراءات التي يجب عليه القيام بها منذ البداية وإنما يتم اعلامه بطريقة غير وافية على مراحل وحين يتم نسيان اجراء أو نشاط يتم ارجاعه إلى نقطة البداية... ومع عدم وجود الاعلام الكافي عن الحالة الصحية وكيفية العلاج وضعف البيئة يساهم في تهرب المريض والتي تكون لها أثارا كبيرة خاصة إذا كان يعاني من أمراض معدية أو خطيرة لم تظهر معالمها بعد.

الفرع الثالث: شروط الإقامة

أولاً: نوعية الوجبات المقدمة

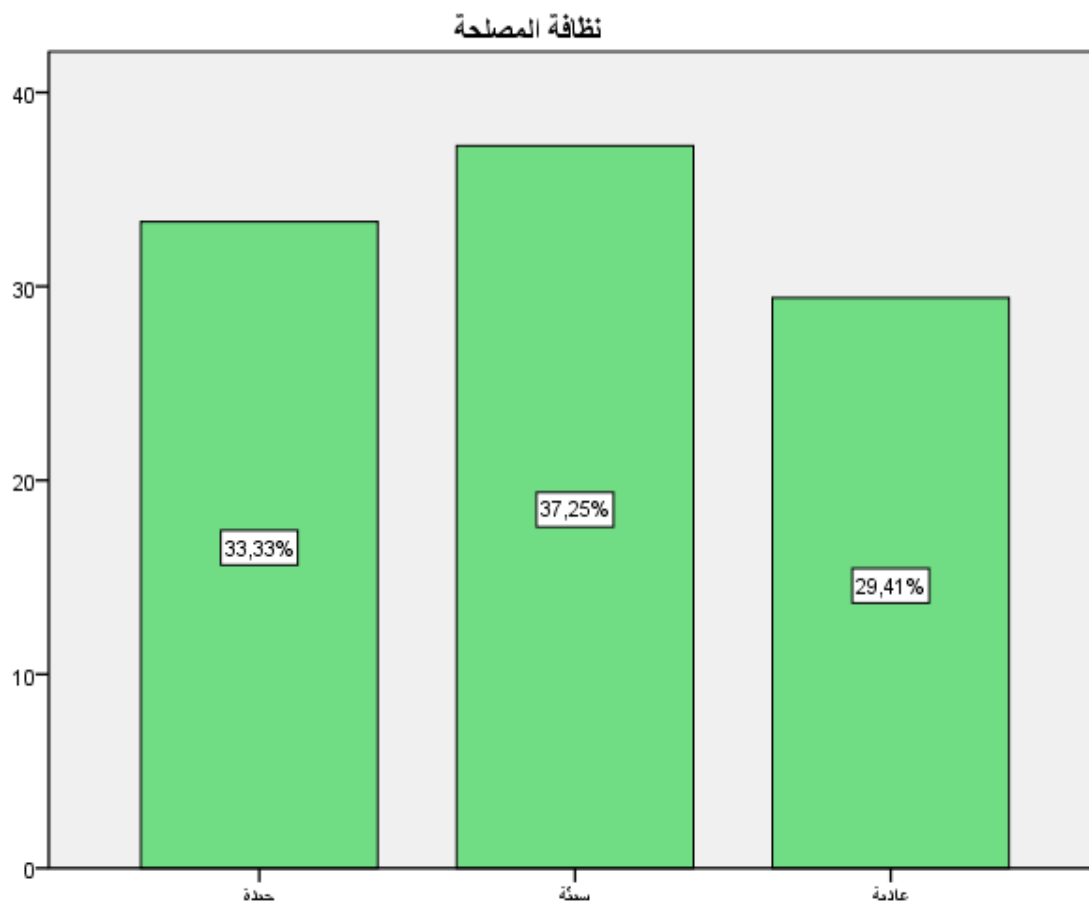
شكل رقم (26): الرسم البياني لتقييم نوعية الوجبات المقدمة



أغلب الإجابات الخاصة بالوجبات لا تحظى بالقبول من طرف المرضى فإنها تتراوح بين السيئة والعادية، وذلك بالرغم من كل التعليمات الصادرة من أجل تحسين الوجبات، ومنع جلب الغذاء إلا أن عدم الرضا عن الوجبات المقدمة وثقافة المنطقة يجعل تفضيل جلب الأطعمة، وهو ما يصعد المواقف عادة بين أعوان الأمن والزوار وبين الفريق المعالج والمرضى خاصة في حال عدم احترام النظام الغذائي.

ثانيا: تقييم النظافة:

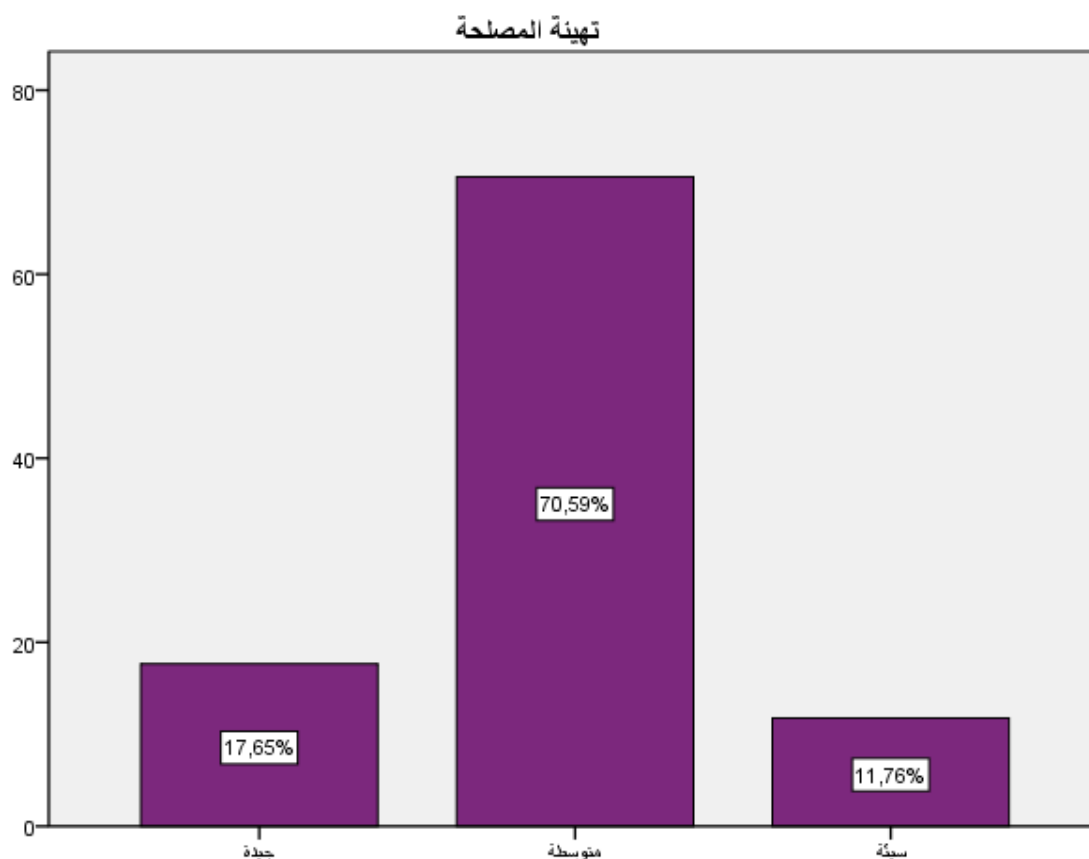
شكل رقم (27): الرسم البياني لتقييم النظافة



هي عادية حسب النتائج كما أن احترام قواعد النظافة لتفادي الأمراض الاستشفائية غير محترمة في كامل المصالح، وليس المشكل في التجهيز بقدر ما هو في السلوكات من طرف المستخدمين منها عدم إتباع الطريقة المثلى لغسل الأيدي وعدم غسل الأيدي بين كل علاج، وعدم الاحترام الكلي لطريقة رمي النفايات الطبية وفصلها ، عدم احترام الوقت الكافي لغسل اليدين، رمي الحقنفي سلة المهملات أحيانا، وضعها ووضعها فوق فراش المريض، هذه السلوكات ترجع إلى سببين وهو عدم تكوينهم حول موضوع النظافة الاستشفائية وطرق مكافحة الأمراض الاستشفائية وحجم الخطر الناجم عنها ويعود إلى الإهمال واللامبالاة، وهذا يعني أن الأمر مازال يستدعي المزيد من الأيام الدراسية و التوعوية لتحسيسهم بالمخاطر التي تنجم عن بعض التصرفات على العامل و على المريض على حد سواء.

ثالثا: تقييم التهيئة

شكل رقم (28): الرسم البياني لتقييم تهيئة المصالح



تم الاهتمام ضمن التغييرات التنظيمية بتهيئة المصالح ولهذا نجد أن الإجابات تعتبر ايجابية ولكن لم يرافق ذلك الاستثمار بنفس الوتيرة في الجانب التنظيمي التحفيزي.

المبحث الثاني: افتقار العلاقة العلاجية للتفاعل والتشارك

لقد أدخلت التغييرات التنظيمية الاستشفائية إلى جانب تطور النظريات المختلفة حول الصحة والعلاج والمرض أبعادا جديدة للعلاقة بين المريض والمعالج تقوم على ضرورة اقامة علاقة تفاعلية تشاركية والاستماع إلى المريض والاهتمام به إلى جانب معاملته برفق، وأعطت له صفة الفاعل الحقيقي سواء باحترام حقوقه القانونية أو بتمثيله ونقل انشغالاته عن طريق الجمعيات والتكفل باحتياجاته واقتراحاته.

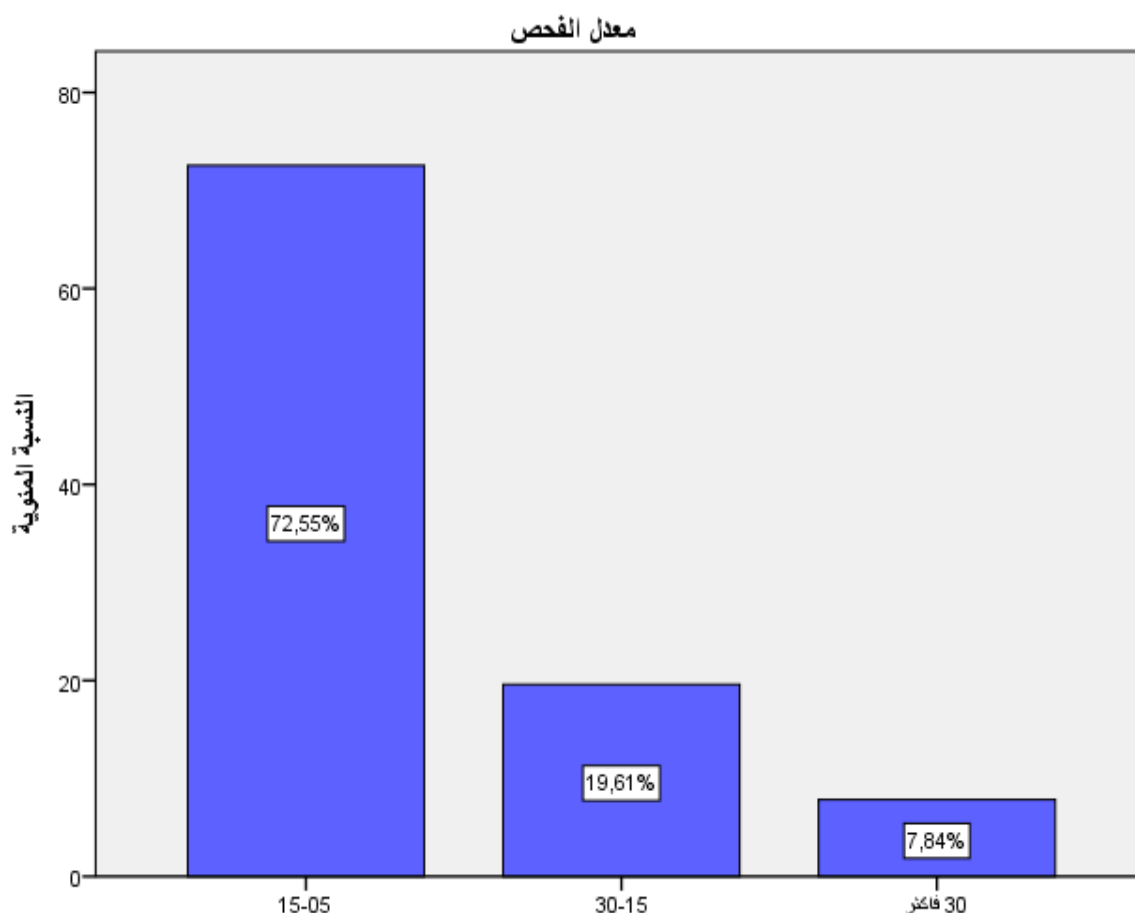
المطلب الأول: طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض

لقد أصبحت العوامل الكامنة في نطاق التفاعل بين الطبيب والمريض ذات مغزى عام في السنوات الأخيرة هذا فضلا عن الاعتراف المتزايد بأن العلاقة الايجابية هي في حد ذاتها علاج ذو فعالية كبيرة، وظهرت عدة دراسات تظهر أهمية العلاقات بين الطبيب والمريض والتي تبين كيف أن الاستماع الدقيق والتشجيع السابق على العلاج وإعطاء التعليمات قبل مباشرة العلاج يمكن أن يحسن من تأثير العلاج بشكل كبير جدا، وفي هذا السياق اخترنا المؤشرات التالية لتقييم وتحليل العلاقة بين المعالج والمريض في هذه المؤسسة.

الفرع الأول: المؤشرات النوعية للفحص

أولا: معدل الفحص

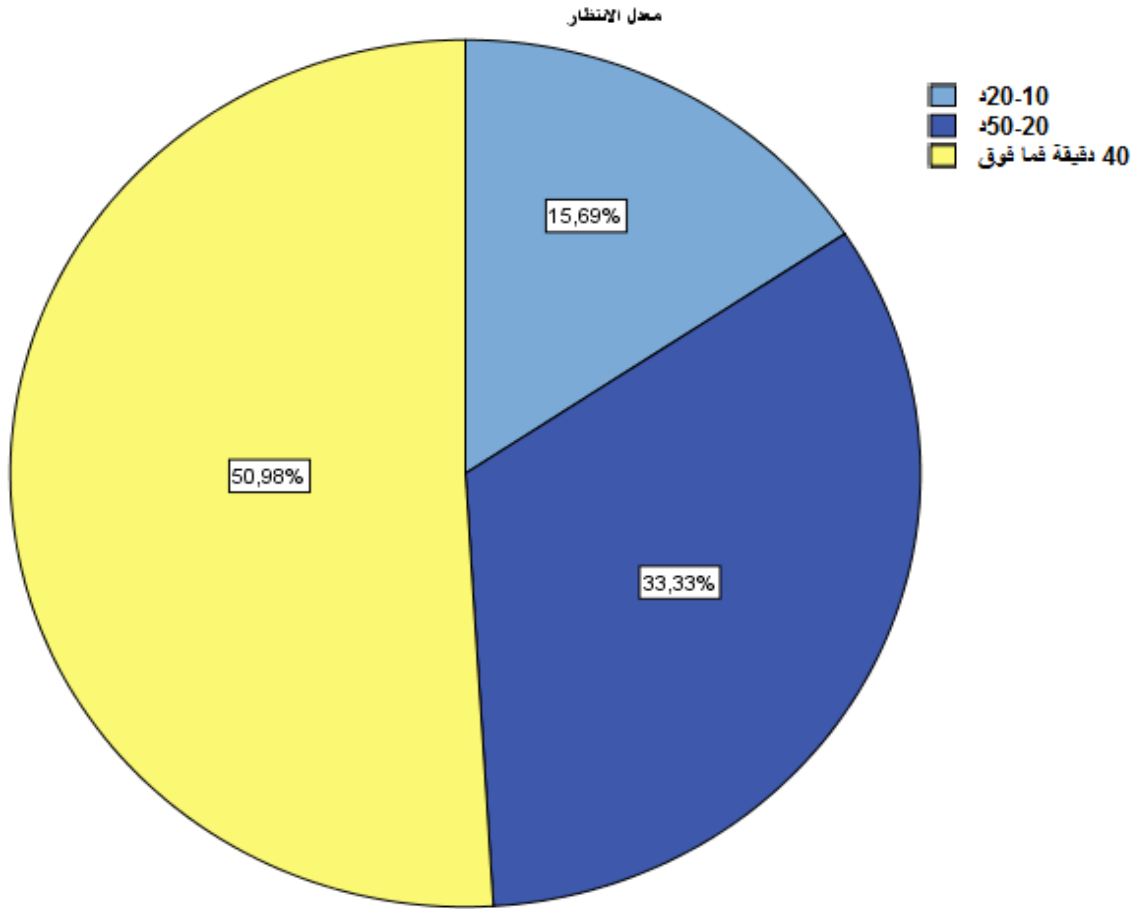
شكل رقم (29): الرسم البياني للمعدل الزمني للفحص بالدقائق



من خلال الاجابات يتبين أن معدل الفحص يتراوح بين 05-15 دقيقة ، وهي مدة تعتبر غير كافية بالنظر إلى المعايير الدولية، و لو أنها نسبية تتعلق بحالات فردية مختلفة ، إلا أن هذا يدل على نقص الاهتمام و الانصات إلى المريض للتعبير عن حالته الصحية ، وخاصة أن العديد من المرضى يصعب عليهم التعبير عن مشاكلهم الصحية ، لكن تعود الأطباء على التعامل مع الملف الطبي أكثر، ويعود إلى أن كثيرا من الأطباء يستعجلون للبدء في الإجراءات الطبية المعقدة دون النظر إلى اعتبارات أخرى وهذا الذي يؤدي إلى إهمال جوانب أخرى قد تكون هي السبب الأساسي للمرض وتعود عملهم المستمر في إطار المناوبة بمصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية، يجعل لهم نمطا معيناً في فحص المريض الذي عادة يكون استعجاليا و آليا أكثر منه مبني على المشاركة والانصات ، كما يمكن أن نرجع ذلك إلى نقص التكوين فيما يخص القدرة على الاستماع والانصات والتي تعد تقنية أصعب وأكثر حساسية و أكثر فعالية في إعطاء التشخيص الجيد وتحقيق نوعية.

ثانيا: معدل الانتظار

شكل رقم (30): الدائرة النسبية للمعدل الزمني للانتظار بالدقائق

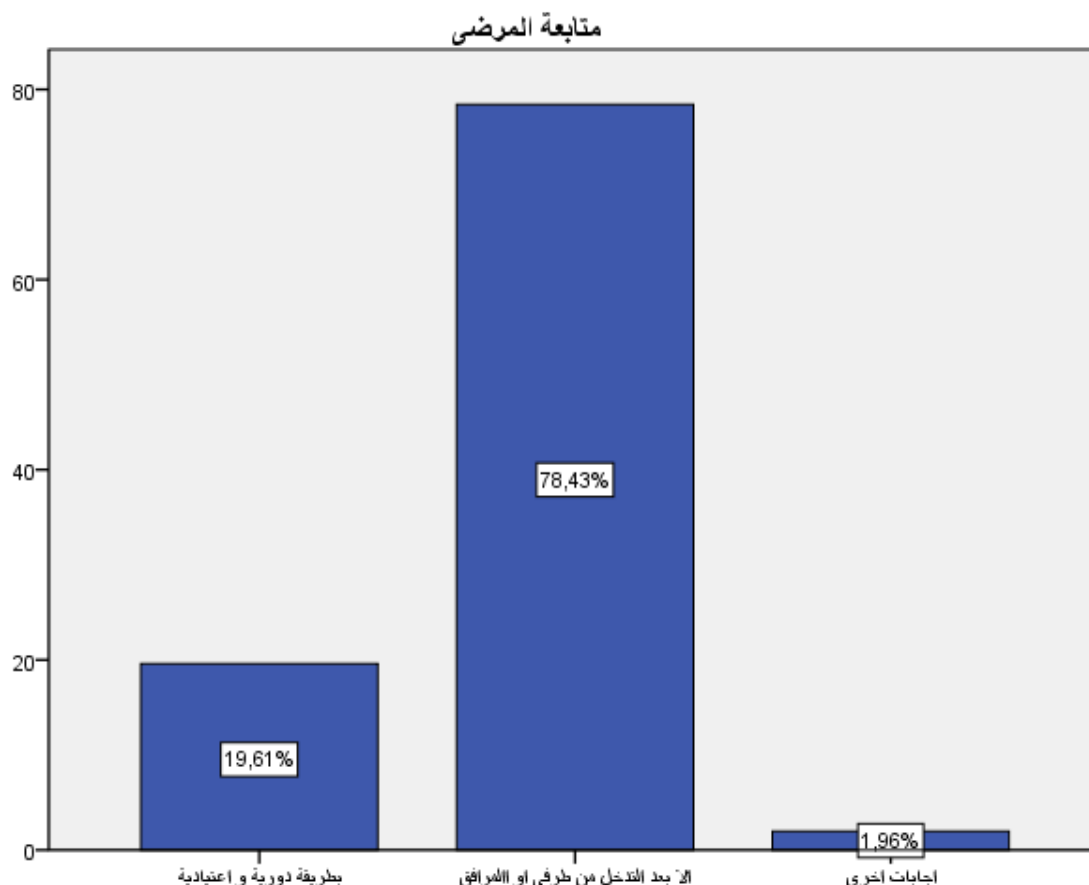


معدل الانتظار لا يتوافق مع المعايير النوعية وشروط تحسين الخدمات، حيث أن التقليل من مدة انتظار المرضى تعد من الشروط الأولية لتحقيق النوعية في الخدمات المقدمة ويؤثر على العلاقة بين المعالج والمريض، ويظهر قوة الجانب التنظيمي، يجنب وصول المريض إلى الفحص مرهقا جسديا ونفسيا، خاصة في حال عدم توفر المرافق الضرورية أثناء الانتظار.

ثالثا: المتابعة الدورية للمرضى:

وهو يعتبر مؤشرا ضروريا على تقديم نوعية في العلاج وعلى الاهتمام بالمرضى.

شكل رقم (31): طريقة متابعة المرضى



من الاجابات لاحظنا نقص التفقد والمراقبة الدورية مما يجعل المريض في حالة ترقب وتأهب لحالته بدلا من الراحة منها مراقبة المصل وتجعله يطرح العديد من الأسئلة للعديد من الأطراف لمعرفة كيفية العلاج والإرشادات الواجب اتباعها، ولهذا فإن المريض دائما يصر على وجود مرافق معه للأسباب التالية (حسب اجابات المرضى):

- الحالة الصحية المعقدة.
- عدم ثقة في طاقم العلاج لمتابعة حالته.
- نقص المتابعة.
- عدم وجود العدد الكافي لمتابعة الاحتياجات.

وميدانيا يتم التغاضي على وجود مرافق المريض دون ترخيص من الطبيب من طرف مستخدمي المصلحة، مع أنه تمنع اقامته دون ترخيص طبي وإداري، وذلك لعلم المستخدمين داخل المصلحة بعدم إمكانية التتبع والتفقد وكذا مساعدة المرضى خاصة الحالات المعقدة منها والمتعلقة بكبار السن، أو العجز عن الحركة، والتي يقوم بها فعليا مرافق المريض، لأسباب تتعلق بالضغط في العمل أو

للإهمال أو الشعور بالانتقاص لدى بعض الممرضين أثناء القيام ببعض الأنشطة المساعدة للمريض.

في فرنسا ونظرا للنسبة الكبيرة للشيخوخة تم حل هذا المشكل بإيجاد رتبة خاصة متمثلة في مساعدي التمريض تتكفل فقط بحاجيات المرضى كبار السن أو ما يسمى ب: Gériatrique في الجزائر ولامتصاص النقص الحاصل في سلك شبه الطبيين، تم خلق رتبة جديدة يخص غير المتحصلين على شهادة البكالوريا ، منذ سنة 2012 ، بتكوين أقل في المدة الزمنية، والتي تكون مهامها أقل من باقي الرتب في السلك شبه الطبي، ولكن واقعا تم الاتكال على هذه الفئة بعد تخرجهم للقيام بمهام لا تدخل في صلاحياتهم والقيام بمهام الممرضين المؤهلين وممرضين حاصلين على شهادة الدولة.

الفرع الثاني: طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض في المؤسسة

من خلال دراسة العناصر المتعلقة بطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض ونوعية المعاملة ومدى وجود المتابعة والتفقد.

أولا: خصائص العلاقة بين الطبيب والمريض

أهم الدراسات التي عنت بهذه العلاقة التحليل الذي قام به الطبيبان سزاس و هولاندر حيث فرقا بين 03 أنواع من التفاعلات التي يمكن أن تحدث بين الطبيب والمريض:

*الايجابية-السلبية

*الإرشاد والتعاون

*المشاركة المتبادلة.¹

ففي النوع الأول يكون الطبيب ايجابيا والمريض سلبيا، ويظهر ذلك في حالات الطوارئ كالإصابات الشديدة وحالات النزف الشديد والهذيان، فالمريض يكون عاجزا تماما بينما الطبيب يجري علاجه. نموذج الارشاد والتعاون: يندرج عادة عندما يكون المريض أقل يأسا وهو ينطبق على معظم الاضطرابات المرضية الشديدة وخاصة ذات النوع المعدي، فالمريض يكون واعيا وقادرا على تلقي المعلومات وممارسة الحكم على الأشياء وهذا النوع من العلاقات هو الذي يجد قبولا عند

¹ محمد، علي محمد، علم اجتماع التنظيم. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1993، ص 278.

معظم الكتاب عند مناقشتهم للتفاعل بين الطبيب والمريض وهو ما يتفق مع المفهوم العقلاني لدور المريض.

وأخيرا علاقة المشاركة المتبادلة و التي توجد أساسا في علاج الأمراض المزمنة ، حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج على يد المريض بتعليمات يتلقاها دوريا من الطبيب فإن الطبيب يساعد المريض على مساعدة نفسه ومن أجل اتمام العلاج ونجاحه يكون الطبيب في حاجة إلى المريض و المريض بحاجة إلى الطبيب.¹

وفي مجمل القول فإن العلاقة بين المريض و بين المؤسسة الصحية أو المعالج بصفة خاصة تحمل عدة منظورات و خلفيات ، ويظهر جليا تأثير البيئة الداخلية و الخارجية على هذه العلاقة ، كما أخذت العلاقة إذا ما درسناها من الناحية النفسية ، هي مبنية على انتظار الطبيب أو الممرض عرفانا والاعتراف وتقدير مجهوداته من قبل المريض ، في مقابل المريض يريد الاهتمام والاستماع إليه، وهنا تتشكل النقطة الجوهرية التي نربأنا لقطاع الصحي يعاني منها و هي الهوة الحاصلة بين المستخدمين بعدم تقدير الجهود و الضغوط التي يعيشونها و بين نظرة المواطن السلبية نحو الطبيب والممرضين.

إن الممارسة الفعلية للطب أكثر تعقيدا مما يوحي به نموذج المرض، لأن لدور الطبيب دورا اجتماعيا إلى حد كبير إلى جانب الدور الطبي، ولأن سلوك الطبيب كسلوك غيره يختلف كثيرا فيما يتصل بالاستجابة لما يلقاه من تعليم وخبرة وفيما يتصل بالمجتمع الذي يعيش فيه، ونظرا لأن الأطباء نتاج التجارب الاجتماعية وسياق حياة مختلفة ونظرا لأن البيئة التي يعملون فيها تختلف كثيرا فمن المتوقع أن نجد تباينات واضحة في سلوكهم، كما أنه يواجه عدة أشكال من الصراعات والتوترات:

أولا: الصراع الذي يجب أن يحسمه بين مصالح أي مريض فرد وبين مصالح المريض كمجموعة، فواجب الطبيب أن يوازن بين احتياجات المريض والحاجة إلى المحافظة على الموقف العام في المصلحة.

¹ المرجع نفسه ، ص 278-279

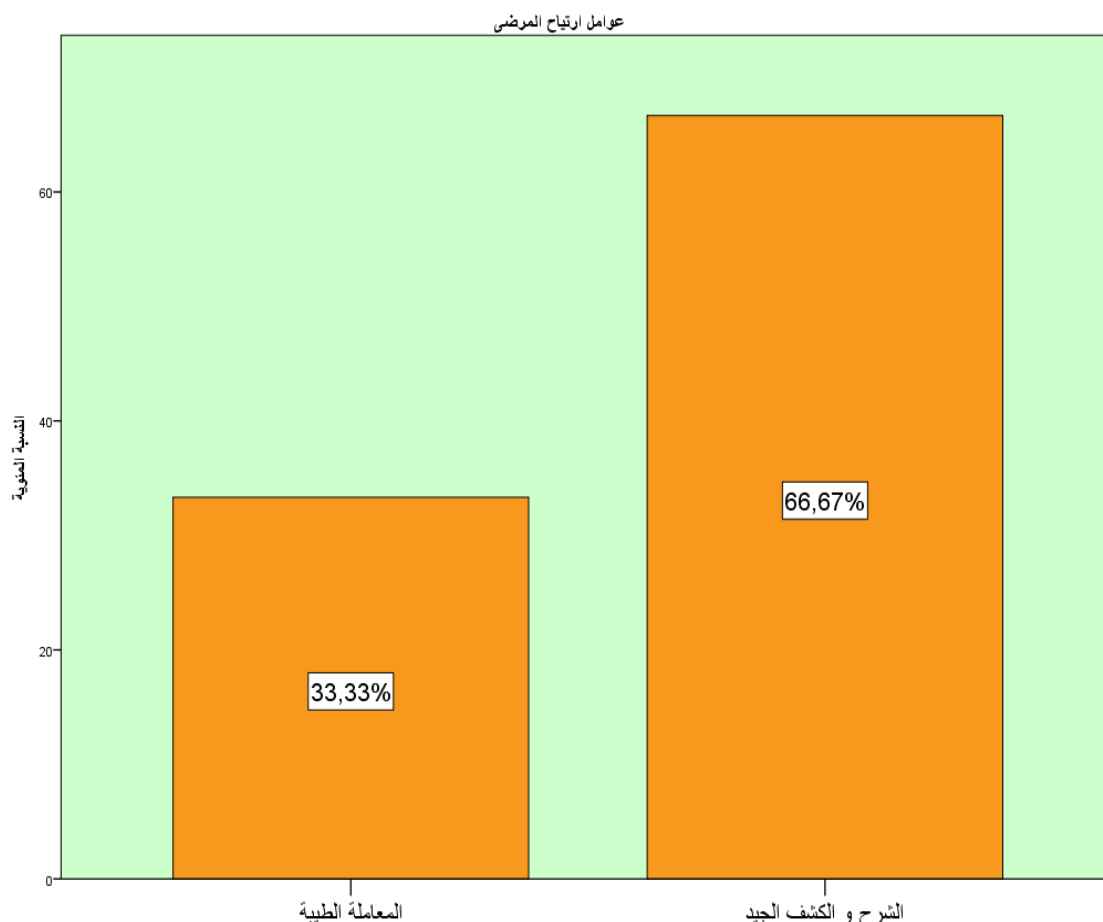
ثانيا: الحاجة إلى توزيع الموارد التي يندر توافرها دائما مثل الوقت والمهارة والمواد فانهم يضطرون إلى اختيار بدقة من هو أشد الحاجة إلى هذه الموارد لإنقاذ حياته ،ولهذا لابد من ترشيد الاستفادة من الطبيب والوقت والموارد النادرة.

ثالثا : موازنة مصلحة المريض في أي فترة من الوقت مع مصلحة نفس المريض في المستقبل.¹

فلا يمكن أن نرى هذه العلاقة من الناحية البيولوجية فقط ، فتأثير النماذج الثقافية والصورة التي تتخذها الحالة المرضية ، التي تؤثر على تقبل العلاج والالتزام بتعليمات الطبيب فقط ، وليس إتباع طرق أخرى و الهواجس منها تأثير السحر و معالجة المريض لنفسه طبقا لتجارب الآخرين و تظهر أيضا في عدم القدرة على إتباع النظام المقدم من طرف الطبيب نظرا لإتباع العادات "الدعوات" العادات الغذائية الخاطئة التي تشجعها البيئة بأكملها ،وهذا ما لاحظناه من خلال الإجابات المتعلقة بالتشخيص، بالإضافة إلى التطور الذي أثر على العلاقات منها نقص التضامن الذي يؤدي إلى الاكتئاب وتدهور الحالات النفسية والتعرض للأمراض المزمنة ما يؤثر على طبيعة العلاج بالنهاية. ولقد لاحظنا على هذه العلاقة بالرغم من كل الصعوبات التي على كاهل الطبيب بأنها علاقة ايجابية -سلبية ما يضعف العلاقة النوعية في العلاج، فالطبيب يهتم برسم خيوط العلاج أكثر من الإصغاء إلى المريض وشرح حالته الصحية ويهتم بالمرض أكثر من المريض، مع أن القواعد الحديثة تشجع العلاقة التفاعلية من أجل تقبل العلاج واستكمال مراحل العلاج، خاصة أن المريض يرى أن أكثر عامل يجعله مرتاحا هو الكشف الجيد وشرح حالته الصحية، مثل ما هو مبين في الشكل التالي:

شكل رقم (32): الرسم البياني لعوامل ارتياح المرضى

¹المرجع السابق ، ص 279



ما يشجع نمو هذه العلاقة وعدم الوصول إلى العلاقة التشاركية، خاصة لدى مصلحة الطب الداخلي التي الممكن تطبيقها وتحقيق الاستقلالية بالنسبة للمرضى مثل مرضى السكري والضغط وغيرها من الأمراض التي لا بد أن يتعايش معها المريض ويتكيف معها، هو ضعف المستوى التعليمي لدى بعض المرضى ما يجعل تقريب الأفكار لديهم ويجعل العلاقة تتجه إلى العلاقة الايجابية - السلبية.

البيئة الثقافية تجعل سيادة العلاقة الإيجابية - السلبية حاضرة، إذ أن أغلب المرضى يلجؤون إلى تفسير المرض ضمن وخلفيات ثقافية منها تجريب أدوية شعبية وأدوية وصفة لمرضى آخرين، ما يؤثر على فعالية العلاج وارجاع المرضى وتدهور حالتهم الصحية.

- المعالجون يعتمدون في أغلبهم على التحاليل والأشعة في علاقاتهم مع المريض والتعامل مع الملف الطبي أكثر من جانب العلاقات الذي يعتبر مهما جدا، في فهم تأثير قدرة الإيحاء فالطبيب

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

المهتم الذي يوحى بالثقة لمريضه ويكون ودودا ومطمئنا للمرضى والذي يقوم بفحص دقيق والذي لا يكون قلقا ولا متوترا هو الأكثر احتمالا لأن يستخلص ردود فعل إيجابية.

- إن العلاقة بين الطبيب والمريض تتسم بالصعوبة، فكثيرا ما تكون عملية الحكم بين مصالح المريض فرد وبين مصالح كل مرضاه وبين مريض وبين مصالح مريض آخر وبين المريض والأسرة وبينه وبين المجتمع بالإضافة إلى الصراع بين مصالح المريض ومصلحه الخاصة وباقي الإدارة فمن الصعوبة أن يعتمد على الأسس الموضوعية مثل الحياد الوجداني والعمومية والنوعية الوظيفية والتوجيه الجماعي حتى وإن كانت لديه الرغبة في ذلك ...

هذه العلاقة تخضع لمعطيات بيئية بيروقراطية خلال مسار العلاج تتأثر ليس فقط بالشروط التنظيمية وشروط العمل المتعلقة بالإمكانات ولكن أيضا بشبكة العلاقات غير الرسمية وكذا العراقيل المفتعلة التي تجعل سلطة الطبيب أمام المريض في محل ضعف يحاول إخفاءها بطلب التحويل أو إجراءات أخرى.

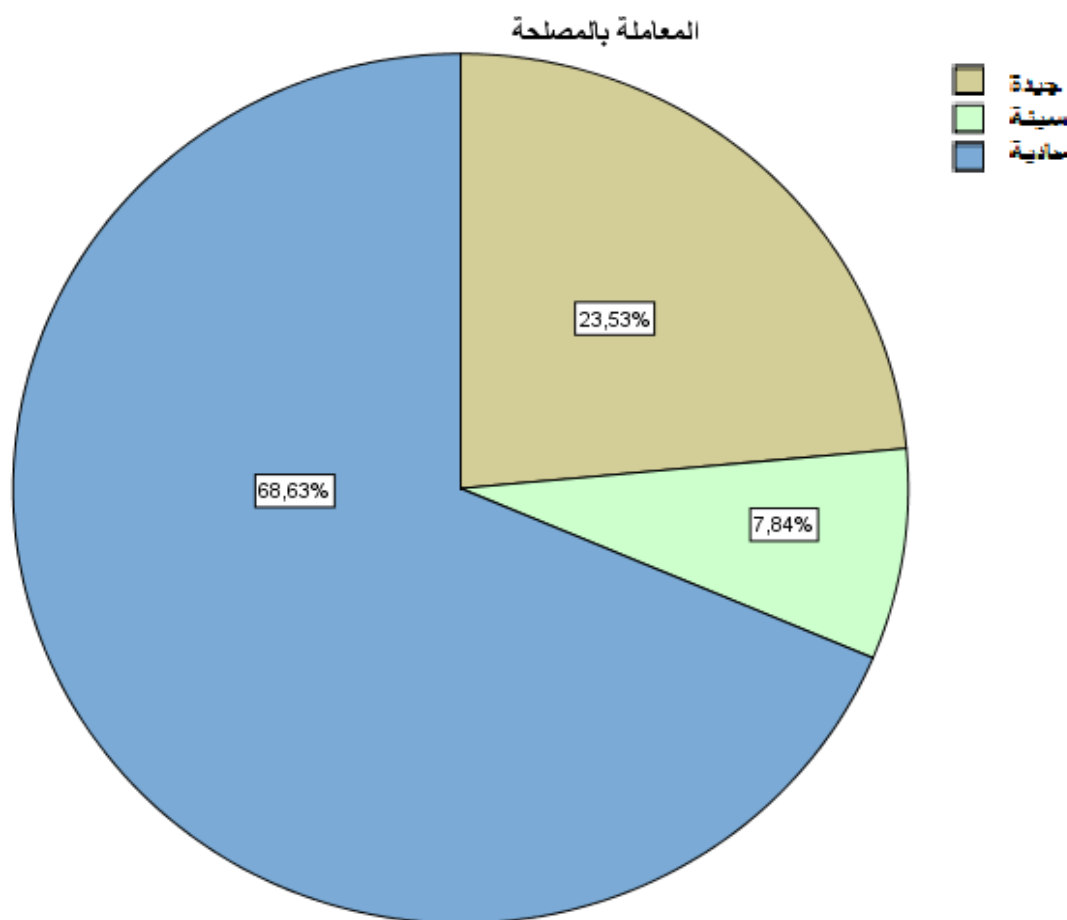
- العلاقة تتسم بالحساسية الكبيرة إذ أن المريض يأتي بمجموعة من التصورات يكفي أن يحس بمعاملة من طرف أي شخص ضمن مسار العلاج حتى يؤثر على هذه العلاقة.

- نقص التكوين لدى بعض الأطباء يظهر جليا من خلال العلاقة بين الطبيب المريض الذي لا يتقبل العلاج بسهولة ويجعله في محل شكوك.

ثانيا: نوعية المعاملة بالمؤسسة

حسب النتائج فإن نوعية المعاملة هي عادية، ما يعني أن هذا الاجراء يحتاج إلى جهود أخرى ليصل إلى معايير النوعية الاجمالية، كما تبين النتائج بأن أكثر سلك يرتاح معه المريض هو الطبيب أما الممرض أو عون الاستقبال فهو بشكل أقل، وقد شرحنا جزأ من هذه الأسباب خلال النقاط السابقة وأهمها الشحنة الأولى التي يتلقاها عون الاستقبال بما أنه في الواجهة الأولى بالإضافة إلى التوجيهات الأولية التي يجب أن يوصلها وإلى أسباب تعود إلى عدم التوعية ونقص التكوين والتحفيز من جهة أخرى.

شكل رقم (33): الدائرة النسبية لنوعية المعاملة



بالنسبة للممرض فهو في علاقة أطول و أكثر من الطبيب ،فعادة الطبيب يقضي مدة أقل مع المريض في التشخيص أو من خلال الملف الطبي ، و قد تراجع دوره في الفترة الأخيرة في مجال السلطة خاصة الطبيب العام في بعض المصالحوتجنبه الخوض في الجوانب التسييرية بالمصلحة، فترك المجال للمشرفين الممرضين ، وذلك لانشغالهم وعدم الرغبة في الخوض في أمور يحسون أنها ثانوية لا تعنيهم، التطور التكنولوجي الذي جعل التحكم في بعض التجهيزات الطبية يعطي مكانة على حساب الرتبة ،وكذلك لتطلع الممرضين للخروج من العلاقة العلاجية الروتينية إلىالعلاقة الادارية السلطويةو مسك زمام الأمور و نظرا لعدددهم الكبير فهم يمتلكون السلطة من خلال تكوين الجماعات والانتماء الواحد في السلك واستغلال التحكم في بعض النشاطات الطبية والتي عرفا وتقليدا يتم القيام بها من طرفهم، و هذه الآليةتستعمل كسلطة في حال نشوب

صراع أو مشكل تواصل بين الطبيب و الممرض كورقة ضغط من طرف الممرض على الطبيب، من أجل إقامة علاقات تفاوضية تمنحه سلطة مضاعفة.

المطلب الثاني: غياب فاعلية حقيقية للمريض في المؤسسة

ظهر مفهوم حقوق المرضى داخل التنظيمات الاستشفائية بأوروبا نتيجة ظهور الحركات التحررية والمطالبة بحقوق الإنسان وتوسع هذا المفهوم مع العولمة إلى باقي الدول التي ترجمت إلى تفتح المؤسسات على المحيط، انفتاح على التعددية الحزبية السياسية والجمعيات كتجسيد لروح الديمقراطية والشفافية فيالحكم، وتحولا جذريا في الوضعية القانونية والاجتماعية للمريض من متلق وغير مشارك إلى مشارك وفعال ضمن الحياة التنظيمية والانتقال من فكرة المنتفع إلى الزبون.

منخلال مؤشرات اعلام بحقوقه القانونية وإعلامه بالحالة الصحية، وبإمكانيات الاختيار وفي نفس الوقت نعرف نظرة المريض للقطاع العام بالوقوف على ايجابياته وسلبياته، بالإضافة إلى مدى تجاوب المحيط سواء عن طريق الهيئات المركزية بالتكيف مع الاحتياجات أو عن طريق الجمعيات.

الفرع الأول : حقوق المرضى بالمؤسسة

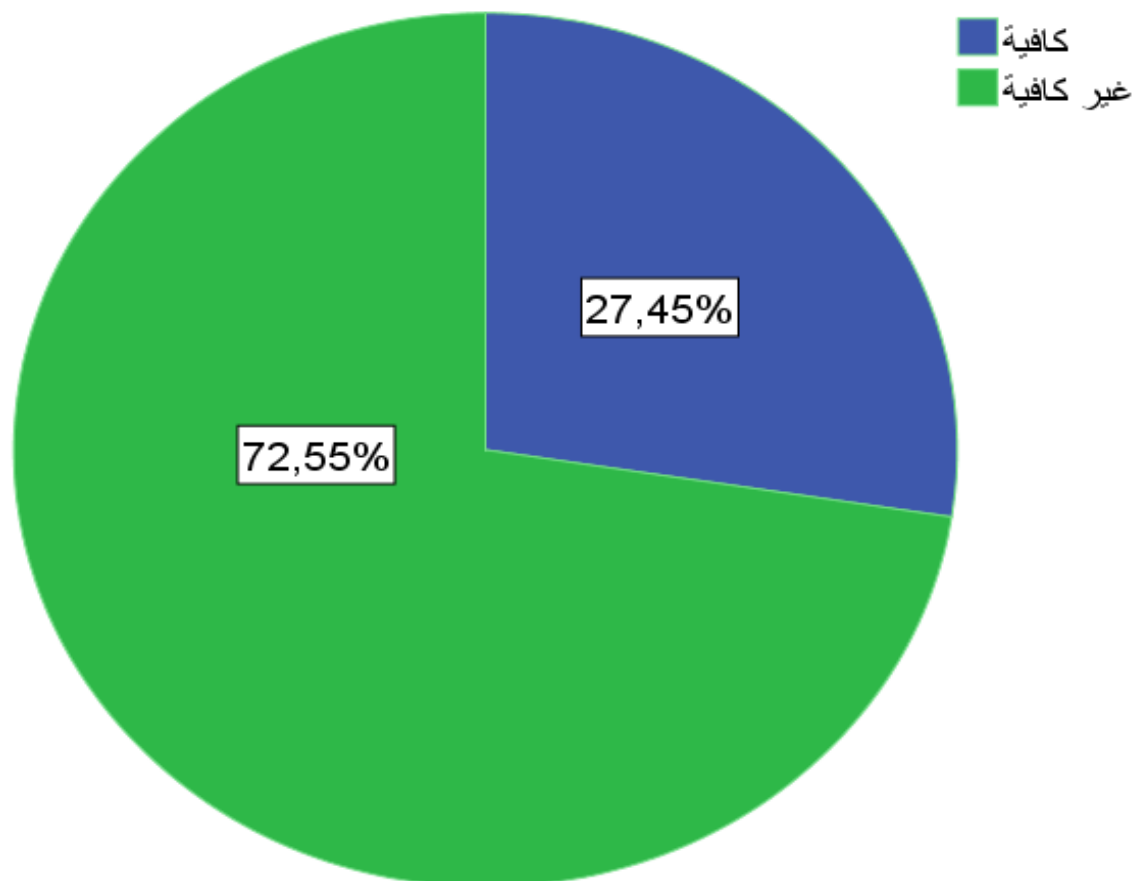
هذه الحقوق التي رأيناها في الجانب النظري المتعلق بإعلام المريض، المحافظة على سره، الحرية في الاختيار، اعلامه بحقوقه القانونية.

أولا: الحق فيالحصول على المعلومة

إنفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات و التأييد العاطفي يمكن أن يخفف إلى حد كبير من عبء التجربة التي يمر بها، وهذا بدوره ستكون له آثاره غير المباشرة على استجاباتها لاجتماعية والنفسية كما تعجل شفاؤه ، كما أثار زولا إلى أن رفض الاعتراف بالعنصر غير الطبي في المعاونة قد يؤدي إلى فشل العلاج كما أن الضرر قد يلحق بالمريض بسبب الاهتمام بالأعراض الجسمانية فقط دون الاعتراف بأنها جزءاً من صورة أكبر.¹

¹ محمد، علي محمد، مرجع سابق، ص 300.

شكل رقم (34): الدائرة النسبية لمعلومات عن الحالة الصحية



كما لاحظنا أن نسبة 72.55% من المرضى الذين عبروا عن عدم شرح وتقديم معلومات عن حالتهم الصحية وهذا يعبر عن سيادة العلاقة الأبوية الصارمة حتى في الحالات غير الحرجة وغير الاستعجالية وتفتقر لإعطاء المعلومات الكافية سواء أثناء العلاج وعن حالته الصحية، ما يترك المريض يغوص ضمنه واجس ويسعى وراء المعلومات التامة وتحين الفرصة في كل مرة يلتقي فيها الطبيب أو عن طريق مساعديه لمعرفة أكثر عن حالته الصحية وهذا ما يؤثر على نوعية العلاج نتيجة إعطاء معلومات متباينة ومجزأة للمريض والتي قد تكون محل تناقض.

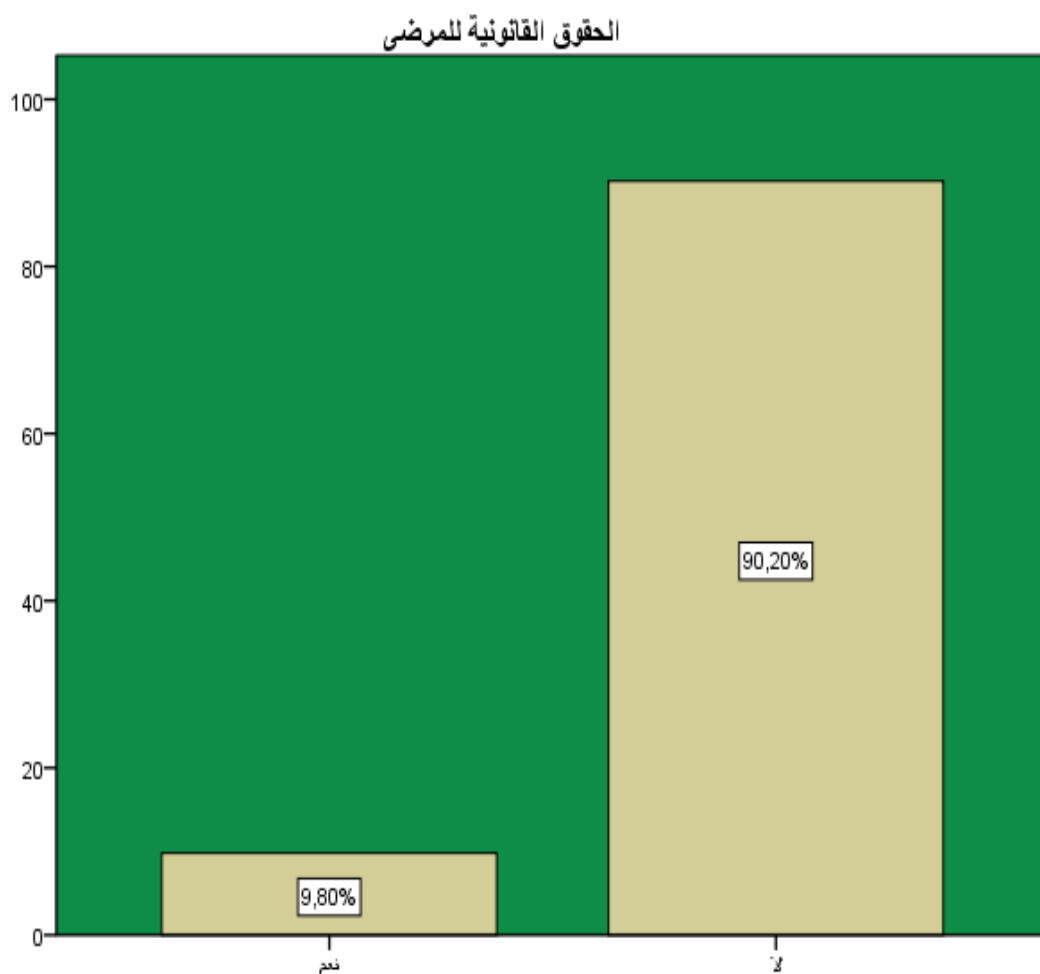
يكاد يكون هناك خوف لدى الأطباء لفتح مجال الحوار بينه وبين المريض خاصة بوجود حالات من المرضى من يقترح على الطبيب العلاج الذي يريد أن يتلقاه مثل المطالبة بالحقن، ما

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

يعتبره الطبيب تدخلا في صلاحياته وأحيانا لا يستطيع التحكم في زمام الأمور، وبالتالي يدافع على هذه العلاقة الأبوية لضمان عدمالدخول في حوارات لا نتيجة منها في رأيه.

ثانيا: الحق في اعلام المريض بحقوقه القانونية

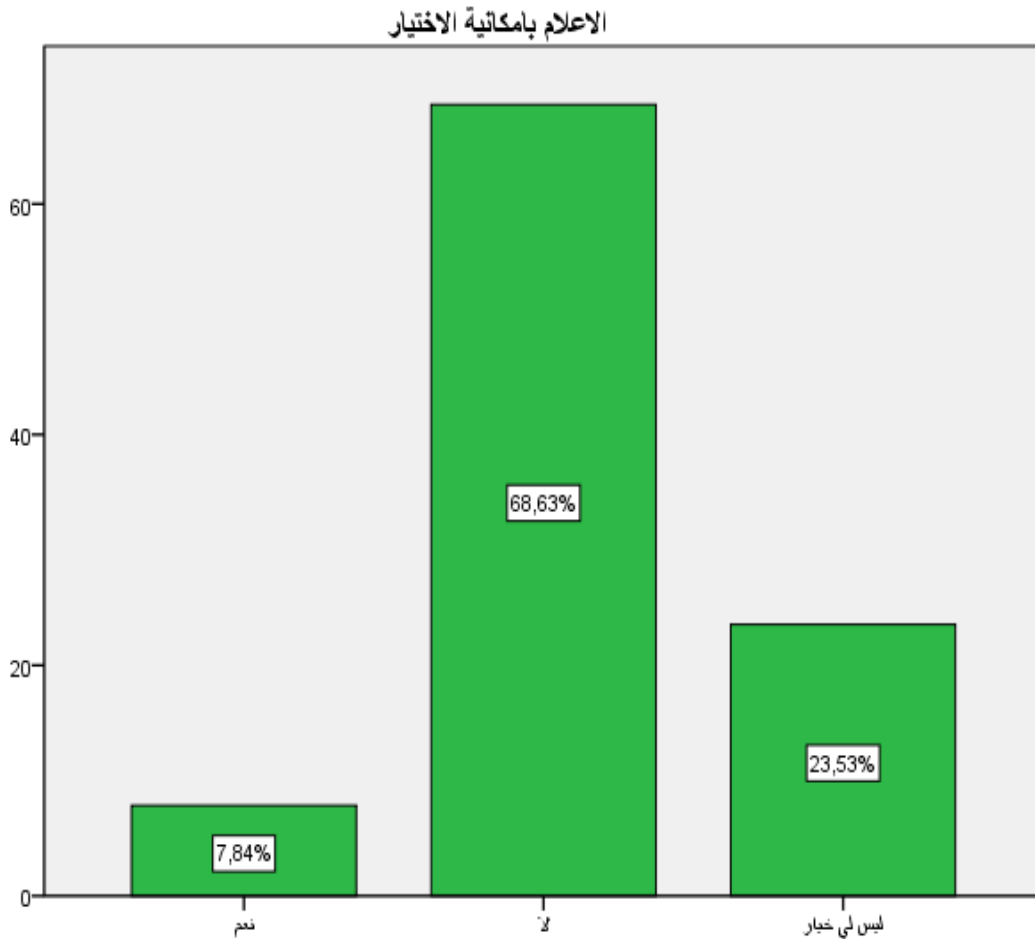
شكل رقم (35): احترام الحقوق القانونية للمرضى



الغالبية المطلقة بنسبة 90.20% لا يتم اعلامهم بحقوقهم القانونية، وهذا يبين نقص وعي المريض بحقوقه ويبين عدمتطبيق أفكار عصرنة الإدارة من طرف المؤسسة، التي يفترض توثيقها كتابيا وتسليمها للمريض لدى الاستقبال وربما يعود إلى تخوف الادارة من مطالبة المرضى بحقوقهم في ظل عجزها عن تطبيق هذه المحاور.

ثالثا: حق المريض في الاختيار

شكل رقم (36): الاعلام بحرية الاختيار

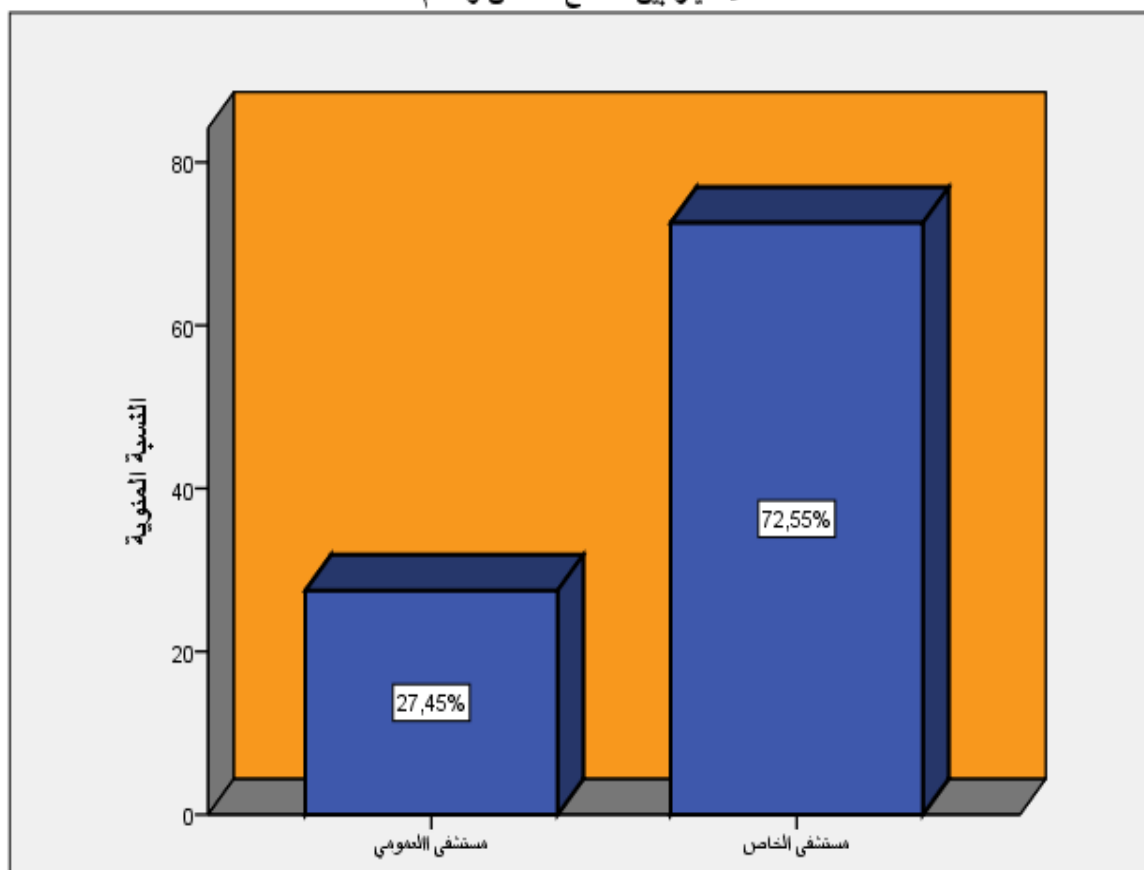


لا تعطى اقتراحات وإعلام المريض بالإمكانات الموجودة لدى المؤسسة للقيام بالاختيار واتخاذ القرار حسب حالته الصحية، فلقد رأينا أن العلاقة بين المريض والمعالج أحادية في أغلبها، ونظرا للتواضع المستوى التعليمي للمرضى وكذا لعدم وجود خيار للمرضى مع عدم تطور القطاع الخاص من جهة، وعدم تطور النظام التعاقدى الذي يضمن تحقيق هذا العنصر والمتعلق أساسا بتحقيق المنافسة بين المؤسسات الصحية والقيام بالاختيار على حسب أسعار الخدمات ونوعيتها.

أما عن تفضيل القطاع العام والخاص والأسباب المتعلقة به فقد بينت النتائج:

شكل رقم (37): الرسم البياني للاختيار بين القطاع العمومي والخاص

الاختيار بين القطاع الخاص والعام



هذا يعبر عن الانخفاض التدريجي لصورة المؤسسة العمومية و انخفاض التعلق بالقطاع العمومي الذي كان يميز المرضى مقابل الانتقال التدريجي و التفتح نحو القطاع الخاص ، بالرغم من النقائص التي يعرفها هذا القطاع، كخروج المريض بسرعة وعدم الاعتناء به بعد اتمام العمليات ، صعوبة تحديد المسؤولية، وغلاء بعض النشاطات الطبية وعدم ازدهارها في المنطقة ، وهو أمر سيسمح بتقبل أنظمة المؤسسات العمومية التي ستنقل في حال المصادقة على قانون الصحة الجديد إلى مؤسسات عمومية تتميز بالمرونة في ميزانياتها و بالتالي امكانية تحقيق المنافسة بين المؤسسات وتحقيق نوعية من أجل تحقيق مداخليل تضمن استمرار هذه المؤسسات.

المرضى يفضلون المستشفى العمومي للأسباب التالية:

- هدفه ليس ربحيا ؛
- ضمان الرعاية؛
- مراعاة امكانيات المرضى المادية ؛
- المتابعة بعد العمليات ؛
- نقص المخاطر الصحية ؛
- امكانية استقبال كافة المرضى؛
- الثقة.

أما عن الأسباب التي قدمت لتفضيل القطاع الخاص فتمثلت في:

- ضمان العناية اللازمة؛
- السرعة في التكفل ؛
- الجدية ؛
- احترام الطوابير وعدم الانتظار؛
- تأطير كفاء؛
- توفير الأدوية؛
- توفر النظافة؛
- سرعة التكفل.

الفرع الثاني: ضعف مشاركة المرضى في التنظيم

من خلال العناصر التالية:

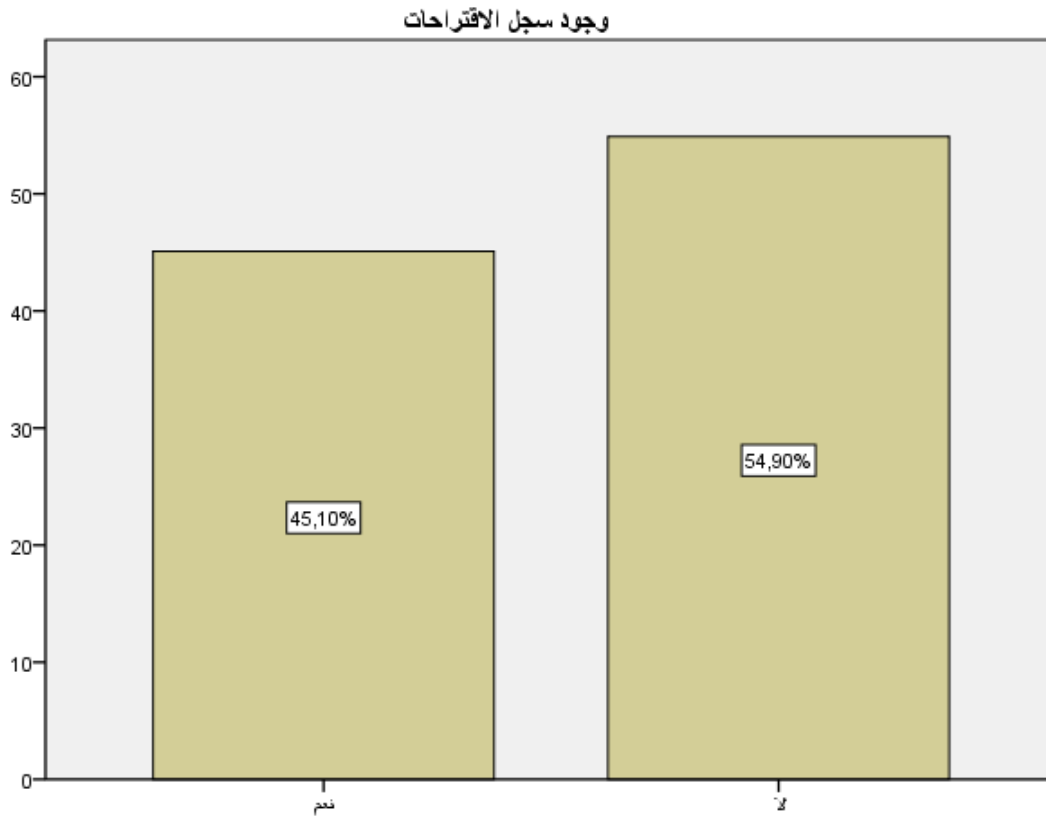
أولا: التكفل بالاقتراحات والشكاوى

لقد ظهر جليا من خلال الإجابات المقدمة عدم تكيف المؤسسة مع احتياجات المرضى النوعية والكمية، حيث أن التكفل يتم بطريقة آلية آنية حسب درجة المشاكل وحدثها، ولا تتم معالجتها وفق استراتيجية مسطرة مسبقا، مبنية على رؤية اتصالية ودراسة الاحتياجات، سواء باستغلال وسائل التسيير البسيطة التي تعطي نظرة على طريقة التسيير مثل الملاحظات الشفهية ودراسة الشكاوي واستغلال سجل الاقتراحات للوقوف على النقائص واعطاء تحفيز للمريض والمواطن لضمان مشاركته، باعتبار المشاركة أصبحت عنصرا مهما في تحقيق نوعية العلاجات بالإضافة

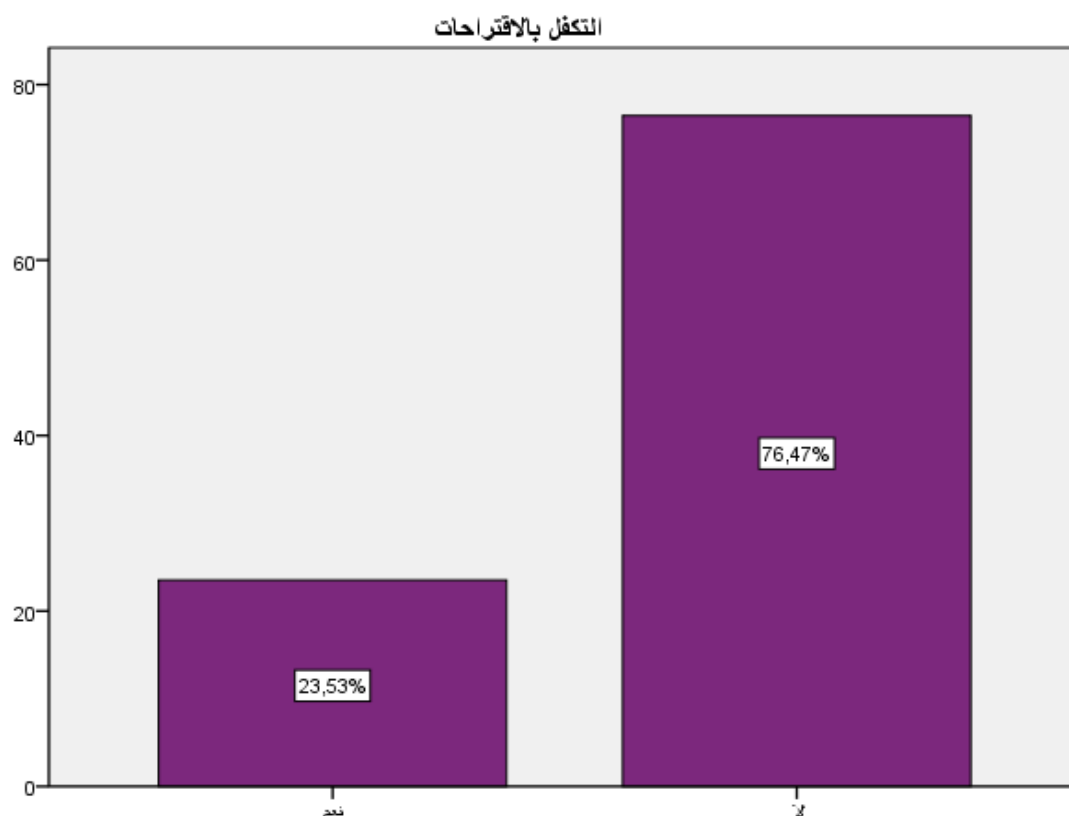
الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

إلى غياب ثقافة الاستبيان لدى المؤسسة وذلك لعدم التعود من جهة وعدم الثقة في تغييره ومعالجة النقائص و غياب مصلحة للعلاقات العامة من أجل الوقوف على دراسة الشكاوى بصفة موضوعية وعلمية بالرغم من أهميتها القصوى في تقريب المؤسسة من المواطن.

شكل رقم (38): وجود سجل الاقتراحات



شكل رقم (39): التكفل بالاقتراحات

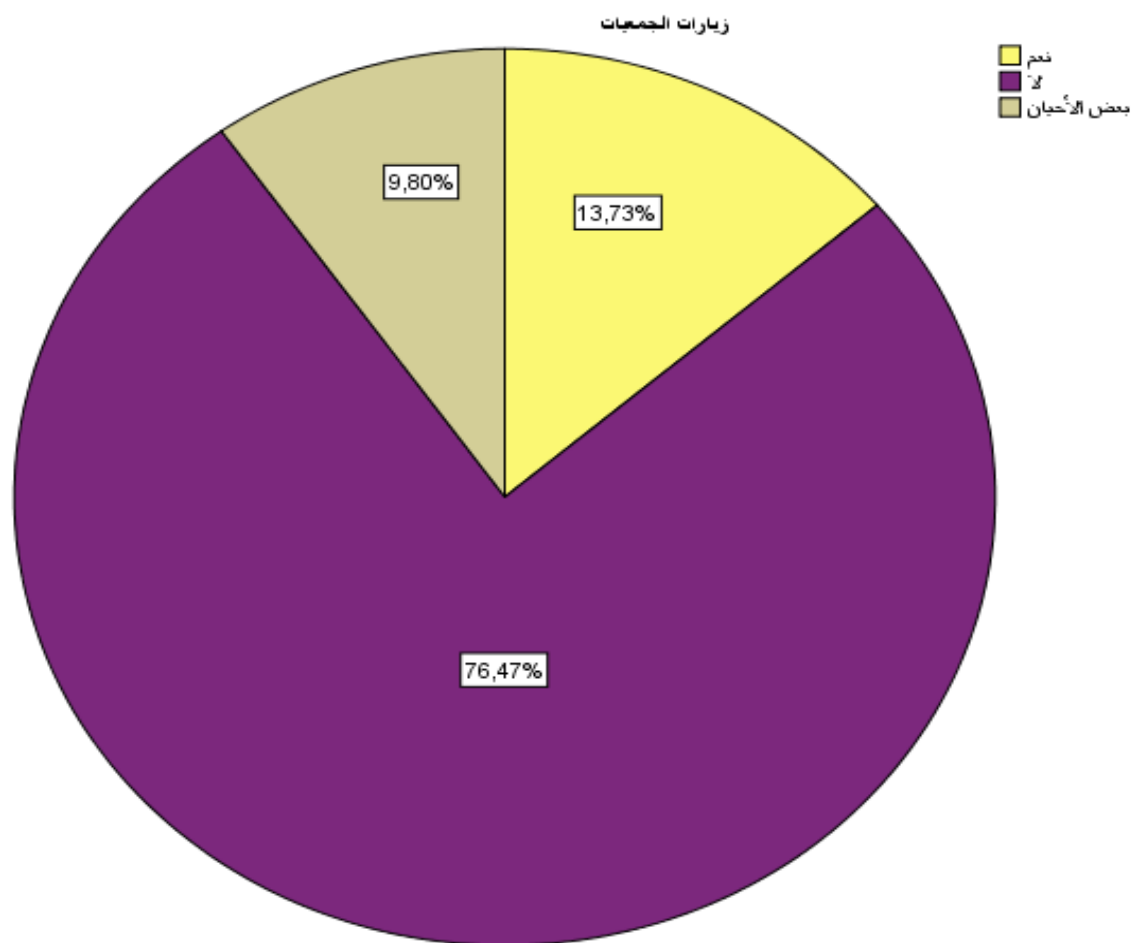


ثانيا: دور اللجان والجمعيات

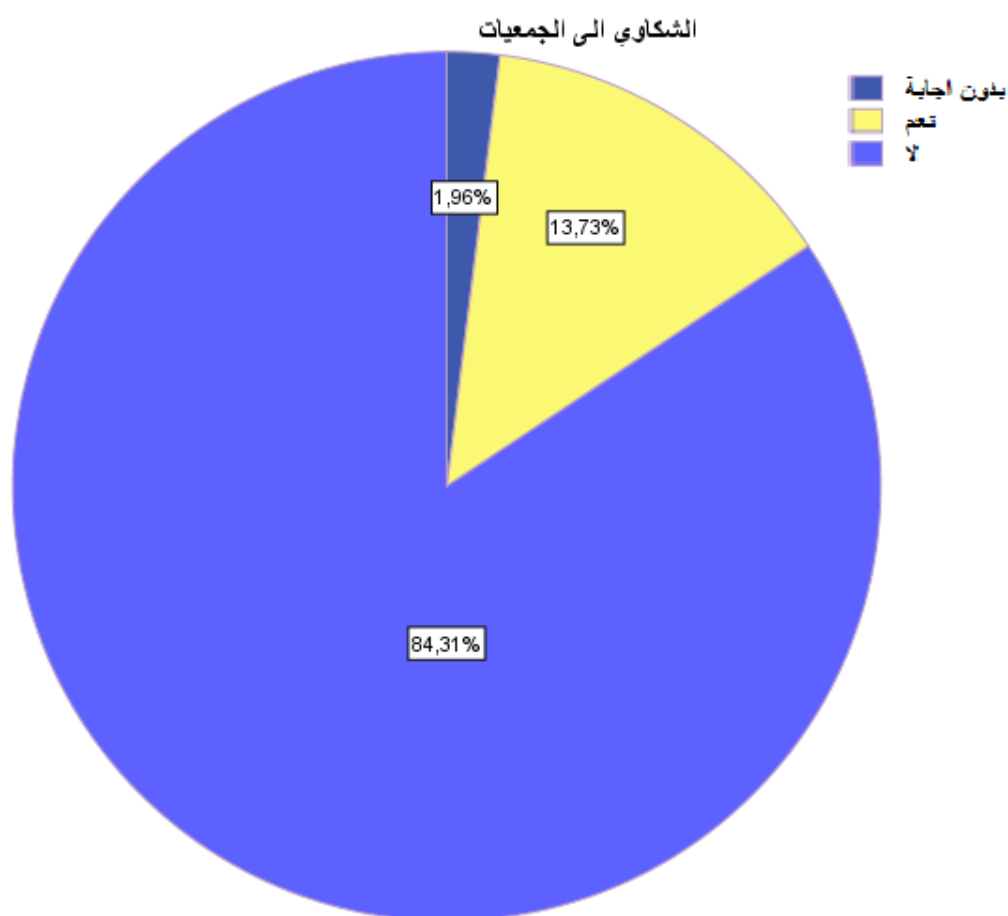
إن لجنة الوساطة منذ إنشائها لم تفعل عمليا بالرغم من دورها الاستراتيجي سواء من خلال مهامها أو من خلال تشكيلتها المتنوعة في القطاع الصحي والجماعات المحلية التي تسمح بتقارب الرؤى وفي إيصال المشاكل وتحقيق الوساطة بين المؤسسة الاستشفائية والمريض ودراسة الشكاوى التي تعطي فكرة عن الاحتياجات الحقيقية للمرضى ورسم استراتيجية انطلاقا منها في توجيه الموارد المادية والبشرية خاصة ما يتعلق بالتنوع، إذا أردنا فعلا التكيف مع احتياجات المرضى.

تجسيد مبدأ المشاركة يتحقق من خلال لعب جمعيات المرضى وجمعيات المجتمع المدني دور الوسيط بين المؤسسات الاستشفائية والمرضى وتقريب الصورة بينهم، سواء بنقل الاحتياجات والاقتراحات أو بنقل المشاكل التي تعاني منها المؤسسة وكذا الانجازات التي قدمت، وهو جزء من التطور الحاصل في حقوق المواطنين على المستوى العالمي، ويجنب المؤسسة الدخول في الصراعات مع المحيط الخارجي.

شكل رقم (40): الدائرة النسبية الخاصة بزيارات الجمعيات



شكل رقم (41): الدائرة النسبية الخاصة بالتكفل بالشكاوى من طرف الجمعيات



فواقعيا ليست كل الجمعيات واعية بأعبائها الاستراتيجية و تقدم البدائل والحلول وهناك بعض تجاوزات من قبل هذه الهيئات ، وذلك يعود لحدثة النسبية لهذه الهيئات ، فقد لاحظنا في المؤسسة من خلال النتائج أن الجمعيات شبه غائبة ضمن حياة المرضى ، نسبة 76% من المرضى لم يشهدوا زيارة المرضى ، بالرغم من وجود جمعيات سهرت على حماية حقوق المرضى منها جمعية العجز الكلوي وأمراض السرطان التي تنشط على المستوى الوطني ، إلا أن أغلب جمعيات المرضى و جمعيات المجتمع المدني تفتقد إلى الاعتماد ، تعدد هذه الجمعيات في وقت قياسي وعدم دراية البعض منها بالعمل الاستشفائي وعدم تقربها لحياة المرضى جعل بعض مطالبها تسوده الشخصية و البحث عن السلطة مع وجود بعض المطالب التي تخص المرضى والتي لا تعد جوهرية ولم تقدم حلولاً عميقة تخص حقوق المرضى، كما أنها مطالبها ليست بصفة انتظامية بقدر ما تنشأ عند أزمات تفجر من داخل التنظيم الاستشفائي، وحتى الجمعية التي تمثل في المجلس الإداري أو في اللقاءات الدورية على مستوى الدائرة لا تختلف عن هذا المنحى.

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

وفي الأخير ومن خلال سؤال يضم كافة الأبعاد، حولاًهما النقائص التي عبر عليها المرضأثناء اقامتهم بالمؤسسة، حيث الاجابات دعمت أغلب النقائص التي أشرنا اليها والمتمثلة في:

- نقص النظافة؛
- التداخل في الصلاحيات؛
- الخدمات لا ترقى سواء في التكفل بالعلاج أو الوجبات المقدمة؛
- نقص الأدوية؛
- نقص الوسائل وكثرة الأعطاب؛
- نقص سيارات الاسعاف؛
- نقص الانضباط والضمير المهني؛
- نقص المعاملة الجيدة؛
- عدم توضيح الاجراءات.

نتائجالفرضية الأولى

من خلال تحليل الاستبيان وكذا الملاحظة بالمشاركة، التي أظهرت عدم تطور مكانة المريض ميدانيا بما تقتضيه قواعد تحديث التنظيمات الاستشفائية حيث أظهرت الدراسة الميدانية نقائص على مستوى المحاور الأساسية لتحقيق نوعية العلاج واقامة علاقة تفاعلية واحترام حقوق المرضى والمتمثلة في النقاط التالية وتحليل الأسباب المؤدية إلى هذه النقائص.

*فيما يخص الاستقبال والشفافية:

ارتباط تطبيقالإجراءاتعلى الرغم من أهميتها مثل النوعية و تحسين الاستقبال بتحقيق النظام التعاقدي، هذا الأخير الذي وجد مقاومة من طرف المجتمع لعدم تهيئته، و تحيين النشاطات و تحسيس المواطن و التنسيق بين الوزارات ، فإن هذا الارتباط جعل من عناصر تحسين الخدمات وتحسين الاستقبال و التوجيه متعلقا بنجاح النظامالتعاقدي ، و أصبح مع الوقت هذا الإجراء عادي ولا يعبر الكثير من الاهتمام ، بالإضافة إلبارتباط بعض الإجراءات بسياسة الوزراء الذين تداولوا على الوزارة جعلها تتأرجح بين التطبيق و توقيفها وإعادتها بطريقة جديدة ، ما أفقدت أغلب التعليمات هدفها الجوهرى.

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

بالرغم من كل الآليات من تجهيزات الإعلام الآلي وتوجيه المستخدمين إلا أن نوعية الاستقبال تعتبر عادية وذلك لعدة أسباب:

- استعجالية القرارات أحدثت دخلا في المهام بين عون الأمن وعون الاستقبال.
- عدم وجود رتبة خاصة بعون الاستقبال في مدونة الوظيفة العمومية.
- ضعف التحفيز: زهد العائد المادي و عدم التكوين حول أهمية الاستقبال ودوره ، في مقابل الدور الكبير الذي يلعبه الضغط الذي يتلقاه يوميا في التعامل مع المواطن ، وخاصة في تطبيق التعليمات ، حيث يعتبر الناقل الأول للمعلومات ولحمل التغيرات وهو مسؤول عن تقديم الصورة الأولى عن المؤسسة ، تأثيره على باقي مراحل العلاج ، طبيعة عمله التي تجعله في مركز وسيط بين المرضى و باقي المستخدمين وما تنتج عنها من مشاكل تنسيقية و علاقات ، إقامة علاقات سلطة من خلال التعامل اليومي بين المستخدمين و كذا المواطنين لا يعتبر محفزا قويا أمام هذه المهام المؤثرة فهو أمر يتطلب مجهودا فكريا و عصبيا للتعامل مع المواطنين ، خاصة في هذه المناطق التي تسود فيها علاقات القرابة.

فيما يخص الشفافية استثمار المؤسسة الصحية لوقت طويل ونزاعات في إجراءات تبدو سهلة إلا أنها قوبلت بمقاومة شديدة أصلها ثقافي بتأثير البيئة الثقافية على سلوك العاملين والمستخدمين وتخوفا من المسؤولية.

• فيما يخص تنظيم المواعيد الاستشفائية:

مازال المريض يعاني من تأخر المواعيد الاستشفائية ونقص ثقافة الاعتذار لعدم الخوض في الأسباب الحقيقية التي تظهر بشكل قوي علاقات السلطة التقنية-التقنية والسلطة التقنية – الإدارية أكثر من باقي العوامل المتعلقة بالنقائص.

فالجهود التنظيمية التي أقيمت لم تستطع تجاوز كلال العراقيل الناتجة عن هذه النزاعات والتضارب بين السلطات فيما يخص تنظيم جداول المداومة وتقسيم المستخدمين بشكل يكفي لتغطية النقص والتكفل بالمواعيد، والمطالبة بتكثيف النشاطات من طرف الإدارة يقابل بالتحجج بظروف العمل وقلة الوسائل، وأمام ثقل الإجراءات الإدارية ونقص الموارد المالية واستعجالية النشاطات يجعل الإدارة تدخل في علاقات تفاوضية وحلقة مفرغة بين سلطتها كجانب قانوني وبين النزاعات التقنية ، والتي

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

تترجم إلى التأخر بإنجاز المواعيد الاستشفائية، بالإضافة إلى أسباب أخرى التي تتمثل في ثقل المديونية في عنوان الأدوية و التي تشكل 67 % من ميزانية التسيير، وتراكم هذه المديونية من سنة إلى أخرى أمام تضاعف عدد المرضى و ثقل الإجراءات الإدارية والسلطة التقنية للمراقب المالي يعرقل سير المصالح في انتظار التأشيرة على صفقات وعلى اتفاقيات.

• شروط التكفل بالمريض:

يشكو المريض من ضعف التشخيص وتناقض يدخل المريض في متاهات البحث عن القرار الصائب خاصة في ظل عدم وجود إجراءات موحدة وعدم توضيحها ما يستنزف جهدا وطاقة تتخللها لحظات يأس قد تؤدي إلى ترك العلاج أو تفاقم الحالة الصحية، خاصة إذا كان الأمر يستدعي تنقلات أثناء هذا المسار العلاجي وهروبا من كثرة الإجراءات وطولها وتأثرا بالبيئة الثقافية فإنه يتخلله زيارة الطب الشعبي وتجريب وصفات مرضى آخرين.

مفهوم الصحة العمومية لم يجسد واقعا لتلبية حاجيات المرضى فهو مفهوم شامل يقوم على القطاعين الخاص والعام، الذي يتسم بضعف التنسيق في تغطية الاحتياجات وخاصة في الجانب الوقائي والتربية الصحية وضعف الرقابة على القطاع الخاص، كما أن عمل المستخدمين بصفة غير رسمية لدى القطاع الخاص قلل من الوفاء نحو القطاع العمومي عدم التوازن في التعامل بين القطاعين منها إجراء المناوبة، أدى إلى الحد من روح المبادرة والتخوف من المسؤولية في المؤسسات العمومية.

إنقاص مدة مكوث المرض هو إجراء يهدف إلى تحسين التكفل بالمرضى وإنقاص التكاليف ويستلزم بعث الوسائل والموارد حسب النشاطات ولكن الرؤية التقنية البحتة للمعالجين وهي التماثل للعلاج يبعد التفكير في أبعاد أخرى لنوعية العلاج، كما أمر توجيه المستخدمين بطريقة موضوعية يقابل بمقاومة كبيرة.

مبدأ التدرج في العلاج غير محترم، بالرغم من التعود التدريجي على المرور إلى العيادات متعددة الخدمات مع ظهور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، إلا أنه مازال أكثر من 60 % من الحالات المسجلة في مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية تعتبر حالات غير استعجالية، وذلك لضمان علاجه بدلا من رفضه لدى مصالح أخرى.

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

العجز عن حل مشكل تحويل المرضى المتزايد لأسباب تتعلق بضعف التنسيق بين المؤسسات الصحية ولائيا ووطنيا والمطالبة بمزيد من اختيارات النوعية، بالتحويلات الناتجة عن النزاعات، مدة الانتظار التي يقضيها المريض إلى غاية تقرير تحويله إلى وجهة أخرى، تقرير تحويله بوسيلة النقل أو لا كما أن التعليمات التي تخص تحويل المرضى بعيدة عن الواقع خاصة مع تغيير جداول المداومة وعدم التعاون وضعف التواصل بين المؤسسات في نفس الولاية أو بين ولايات أخرى.

• مسار المريض مازال يشكو من عدة نقائص:

*غير واضح: حيث لا يوجد نموذج واضح لمسار المريض وللعلاج، سواء عن طريق اجراءات ومبادرات داخلية لتنظيم هذا المسار أو عن طريق هيئات خارجية متخصصة يتم من خلاله تقييم النوعية ووضع اجراءات نموذجية نسبيا وبسيطة تسمح بتفادي ارجاع المريض أو التماطل في الاجراءات واعلامه بالإجراءات اللازمة منذ البداية، وتنظيم التدخلات ضمن هذا المسار، فإن توحيد المقاييس ولو نسبيا يسمح بتفادي حدوث اليأس و الملل لدى المريض من كثرة الاجراءات وتضييع الوقت ويعطي الانطباع بوجود نظام محكم.

*إعلام المريض تدريجيا بالإجراءات وعلى مراحل، يبين التعامل ضمن قواعد البيروقراطية السلبية، فالمريض عادة لا يعرف ما هي الاجراءات التي يجب عليه القيام بها منذ البداية وإنما يتم اعلامه بطريقة غير وافية على مراحل وحين يتم نسيان اجراء أو نشاط يتم ارجاعه إلى نقطة البداية ومع عدم وجود الاعلام الكافي عن الحالة الصحية وكيفية العلاج وضعف البيئة يساهم في تهرب المريض والتي تكون لها آثارا كبيرة خاصة إذا كان يعاني من أمراض معدية أو خطيرة لم تظهر معالمها بعد.

شروط الإقامة: مازالت النتائج غير مرضية مازالت بعيدة عن معايير النوعية إلا فيما يخص التهيئة.
العلاقة بين المريض والمعالج: تفتقر إلى العلاقة التفاعلية التشاركية.

- معدل الفحص ومعدل الانتظار لا يتوافقان مع المعايير النوعية وتحسين الخدمات.
- التضارب في القرارات بين المصالح تشبثا في سلطة القرار.
- العراقيل الناتجة عن سوء الفهم.
- عدم وضوح المهام بين الأسلاك وبين الرتب في نفس الأسلاك.

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

- التقسيم المتشدد للمهام بين المستخدمين كلما تم إضافة المستخدمين أدى إلى الجمود في تقديم الخدمات و التماطل في انجاز المهام بدلا من المرونة والتعددية.

صراع كبير يعيشه الطبيب بين تقدير الأولوية الاستعجالية وبين الموارد المتوفرة وبين واجباته وطموحاته، وبين انتظار التقدير والعرفان بمجهوداته وبين تصورات المريض تحصل الهوة في عدم تقدير المجهود المبذول بالرغم من النقائص والمريض عندما لا يستمع ولا ينصت إليه.

تسود العلاقة الأبوية الصارمة حتى في الحالات غير الحرجة وغير الاستعجالية وتفتقر إلى إعطاء المعلومات الكافية سواء أثناء العلاج وعن حالته الصحية، ما يترك المريض يغوص ضمنها جس عن سر عدم إعطاء المعلومات التامة ويصبح يتحين الفرصة في كل مرة يلتقي فيها الطبيب أو عن طريق مساعديه لمعرفة أكثر عن حالته الصحية

يكاد يكون هناك تخوف لدى الأطباء لفتح مجال الحوار بينه وبين المريض خاصة بوجود حالات من المرضى من يقترح على الطبيب العلاج الذي يريد أن يتلقاه مثل المطالبة بالحقن، ما يعتبره الطبيب تدخلا في صلاحياته وأحيانا لا يستطيع التحكم في زمام الأمور، وبالتالي يدافع على هذه العلاقة الأبوية لضمان المحافظ على مكانته.

وهذا ما يضعف العلاقة النوعية في العلاج، فالطبيب يهتم برسم خيوط العلاج أكثر من الإصغاء إلى المريض وشرح حالته الصحية ويهتم بالمرض أكثر من المريض، مع أن القواعد الحديثة تشجع العلاقة التفاعلية من أجل تقبل العلاج واستكمال مراحله العلاجية خاصة أن المريض بالمؤسسة يرى أن أكثر عامل يجعله مرتاحا هو الكشف الجيد وشرح حالته الصحية.

المعالجون يعتمدون في أغلبهم على التحاليل والأشعة في علاقاتهم مع المريض والتعامل مع الملف الطبي أكثر من جانب العلاقات الذي يعتبر مهما جدا، في استخلاص ردود فعل إيجابية.

هذه العلاقة تخضع لمعطيات بيئية بيروقراطية خلال مسار العلاج تتأثر ليس فقط بالشروط التنظيمية وشروط العمل المتعلقة بالإمكانات ولكن أيضا بشبكة العلاقات غير الرسمية وكذا العراقيل المفتعلة التي تجعل سلطة الطبيب أمام المريض في محل ضعف يحاول إخفاءها بطلب التحويل أو إجراءات أخرى..

الفصل السابع : مكانة المريض في ظل التحديث التنظيمي

نقص المتابعة والتفقد من طرف الهيئة المعالجة، من خلال النسبة الكبيرة لمرافقي المرضى، نظرا لعدم الثقة ونقص المتابعة الدورية أثناء العلاج والذي أحدث بدوره تداخلا جديدا للمهام بين الممرض ومرافق المريض.

- بالنسبة لحقوق المرضى فإن البيئة الخارجية و الداخلية ليست مستعدة لهذا التغيير، حيث أن المريض لا يتلقى دوما المعلومات الكافية عن حالته المرضية ولا مسار علاجه ولا بالإمكانات اللازمة و إعلامه بحقوقه القانونية ،بالنسبة لإمكانية الاختيار سيكون بإمكان التكلم مليا على هذا العنصر مع تطبيق مشروع قانون الصحة الذي ينص على ضرورة تطبيق النظام التعاقدية وإعطاء صيغة قانونية جديدة للمؤسسات العمومية للصحة لتحقيق مرونة وتحقيق المداخل وبالتالي إمكانية تحقيق المنافسة بين المؤسساتاتوقد لاحظنا ميل المرضى إلى القطاع الخاص من أجل تفادي الطوابير والانتظار وضمان النظافة والتكفل الجيد وتوفير الأدوية والسرعة في التكفل، ما يعني أن تطبيق هذا المشروع سيقابل بأقل مقاومة .

كما أن حادثة والتفتح المجتمع على الجمعيات والتي البعض منها تفتقر إلى الوعي بدورها الاستراتيجي بينها وبين المؤسسات الصحية كهمزة وصل في تلبية احتياجات المرضى وإقامة مشاركة حقيقية، جعلها تدخل ضمن مطالب شخصية شكلية وتتحين الأزمات لإظهار سلطتها، كل ذلك جعل هناك هوة حاصلة بينها وبين المرضى فينقل ما يعانيه المريض وعدم تفهم المشاكل والأولويات التقنية من جهة أخرى كما أن التفتح على الاعلام والمنافسة الشديدة بين عدة عارضين جعل التحكيم والنظرة إلى موظفي القطاع الصحي محكومة بآراء سطحية قد لا تعبر عن الواقع الحقيقي وأولوياته. لا توجد مبادرة تتمثل في إقامة مصلحة تتكفل بدراسة الاحتياجات والشكاوى وإقامة استبيانات تقيس رضا المواطن والمريض للتطلع إلى احتياجاتهم والتكفل بها.

كل هذه العناصر المذكورة تؤكد فرضيتنا في وجود خلل تنظيمي بالمؤسسة في عدم مواكبة مكانة المريض لتحديث التنظيمات : من الاستقبال والشفافية وعدم القدرة على تفادي المشاكل التي تعترض المريض فيما يخص التكفل به من التشخيص إلى تحسين مساره بالإضافة إلى تخفيض من نسبة تحويل المرضى، بالإضافة إلى ضعف الاعتناء بحقوق المرضى وتفاعل الجمعيات والمحيط للوقوف على احتياجاته الكمية والنوعية وتؤكد صعوبة تطبيق التغييرات والمقاومة الشديدة النابعة عن الصراعات التنظيمية و الصراعات بين البيروقراطيات التقنية و الإدارية و المقاومة الثقافية الشديدة .

الفصل الثامن

التجاذب بين السلطات و عقلانية القرارات

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

تمهيد:

إن المقابلة التي أجريناها مع مدير المؤسسة والمديرين الفرعيين بالإضافة إلى الإطارات المداومين بحكم عملهم ضمن المناوبة الليلية، والذين يشتركون في المسؤولية بحكم مناصبهم ومهامهم، تمنحنا معلومات عن كيفية اتخاذ القرارات على مستوى هذه المؤسسة ومعرفة أهم الأسباب والعراقيل التي تقف حائلا أمام تطبيق قرارات عقلانية، ودراسة تأثير البيئة التنظيمية البيروقراطية والتعقيدات التي اكتسبتها هذه التنظيمات على مر التاريخ وكذا تأثير سلطة الفاعل على اتخاذ القرارات في المؤسسة.

المبحث الأول: القرارات بين الموضوعية وبين الحدود الميدانية التنظيمية

من الأهداف الجوهرية للتغيرات التنظيمية الاستشفائية اتخاذ قرارات عقلانية بالاستناد إلى قواعد علمية وإلى دراسة احتياجات مسبقة للبيئة الداخلية ودراسة سلوكيات واتجاهات الأفراد، ولهذا سوف نتعرف على كيفية اتخاذ القرارات في هذه المؤسسة ومدى اعتمادها على المعايير الموضوعية.

المطلب الأول: خصوصية القرارات بالمؤسسة ومعايير اتخاذها

أردنا من خلال المؤشرات المختارة معرفة مدى قيام القرارات على المعايير الموضوعية ونجاعة المصالح الاستشفائية وإلى الصعوبة الناتجة عن البيئة التنظيمية البيروقراطية

الفرع الأول : مدى اتخاذ القرارات طبقا للمعايير الموضوعية

أولا: النظرة العامة للمسير حول علاقة المؤسسة بالمريض

نتعرف من خلاله على نظرة المسير للعلاقة بين مؤسسته وبين المواطن، وذلك عن طريق الإجابة عن أسباب عدم رضا المرضى عن الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة، فكانت الإجابات تتراوح في مجملها: بين الأحكام المسبقة التي يأتي بها المريض عن المؤسسة، وبجانية العلاج بحيث يحس المريض بأن المؤسسة ملكية عامة وله الحق فيها وبأنه مهما بذلت من جهود فيبقى دائما الإحساس بعدم الاهتمام وأجوبة أخرى تتعلق بعدم الثقة في أداء المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين، نقص الأدوية وتعطل بعض التجهيزات.

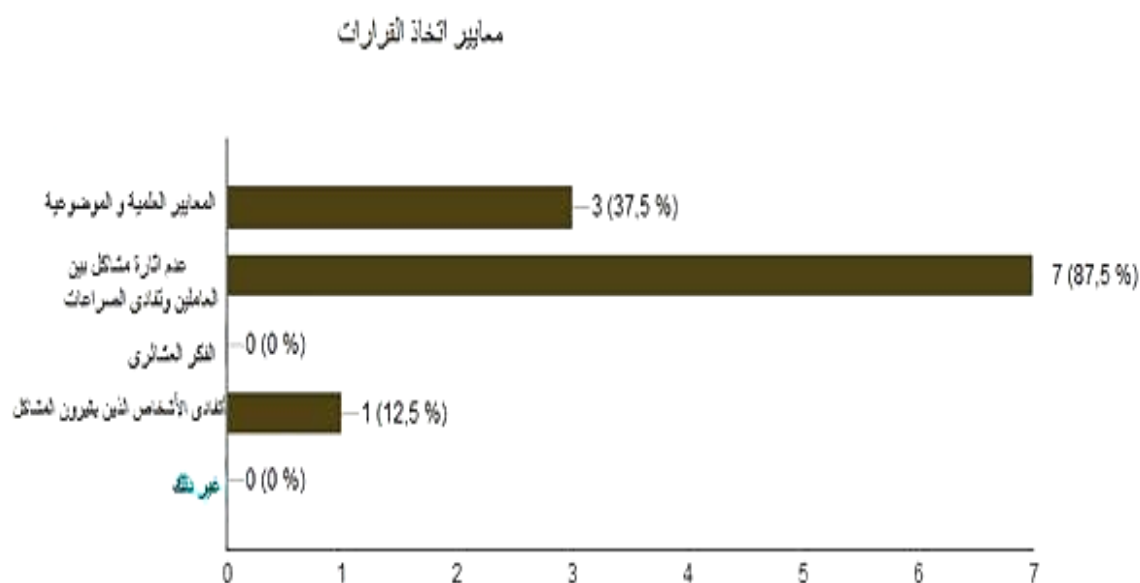
الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

هذا يعني أن هناك اعترافاً بأن التنظيمات مازالت تعاني من مشاكل، ولكن المشكل الأكبر هو عدم القدرة على تغيير الصورة السلبية عن المؤسسة لدى المريض بالرغم من الجهود المبذولة، ويؤكد وجود فراغ لا يتعلق فقط بالخلفية التي يأتي بها المريض وإنما تتعلق بأن هناك عراقيل تفوق السلطة القانونية والرسمية في اتخاذ القرارات.

ثانياً: المعايير الميدانية في اتخاذ القرارات

أكثر عامل يتم الاستناد إليه و بنسبة 87.5 % في اتخاذ القرارات على مستوى المؤسسة ، هو عدم إثارة المشاكل بين العاملين وتفادي الصراعات أكثر من الاعتماد على المعايير العلمية و الموضوعية ، حسب الشكل التالي :

شكل رقم (42): معايير اتخاذ القرارات بالمؤسسة



إتباع معيار عدم إثارة المشاكل هو حل وقي لتحقيق التوازن الاجتماعي ولكنه يطرح مشكل التقليد لدى الأفراد بإتباع نفس الأسلوب والشعور الملازم بعدم العدالة والإنصاف الذي يترجم إلى العمل السطحي والانضمام إلى الجماعات غير الرسمية.

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

من المعروف من أنه لا يمكن أن نصل إلى العقلانية بصفة كاملة مهما كانت المعلومات التي نمتلكها ، ولكن هناك عدة أسباب داخل هذا التنظيم التي تمنع من الوصول إلى العقلانية منها غياب ثقافة تقييمية عند الكثير من المستويات التقنية الطبية والشبه طبية والتي تعتبر سندا وعونا للقرار الإداري أو وسيطا مهما، منها المراقب الطبي ورئيس المجلس الطبي، إلا أن انشغال الطبيب والممرض مازال منصبا فقط في الأمور العلاجية البحتة، حسب رؤيته التكوينية، فلقد قامت المؤسسة بالعديد من المجهودات التي استغرقت سنوات من أجل تحسيس الأفراد بأهمية التقارير الشهرية وبضرورة نقل كافة المعلومات الخاصة بالعلاج وحتى السجلات التي تعتبر مسؤولية كبيرة وشخصية، وذلك عن طريق الاجتماعات المختلفة وفرض العقوبات وتوظيف موظفين في إطار عقود ما قبل التشغيل، ومع هذا مازال هناك نقص شديد في تحصيل المعلومات الكافية و الدقيقة التي تسمح باتخاذ القرار الصائب ونقص الوعي بأهمية المعلومات و الإحصاءات في حياة المؤسسة.

- تحويل المستخدمين لا يتم لأسباب موضوعية وحسب نجاعة المصالح، بقدر ما يكون لأسباب شخصية أو لفض النزاع، في حال ما كانت هناك إرادة من المسير لتحويل المستخدمين حسب فعالية المصالح أي حسب النشاط المؤدى، فإن ذلك يقابل بمقاومة شديدة سواء من رئيس المصلحة أو من المعني، بغض النظر عن مدى فعالية المصلحة، باستغلال أساليب المقاومة: إثارة المشاكل مع المحيط الخارجي، طلب موارد أخرى، الإهمال خاصة في ظل وجود التكتلات، استغلال العلاقات الشخصية غير الرسمية.

بالإضافة إلى عامل عدم اثاره مقاومة تقنية في وجه اتخاذ قرارات عامة وناجعة، مثلا عدم إمكانية غلق مصلحة استشفائية ترى الإدارة أنها غير فاعلة، لأنها تقابل بالإجراءات التعقيدية الإدارية منها استشارة المجلس الطبي والمجلس الإداري ومقاومة من المستخدمين في ظل غلبة العلاقات الشخصية، كثرة التدخلات خاصة من طرف الجمعيات ونظرا لثقافة التكتلات ولغياب سياسة النجاعة وثقافة الأرقام عند المستخدمين ونقض الموضوعية حتى عند رؤساء المصالح أو رئيس المجلس الطبي الذين يفضلون الاستمرار في العمل وفق الجماعات.

الفرع الثاني : خصوصية القرارات ضمن مسار العلاج

إن صياغة القرارات داخل التنظيمات الاستشفائية من أصعب الأمور، تتعدى الصعوبة الموجودة داخل التنظيمات الأخرى والمتعلقة بالخيارات والمعلومات، وذلك لعدة أسباب:

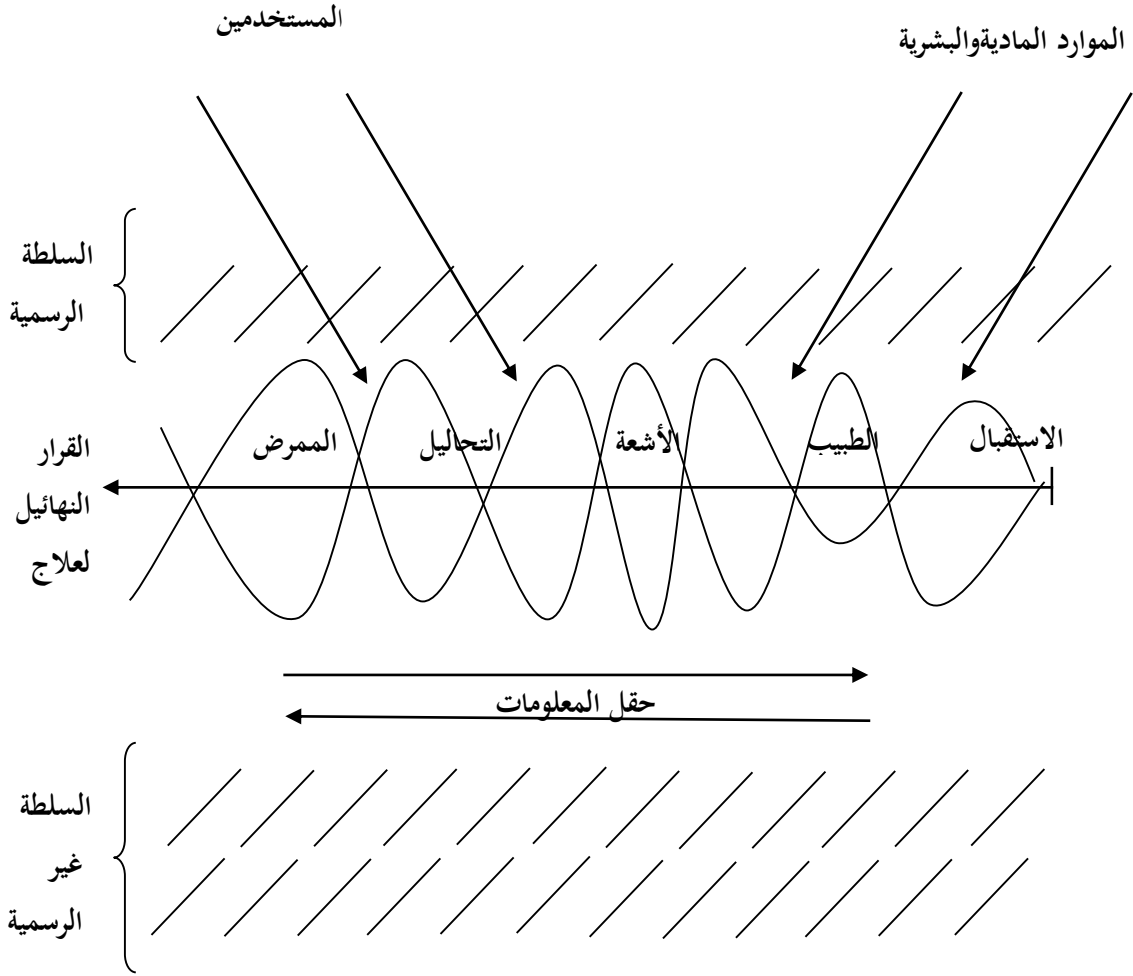
نظرا للتعقيدات التنظيمية التي تتصف بها التنظيمات الاستشفائية وتعدد البناء التنظيمي وتوسع التخصصات الطبية وازدياد الحاجيات معها بالمطالبة بمزيد من الهياكل والنشاطات والوسائل الطبية ما يزيد من صعوبة التنسيق بين المصالح التقنية فيما بينها وبين المصالح الإدارية، ويجعل تنظيم المعلومات بين هذه الأطراف بالأمر المعقد ويفتح المجال لتضارب القرارات وانحرافها عن مسارها الحقيقي.

واقعيًا القرار هو مجموعة من القرارات الفاصلة والجزئية والتي تتربط فيما بينها ترابطا بحيث أن أبسط قرار له تأثير على باقي القرارات، بين الجانب التقني (العلاجي) والذي هو بدوره منقسم بين قرار الأطباء العامين والمتخصصين والجانب البيولوجي والأشعة وما يتوفر لدى الأشخاص من معلومات وموارد خلال هذه السلسلة، وبين الجانب الإداري والذي هو أيضا منقسم إلى جانب النشاطات الصحية وما توفره من معلومات وموارد بشرية والجانب اللوجستيكي لاتخاذ القرار النهائي.

فالتبيب يتخذ قرار الاستشفاء بعد أن يضطلع على نتائج التحاليل والأشعة، وبعد استشارة الطبيب المختص ثم في حالة وجوب العملية الجراحية مثلا يستلزم تحضيرًا للجانب التقني من مختصين في الأشعة والتخدير سواء من جانب الأطباء أو من جانب شبه الطبيين ويتخذ القرار ليس فقط من الجانب العلمي البحت ولكن أيضا حسب الموارد المتوفرة وحسب طبيعة العلاقات بين الأطراف ولهذا إذا كان هناك أي انغلاق أو سوء فهم بين هذه الأطراف أو مشكل مورد مادي أو مالي أو مشكل في الاتصال، فإن ذلك يؤثر على النتيجة النهائية للعلاج وعلى نوعيته.

وعليه يمكن أن تمثل القرار ضمن هذا التنظيم الاستشفائي بالشكل التالي:

شكل رقم (43): تمثيل للقرار ضمن سيرورة العلاج



المصدر: من اعداد الباحثة

إن هذه السلسلة المترابطة والمتشابكة والتي ليس لها خط أفقي مباشر في التأثير، لها قوة أكثر وتصميم خاص في هذه المؤسسة يعكس تماماً صورة التنظيمات البيروقراطية وسلطة الفاعل التي تكلم عنها "كروزي"، بشكل قوي يجعل من متخذ القرار مهما كانت درجته السلمية، إذا أراد الوصول إلى تطبيق القرار لا بد عليه من التحكم والإحاطة بالسلطة غير الفعلية أو غير الرسمية.

حيث تلعب السلطة غير الرسمية دوراً مهماً وواسعاً وتأخذ رقعة أوسع في اتخاذ القرار في هذه المؤسسة والتي من بين أسبابها تحكمها في ميكانيزمات البيروقراطية، والتي سنأتي على ذكر تفاصيلها في المبحث الثالث في نفس الفصل.

المطلب الثاني: عدم استغلال وسائل التحفيز ووسائل التسيير الحديثة

إن اجراء تغييرات ناجحة تفرض ارساء سياسة تحفيزية قادرة على توجيه وتشجيع أهداف التغيير، عن طريق الإقناع وتوجيه السلوك وكذا استغلال وسائل تسيير حديثة تساعد على اتخاذ قرارات مناسبة وناجعة.

الفرع الأول : ضعف وسائل التحفيز

والتي من بين أسبابها:

- إعطاء المنح بصفة متساوية ما يخلق التقاعس وغياب التنافس يؤدي إلى كثرة الغياب وظهور فكرة اكتساب هذه الحقوق في أذهان الأفراد التي تشكل في حد ذاتها مقاومة شديدة يصعب تغييرها.
 - عدم وضوح النصوص القانونية في توزيع منح العدوى والمنفعة أدى إلى تضارب وكثرة النزاعات بين المستخدمين، الأمر الذي أدى إلى انتقالها في البداية، من وسيلة تحفيزية إلى محور صراع وحق مكتسب للموظفين الذين ليس لهم الحق فيها.
 - عدم تقييم النشاطات ومنح المردودية على حساب العمل المؤدى لسنوات، رسخ تقاليد عمل سلبية لدرجة اكتساب حقوق صعب على المسير تغييرها.
 - تقليد المستخدمين لبعضهم وعدم تقبل الاختلاف ولغياب معايير موضوعية وغلبة العلاقات الشخصية.
 - كثرة الضغط في العمل أدى إلى خلق وسائل تحفيزية موازية للوسائل القانونية كالتفاهم بين فريق العمل الواحد بالتناوب وتقسيم ساعات العمل.
 - عدم النضج الكافي لبعض المستخدمين وعدم معرفته بواجباته وحقوقه.
- ثالثا: عدم الوصول إلى ارضاء المستخدمين:

من خلال سؤالنا عن عوامل عدم رضا العاملين بالرغم من توفر الموارد وأسباب مقاومة التغيير، فإنها تمثلت في المحاور التالية:

- تعود العمال على روتين معين وعدم الرغبة في تغيير السلوكات.
- عدم وجود سياسة تحفيزية وتسيير موارد بشرية رشيد.
- عدم وجود عدالة في زيادة الأجور بين الأسلاك والتي تعرف جمودا في إطار تطبيق قوانين الوظيفة العمومية.

الفرع الثاني : ضعف استغلال وسائل التسيير الحديثة

في إطار تحديث الإدارة تم إدخال العديد من المفاهيم إلى حقل الإدارة العمومية منها اقتصاد الصحة و الإدخال التدريجي للمحاسبة التحليلية ، مع إبقاء المحاسبة العامة، وذلك بهدف التحكم في التكاليف أمام ازدياد النفقات الصحية ، ولهذا تم إدخال عدة وسائل تسيير حديثة وكان من أبرزها حساب التكلفة ، والعديد من برامج الإعلام الآلي المحاسبية التي من المفروض أن تكون بمثابة لوحة قيادة للمسير فيها جميع المعلومات والتي تتعلق أساسا بالنفقات والنشاطات المحققة عن أي مصلحة وفي أي وقت والتي تساعد المسير في اتخاذ القرارات الموضوعية والعقلانية، وكل هذه الأساليب التي استغرقت وقتا وتكاليف في التكوين والاجتماعات لتنفيذها والنتيجة هي أدرج المكاتب، بعد أن كانت تقيم من طرف الوصاية بصفة جامدة دون تحليل وربط لمؤشرات التسيير ، ثم أن المسير لا يستغل هذه الوسائل لتوجيهها لخدمة القرار ذلك لأنه يعلم أن المعلومات ليست كلها صحيحة وبانشغاله بالمشاكل اليومية.

كما يرى المسير بأن مجانية العلاج ساهمت في عدم تفعيل وسائل التسيير الحديثة وترسيخ هذه الفكرة لدى العاملين من جهة ولدى المريض من جهة أخرى.

وفي نفس الإطار فإن مشروع المؤسسة الذي هو عبارة عن عقد بين المدير وبين الهيئة الوصية وبين المدير ومختلف العاملين يتم من خلالها تسطير الأهداف المراد الوصول إليها والآجال المطلوبة لذلك، بدأ بالشروع به في سنة 2013 ولكن طريقة تنفيذه لم تعكس صورة وأهمية هذا المشروع، بحيث أرسل للمسيرين بصفة استعجالية ، بدون دراسة مسبقة أو تكوين مسبق يبين أهميته وكيفية تطبيقه مع أنه يتطلب تغييرا في الثقافة و التفكير وإعداد أرضية لإدماج كافة الفاعلين، مما أدى إلى ملئه بطريقة فردية و جزافية و غير موضوعية وكل مؤسسة حسب مفهومها، وحتى رئيس المجلس الطبي أو الأطباء لا يمكنهم ترجمة أعمالهم إلى أهداف مرقمة وذلك لتفكيرهم في تقديم العلاج وتحسين ظروف العمل بطريقة عملية، و من هنا فقد هذا المشروع لمبدأ الشراكة والتسيير بالأهداف. من هنا نستنتج بأن البيئة الداخلية التنظيمية، بالرغم من الجهودات والتعليمات المختلفة حول عصرنة الإدارة، فإنها تحمل العديد من العراقيل التي تقف أمام اتخاذ القرارات طبقا لمعايير موضوعية، ولم تسجل تطورا كبيرا في مجال التسيير الحديثولا وسائل التحفيز حسب الأهداف المسطرة، هذا يجعلنا ننتعمق أكثر لمعرفة طبيعة البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة، وتحليل آليات القرارات بها.

المبحث الثاني: تأثير ميكانزمات البيروقراطية على القرارات ضمن المسار العلاجي

سنبين من خلاله أوجه ميكانزمات البيروقراطية على المستوى الداخلي بإعطاء أمثلة واقعية، بالإضافة إلى توضيح خيوط القرارات ضمن المسار العلاجي ، بالإضافة إلى مدى مرونة القرارات و اتخاذ القرارات الاستراتيجية حسب أهداف التغيرات .

المطلب الأول: ميكانزمات البيروقراطية بالمؤسسة

وذلك بدراسة نقاط القوة التي تشكلها البيروقراطية والتي تحد من استقلالية القرارات الرسمية وتحرفها عن هدفها في تحديث التنظيمات.

الفرع الأول: ميكانزمات البيروقراطية على المستوى الداخلي

أولاً: قوة الفاعل في فرض علاقات تفاوضية: يمكن أن نعطي أمثلة عن ميكانزمات البيروقراطية المستعملة من طرف الأفراد داخل المؤسسة والتي يستعملها الأفراد لتوسيع رقعة التفاوض وامتلاك سلطة داخل مجال القرارات.

استغلال الفرصة من طرف موظف يسخر لتعويض موظف آخر، لفرض شروطاً ضمن المناوبة كتعويض أكثر لأيام العمل من جهة فهذا يعطيه الإحساس بالسلطة وأخذ جزءاً من السلطة الرسمية التي يمتلكها رئيس المصلحة أو المسؤول.

رقعة التفاوض بين الطبيب والممرض، فالطبيب يلجأ لإقامة علاقات تفاوضية مع الممرض، على سبيل المثال: لجوء الممرض إلى رفض عمل طلب من طرف الطبيب، والتي عُرفا وتقليدا تؤدي من طرف شبه الطبيب باستغلال الحجة القانونية بأنها ليست من صلاحياته، وجل هذه الحالات التي يلجأ إليها لفرض السيطرة تنجم عن ضعف التواصل بين الطبيب والممرض أو سوء فهم، وعندما يتم التفتيش عن السبب الباطن لهذا الرفض نجد أن طبيباً تجهل ممرضاً أو أصدر أقوالاً وأفعالاً تظهر عدم الثقة اتجاه الممرض أو عندما الطبيب يرفض ولو بحجة قانونية تقدم خدمة إلى الممرض ، وكذلك يلجأ إليها من طرف الممرض لرفع سقف الحماية من أجل لعدم الإحساس بالضعف أمام الطبيب و التعبير بأن: "لي سلطة متساوية وتصحيح مسار العلاقات نحو التساوي بدلاً من العلاقة المتسلطة."

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

تتدعم هذه العلاقة واللجوء إلى العلاقات التفاوضية نظرا لغلبة السلك شبه الطبي مقارنة بالأسلاك الأخرى والأقدمية، بالإضافة إلى أن أغلبهم هم من أبناء المنطقة مقارنة بالسلك الطبي، ما يوجد لهم مكانة بالنظر إلى التحكم في البيئة الاجتماعية، خاصة في ظل غلبة علاقات القرابة والعروشية.

ندرة الموارد تجعل مساحات التفاوض تتوسع أكثر، هذا ما نجده لدى الأطباء المتخصصين وكذا التقنيين في الأشعة باستغلال هذه الندرة بفرض نظام العمل الذي يتوافق مع ظروفهم وبتحكم مشغلي الأجهزة الطبية نظرا لتحكمهم في هذه التجهيزات بفرض سيطرة على حجم العمل وساعات العمل.

يمكن لعون استقبال، ونظرا لأن سيرورة العلاج هي مجموعة متشابكة من القرارات التي تؤثر في بعضها، التي تؤثر على النتيجة النهائية بمجرد أن يعطي معلومات خاطئة عن تواجد الطبيب، إن كان حاضرا أو مشغولا بعمل آخر، سواء كان ذلك بدون قصد أو قصدا نتيجة لسوء تفاهم، فإن هذا قد يؤدي إلى تأجيل الوضع خاصة عندما يتعلق الأمر بالظروف الاستعجالية، الأمر الذي قد يؤدي إلى اضطراب في العمل، معاملة الطبيب بعنف، تضييع الوقت في فض النزاع وبالتالي يؤثر على نوعية العلاج المقدم.

العلاقة التفاوضية بين الموظفين الدائمين والمؤقتين، خصوصا مع تزايد التوظيف في إطار التوقيت الجزئي وعقود ما قبل التشغيل، بحيث يتنازل الموظفون الدائمون عن جزءا من سلطتهم ومكانة من أجل التخلص من ضغط العمل لصالح الموظفين المؤقتين مقابل تكوين مكانة تضمن لهم التوظيف، الأمر الذي جعل هذه الفئة تفرض مكانة وتقاليدهم عمل بدلا من أن تورث تقاليد العمل الخاصة بالمؤسسة، منها التغاضي عن بعض الأخطاء وكذا قلة المحافظة على السر المهني.

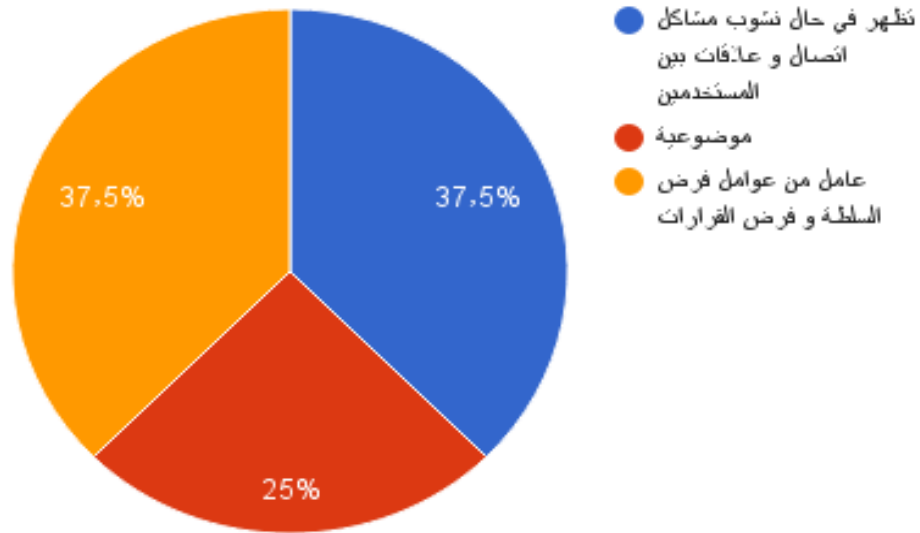
نفس الشيء بالنسبة لأعوان التخدير والإنعاش الذين يطالبون في أغلب الأحيان وحين تأزم الوضع والضغط في العمل أو فرض شروط على الطبيب الجراح أو على الإدارة، بعدم تحمل المسؤولية وضرورة إيجاد الطبيب المختص في التخدير والإنعاش، ما يؤدي إلى شلل في مصلحة العمليات.

اللجوء إلى توقيف آلات المخبر والأشعة في حال نشوب صراع مع الفريق المعالج أو إخفاء بعض المعدات أو في حالة ضغط في العمل.

ثانيا: التعبير عن المشاكل غير الحقيقية بدلا من المشاكل الحقيقية: فمن خلال الشكل التالي يتبين لنا:

شكل رقم (44) الاحتياجات المعبر عنها من طرف المستخدمين

الاحتياجات المعبر عنها من طرف المستخدمين



أن 75 % من المشاكل التي تصل إلى الإدارة، تتوزع بين المشاكل غير الحقيقية وعوامل من عوامل فرض السلطة، أي لا تعبر عن المشاكل التي تعاني منها المنظمة بقدر ما هي تعبر عن ضعف تواصل وتعبر عن ميكانيزم بيروقراطي للتعبير عن فرض مكانة واختلاق مشكل وحله بالطريقة التي يراها صاحب المشكل.

- أيضا يرجع عدم حل المشاكل على مستوى الدرجات السلمية إلى الأسباب التالية:
- الخلفية الثقافية للمستخدمين: بضرورة التقرب للمدير من أجل اكتساب مكانة وفرض سلطة؛
- لنقص الثقة بين درجات السلم الإداري؛
- عدم تقسيم وتنظيم العمل بطريقة واضحة والتداخل في الصلاحيات؛
- التنافس السلبي الذي قد يحصل بين المديرين الفرعيين؛
- سيادة روح الاتكالية والخوف من المسؤولية، ما يمرر المشاكل الثانوية الناجمة عن النزاعات والصراعات بين درجات السلم الإداري أكثر من تمرير المشاكل الحقيقية.

ثالثا: العلاقات القائمة على الألية أكثر من التعاون

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

ومن مظاهر البيروقراطية أيضا طبيعة العلاقات التي تتسم بضعف التعاون في أداء المهام، فالعلاقات قائمة على التنسيق أكثر، والذي لا يستند إلى آلية مسبقة في التنظيم، فكثيرا ما يرفض المستخدمون العاملون في المصالح الاستشفائية مساعدة مستخدمي مصلحة الاستعجالات أو مصلحة أخرى تعاني من ضغط، إلا في حال اللجوء إلى التسخيرة وإقامة علاقات تفاوضية وتدخل الإدارة، أو اختلاق مشكل الموارد في حال فرض عمل معين خصوصا في حالات استخلاف من أجل إعادة توجيه المرضى.

وهذا ما يناقض عملية التغيير، ذلك أنه لإنجاح عملية التغيير وخاصة ضمن القرارات الاستعجالية التي تتطلب مرونة في التعامل، لا بد من إرساء فكرة التعاون أكثر من التنسيق التي تتصف بها التنظيمات البيروقراطية خاصة مع الهيكل التنظيمي للمستشفيات الذي يتميز بالتعقيد ومع نمو التخصصات الطبية وشبه الطبية.

إن زيادة الموارد البشرية و المادية بالرغم من أنه ساهم في حل العديد من المشاكل التي تتعلق بالتكفل بالمريض إلا أنه في الواقع استغل من طرف الأفراد في نمو روح الاتكالية والتقسيم المتطرف للعمل وظهور المنافسة السلبية واحتكار المعلومات واحتباسها، وبالتالي العمل الذي كان ينجز من طرف شخصين في ظل تفاهم وبنوعية أصبح يقسم إلى عدة أطراف وبنوعية أقل وموارد أكثر، وخاصة في ظل غياب سياسة ترشيديّة للموارد البشرية قائمة على تحديد الاحتياجات وتوزيع الموارد حسبها، ففي بعض الأحيان يتم توظيف المستخدمين ثم التفكير في مكان التعيين، أو توظيف مخالف للاحتياجات الواقعية .

اتجاه العلاقات بين العاملين في السنوات الأخيرة، إلى عدم الثقة والتهرب من المسؤولية بدلا من اتخاذ المبادرة، هذا الانتقال الذي أثر على سرعة اتخاذ القرارات وأيضا على منحى العلاقات بين المريض والهيئة المعالجة فمحاولة التملص من المسؤولية وطغيان مبدأ الفردانية قلل من روح الجماعة، يصبح كل واحد يحدد رقعة العمل ويحاول حماية نفسه ضمنها، ويزيد الأمر سوءا حينما تظهر هذه الروح أمام المريض الذي يؤثر على مصداقية وصورة المؤسسة بشكل عام أمامه وفي تقبل العلاج من جهة أخرى.

الفرع الثالث : ميكانيزمات البيروقراطية على المستوى الخارجي

أولاً: بيروقراطية الإجراءات: مثال المراقب المالي والأمر بالصرف

من بين إجراءات البيروقراطية على مستوى المحيط الخارجي بالمؤسسة تظهر في العلاقة بين الممون والمؤسسة الاستشفائية، حيث يصطدم المسير والممون بجملة من الإجراءات من طرف مصالح المالية، والتي لا يتم الإفصاح عنها، في حال الرفض مرة واحدة إلا مع اقفال السنة المالية، وهنا تبدأ الحلقة بين رفض الإجراءات و تمويل المؤسسات و عدم القدرة على الرجوع إلى الوراء وازدياد مساحة التفاوض ورفع سقف السلطة التقنية من طرف الهيئة المالية المتمثلة في المراقب المالي أو قابض الضرائب، ما يضطر المسير إلى تمويل المؤسسة قبل استكمال الإجراءات وهنا يعيش صراعا بين قانونية الإجراءات والمسؤولية أمام المريض وتخليص الممون، يظهر أيضا من خلال التناقض بين قابض الضرائب وبين المراقب المالي في ترجمة النصوص القانونية، ومع مشكل الاستعجالية في القرارات، يدخل الأطراف في تدخلات ومناقشات تشكل الحلقة البيروقراطية تستعمل فيها العلاقات التفاوضية مع كثير من التأخير والتأثير على السير الفعال للمؤسسة.

في كثير من الأحيان يتم رفض صفقات أو تعاقدات تم التعامل بها نظرا لاستعجالية العمل، منها المتعلقة بالتغذية و الأدوية و التجهيزات و يتم رفضها من طرف المراقب المالي وقابض الضرائب و في بعض الأحيان يتم التأشير من طرف المراقب المالي و لا تتم من طرف قابض الضرائب وهنا يدخل المسير ضمن حلقة بيروقراطية من الإجراءات من جهة وتسيير الواقع من جهة أخرى وفي سلسلة من المفاوضات من أجل تمرير التعاملات المالية و تمتد حتى إلى المستحقات المالية الخاصة بالأجور ، فأحيانا يتم فرض السيطرة من طرف مصالح المالية عن طريق استغلال بعض الهفوات ، و لهذا نجد هناك تفاوتات في تسيير الميزانية و تمرير المعاملات القانونية تختلف حسب طبيعة العلاقات و التعاملات بين المسير وهذه المصالح .

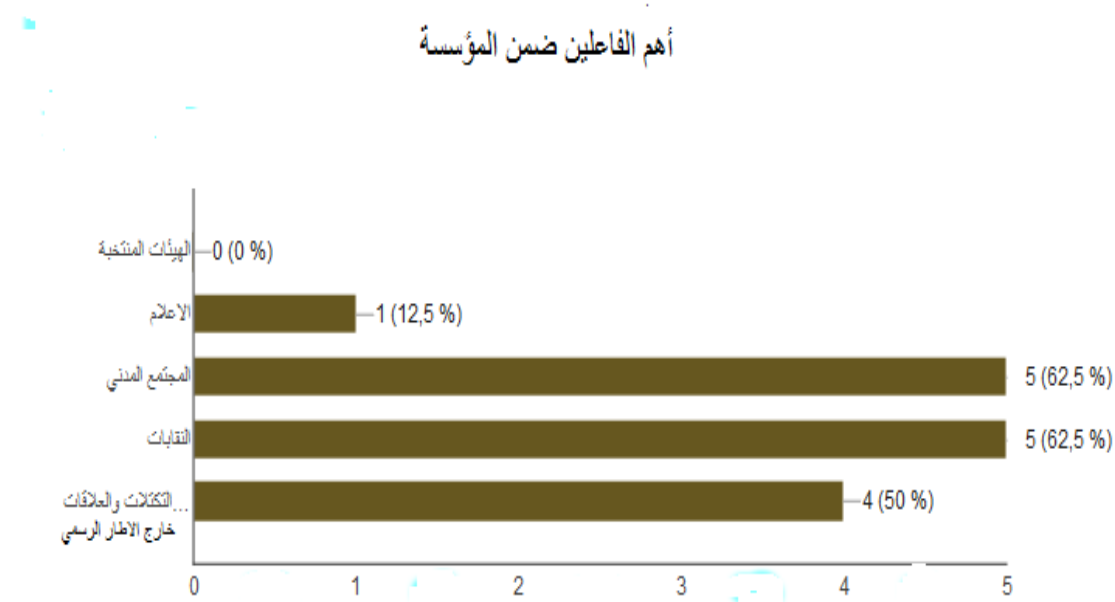
ثانيا: تحكم وتداخل الفاعلين:

إن القرار هو في نفس الوقت عبارة عن سلسلة من قرارات الفاعلين، ونقصد بالفاعلين الذين لهم التأثير القوي في ربط العلاقات والتأثير المباشر وغير المباشر على سير القرارات مهما كانت سلطتهم السلمية.

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

وأكبر الفاعلين في المؤسسة والذين لهم التأثير القوي هي كالتالي حسب الجدول المبين أدناه:

شكل رقم (45): ترتيب تأثير الفاعلين بالمؤسسة



ثالثا: النقابة والمجتمع المدني:

قواعد العصرية فتحت الباب لظهور عدة نقابات والتي تمثل عدة أسلاك بعد أن كانت حكرًا على نقابة الاتحاد العام للعمال الجزائريين ، و هذا التنوع أدى إلى نشوب صراعات خفية بين هذه النقابات من أجل فرض سيطرتها على الإدارة، و انتزاع السلطة بالسيطرة على العمال خلال التدخل في قرارات الإدارة حتى التي لا تدخل في صلاحياتها القانونية و التأثير على العمال من أجل إرضاخ الإدارة ، وبالتالي فإن التنظيم الاستشفائي أصبح في جو تنافسي حاد لأخذ أكثر الأصوات من جهة و فرض السيطرة خاصة في ظل التحكم في المحيط الخارجي بحكم مجال القربة والعروضية والتأثير على الصحافة و الإعلام و كذا المجالس المنتخبة والولاية أو الوصاية بحكم أن هذه النقابات أصبح لها التأثير والحرية .

تأثير المجتمع المدني لا يقل عن تأثير النقابات داخليا ، بالرغم من وجود جمعيات لها صدى وعراقة والتي تطالب بحقوق المرضى بصفة قانونية و منظمة ، إلا أن هذا الانفتاح على المجتمع المدني وخوف الإدارة من تحريك البيئة الداخلية و الخارجية استغل من طرف بعض الجمعيات حتى التي لا تنشط بصفة قانونية للتدخل في الشؤون الإدارية في الأمور التي لا تدخل ضمن اختصاصهم والتي لا تتعلق

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

بالمريض ، وإنما لفرض سيطرة على المسير و أخذ مساحة من السلطة لكسب قاعدة جماهيرية ، فمنهم من يحركون الشارع خاصة في ظل صغر المدينة ومعرفة الناس لبعضهم و بالتالي فإن سهولة تسريب المعلومات من المؤسسة إلى الخارج وعلاقات القرابة ساهم في إقامة تحالفات بين الفاعلين بالمحيط الداخلي و المحيط الخارجي وهو المجتمع المدني لتحريك مصالح معينة ، خاصة في حالة رفض الإدارة تحقيق بعض المصالح، في حال نشوب نزاع ، و نذكر منها التدخل في مسابقات التوظيف ، و خاصة أن هناك من الجمعيات التي لا تمتلك شرعية قانونية و لكن تستمد سلطتها من القدرة على إثارة البلبلة و الفوضى ، في مقابل ذلك المطلوب من المسير أن لا يثير فوضى في المجتمع مهما كانت الأسباب ، حيث يكون المسير في وضعية الحماية والمدافع على نفسه مما يضطره إلى إقامة علاقات شخصية و تمرير بعض القرارات التي لا تتخذ بصفة عقلانية.

ميكانيزم القوة هو استعمال فكرة الاحتجاج والإضرابات، وذلك باقتناص الأخطاء وتأجيل ذلك عن طريق الإعلام وبث الإشاعات وتجمهر الأشخاص حولهم.

اجابات المسيرين بأن الوسائل التي يستعملها الفاعلون تتمثل في:

- خلق البلبلة والفتنة بين العمال؛
- خلق الاشاعات؛
- التهديد بوقف العمل؛
- سرعة انتشار المعلومات وصعوبة تحديد المسؤوليات؛
- فرض معايير وضغط على الأفراد الذين يظهرون عدم الولاء؛
- الأفكار السلبية المشتركة والعروشية وافتعال المشاكل؛
- أغلب المنخرطين ضمن النقابات يجهلون حقوقهم.

مرونة المعلومات وتغلغلها داخل التنظيم وصعوبة التحكم فيها وتأثيرها على المجتمع الذي يؤثر بدوره بتشكيل ضغط على المسير.

ولهذا لاحظنا أيضا نسبة 98 % من المسيرين الذين أجابوا بأنهم يتراجعون عن قراراتهم وذلك لعدم إثارة الفوضى مع المجتمع المدني و النقابات نظرا لتأثيرها على الرأي العام ومن أجل المحافظة

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

على التوازن الاجتماعي وبنسبة أقل يتم التراجع في حال ورود معلومات خاطئة أو تفسيرها تفسيراً خاطئاً.

في ظل هذه البيئة، المسير الكفاء هو الذي يلم بمعلومات عن محيطه و عن علاقات القرابة والعروضية لعدم إثارة الحساسية وكسب التأييد والإحاطة بالعلاقات غير الرسمية.

كما أن هناك قرارات تتخذ خلال انعقاد لقاءات المجالس الولائية أو الزيارات الميدانية والتي وان تقدم بعض الاقتراحات الايجابية ولكنها في بعض الأحيان تكون غير موضوعية وبعيدة عن الواقع التقني وبعيدة عن أهل الاختصاص، ويكون الهدف منها سياسياً لكسب قاعدة جماهيرية منها مثلاً شراء السكانير للمستشفى في حين أن هناك أولويات أخرى منها نقص سيارات الإسعاف وأجهزة كشف أخرى يراها أهل الاختصاص أولى بالنظر إلى النشاطات والاحتياجات، خصوصاً في ظل غياب المورد البشري المتخصص.

و فعلاً ظل جهاز السكانير لمدة خمسة سنوات بدون تشغيل وانتهت فيه مدة ما بعد الخدمة، في حين كان المستشفى في احتياج لأجهزة أخرى ذات أولوية.

عدم إعطاء أهمية إلى الجانب الوقائي خلال هذه اللقاءات والتي من المفروض أن تكون فرصة جيدة لضمان التنسيق بين القطاعات ولتجميع الطاقات وعرض كافة المشاكل، ففرض قرارات من خارج المؤسسة بصفة اعتبارية منها فتح قاعات العلاج، شراء أجهزة، اقتناء لقاحات ساهم كثيراً في تبذير الموارد وبالضغط على إدارة المؤسسة في توجيه موارد بشرية ومادية تعرف جيداً أنها غير فاعلة على حساب مصالح أخرى فاعلة وذات أولوية.

المطلب الثاني: التجاذب بين السلطة الرسمية والسلطة غير الرسمية

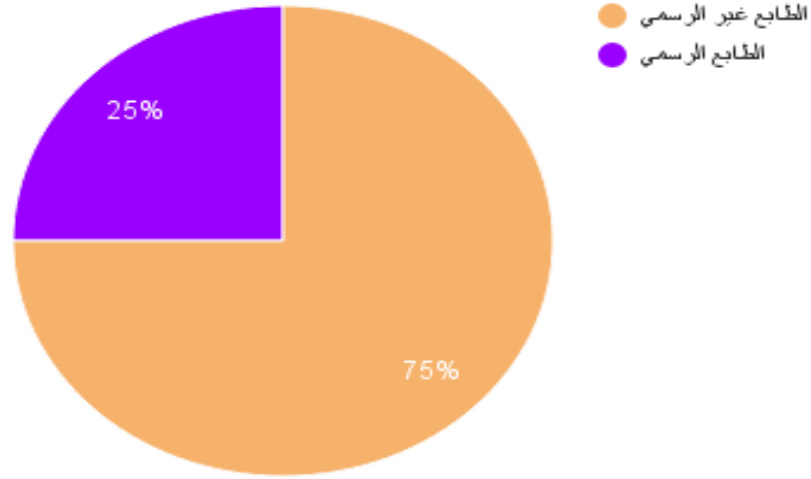
نبين من خلاله أوجه التجاذب بين السلطة الرسمية والتقنية وكذا طبيعة العلاقات داخل هذه المؤسسة.

الفرع الأول: غلبة السلطة غير الرسمية :

العلاقات مازالت تعتمد على السلطة غير الرسمية، حسب النتائج التالية:

شكل رقم (46): طبيعة العلاقات في المؤسسة

طبيعة العلاقات في المؤسسة



وهذا وإن كان يمنح قدرًا من المرونة في العلاقات، إلا أن ذلك يشوه المعلومة ويحرفها حسب مصالح الفاعلين المتحكمين في هذا المجال وحسب منافعهم التي لا تكون بالضرورة حول أهداف التغييرات المسطرة من الإدارة خاصة وأننا لاحظنا من خلال الإجابات أن المسيريين يعانون من احتكار المعلومة على مستوى الفاعلين، ما ينقص من فاعلية القرارات واللجوء إلى العلاقات التفاوضية لضمان المزيد من المعلومات الكيفية والكمية وفي الوقت المناسب.

كما يجب أن نشير إلى أن هناك قرارات تصاغ في القاعدة بطريقة آلية خاصة إذا كانت تصب في مصالح رئيس المصلحة أو غيره ويتم تدعيمها على مستوى الإدارة برسم إمضاء فيها، وعادة ما يترك هذا المجال منها لإعطاء استقلالية للأفراد من جهة والحفاظ على توازن المؤسسة.

وتوجد قرارات أخرى تحاك في الأمانة أو عن طريق التأثير غير المباشر للأشخاص المقربين من المدير عن طريق المعلومات، فالكاتب أو السائق يؤيدان دورًا استراتيجيًا في حياكة المعلومات كطرف خفي وظاهر في نفس الوقت وطرف مساند أو معارض للمسير.

الفرع الثاني: أوجه التجاذب بين السلطة التقنية المهنية والإدارية

هناك خصوصية متعلقة بالتنظيم الاستشفائي، والتي تشكل في حد ذاتها عرقلة في تقديم الخدمات خاصة إذا ما استعملت ضمن ميكانيزمات البيروقراطية التي ذكرناها

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

التجاذب بين القرار التقني والاداري: ومن الأمثلة الواقعية نذكر:

توجد تعليمات وزارية تنص على إبقاء المريض في مصلحة الاستعجالا الطبية الجراحية أقل من 48 ساعة وبالرغم منقانونيتها، إلا أن الكثير من الأطباء يتركون المريض أكثر من ذلك دون تحويله إلى المصلحة الاستشفائية معارضين المسير بشدة بحجة أن هذا القرار تقني بحت ومن اختصاص الطبيب، إن هذا الإجراء المتكرر يؤدي إلى إتعاب المريض، ضغط على مصلحة الاستعجالا، بالإضافة إلى عدم فعالية المصلحة الاستشفائية المفروض أن يتم توجيه المرضى إليها لزيادة النشاطات ضمن المصلحة وتحقيق النجاعة.

عندما يجد الطبيب معارضة داخل قسمه بعدم التكفل بالعلاج من طرف الممرضين أو لإثارة مشكل بدلا من البحث عن الموارد في الوقت اللازم أو الاجتهاد في العلاج فإنه يلجأ أحيانا إلى توجيه المرضى إلى ولايات أخرى .

بالإضافة إلى فكرة محدودية الرقابة، إذ أن الإداري لا يمكنه فهم اللغة التقنية الطبية، ففي كثير من الأحيان يلجأ التقنيون إلى هذه التعقيدات من أجل التهرب من الرقابة.

عندما جراح أسنان يستعمل السلطة التقنية بتحديد ساعات العمل وفحص لا يفوق 15 مريض بحجة مصلحة المريض والعناية بنظافته.

كما أن غلبة السلطة غير الرسمية في هذه المؤسسة ومداهما القوي ساهم في رسم هذا الفراغ بعدم القدرة على تمييز مكانم الضعف أو الخطأ خلال هذه السيرة أو تحديد المسؤولية وذلك للأسباب التالية:

إن المؤسسة بالرغم من بعض الاجتهادات في تطبيق التعليمات كالمعلقة بالتسيير الصيدلاني من أجل إضفاء الشفافية في الإجراءات لضمان المتابعة أو تلك المتعلقة بتنظيم مسار المريض، إلا أن مسار المريض بين الفاعلين وتنظيم النشاطات مازال يعاني من فراغ يصعب من خلاله تحديد المسؤولية وفرض رقابة تامة في أي مستوى من المستويات.

إذ يصعب إقامة رقابة تامة على الجانب التقني، أي الأعمال والنشاطات الطبية وشبه الطبية والأشعة والتحليل من طرف الجانب الإداري ، هذا الضعف الذي عادة ما يستخدم كوسيلة للحماية القبلية أو البعدية بمجرد الإحساس بالضغط في العمل أو التعبير عن رفض جديد أو الإحساس بعدم العدالة ومن بين مظاهره طلب موارد تعجيزية كمالية من الإدارة، رفض عمل بالتعليل بعدم وجود

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

الموارد اللازمة وعادة ما تستغل هذه العناصر في الحالات الاستعجالية، و هذا ما يلزم الإداري لإقامة علاقات تفاوضية من أجل تجنب المخاطر والمسؤولية التي قد تقع على عاتقه في حال الاختلال بالمريض.

المطلب الثالث: طبيعة القرارات

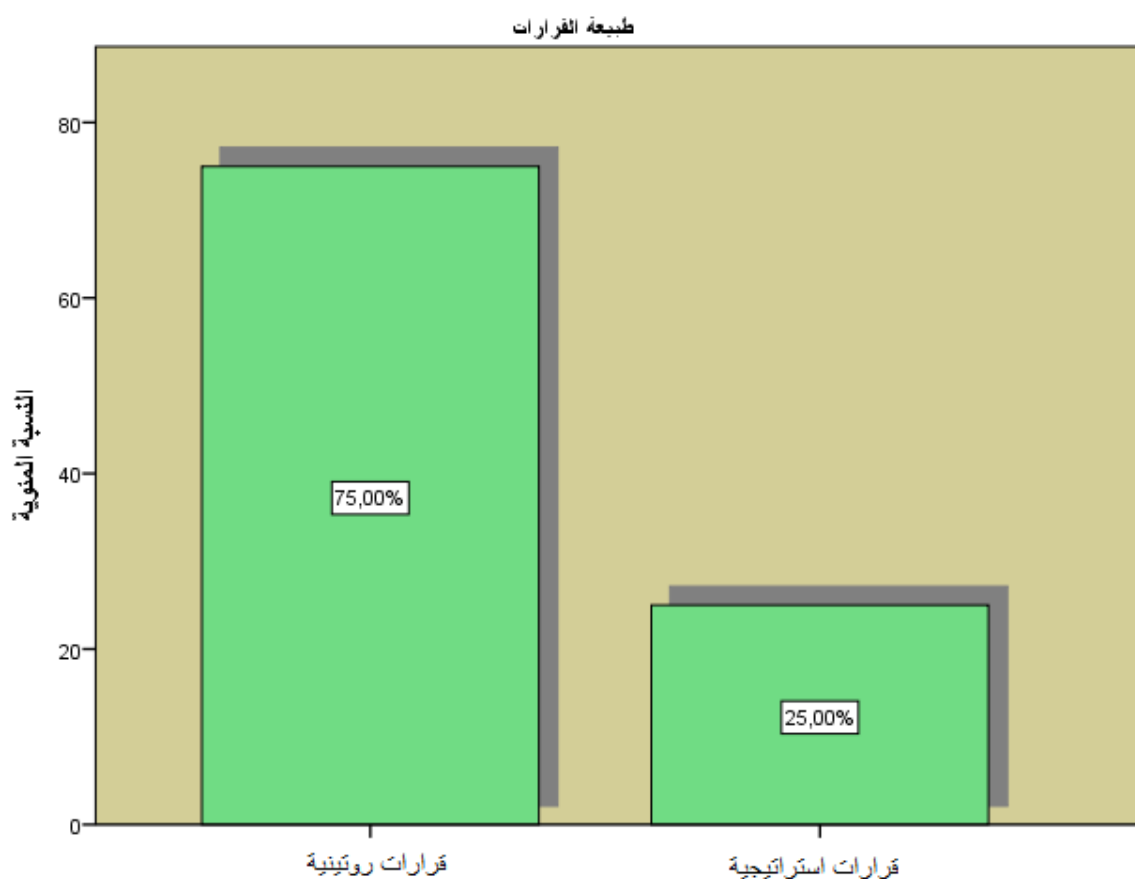
أردنا معرفة أكثر دقة لطبيعة القرار داخل هذا التنظيم، وهل يتوافق مع حجم التغيرات التي تتطلب قرارات استراتيجية، ومدى توافقها مع صورة المؤسسة واحتياجات المرضى.

الفرع الأول : غلبة القرارات الروتينية على الاستراتيجية

ان التغيرات التنظيمية تفرض جملة من القرارات الاستراتيجية المرتبطة بأهداف مسطرة متوسطة المدى على الأقل وتحيط بمجمل الموارد وكافة المعطيات عن المحيط الداخلي والخارجي، انطلاقاً من احتياجات للمواطنين بإشراك الجميع وتجنيد للطاقات والتي تعني بتحسين الخدمات الصحية.

فهل المسير فعلاً قادر على اتخاذ هذا النوع من القرارات أم هناك عراقيل تحد من ذلك؟

شكل رقم (47): طبيعة القرارات



الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

من خلال الجدول الخاص بالإجابات الذي يبين بصفة واضحة بأن المسير بدلا من الخوض في المشاكل التي تتعلق بصياغة أهداف المؤسسة وتطوير أدائها فإنه يدخل في متاهات القرارات اليومية، التي كان يمكن حلها على المستويات السلمية التي تحت سلطته الأمر الذي يحرفه عن البحث والانتقال إلى أفكار العصرية، فيمكن أن نتصور يومه مثل الآتي:

بداية يقرأ التقارير اليومية أو جدول المناوبة إن ملأت بصفة جيدة، بعدها اجتماع مع المدراء الفرعيين، ثم سلسلة من الإمضاءات، الدخول في متاهات الإجراءات بين المراقب المالي وقابض الضرائب من أجل تمرير صفقات، مناقشة الميزانية والديون، حتى المشاكل التي قد تصله هي في أغلب الأحيان غير واقعية وحقيقية فيمكن معالجتها في الآن إما من طرف رئيس المصلحة أو المراقب أو المدير الفرعي وهنا يخلق التششت وإضاعة الوقت.

من خلال الإجابات أيضا خلصنا إلى أن الأسباب التي تجعل المسير غير قادر على اتخاذ القرارات الاستراتيجية هي غلبة المشاكل الداخلية وكثرة الصراعات غير المهنية وتراكم المشاكل عليه، ونقص التنسيق بين الجانب التقني والإداري، بالإضافة إلى اتخاذ قرارات لتجنب المشاكل وكثرة التدخلات الخارجية وقلة ثقافة المحيط بالإضافة إلى عدم وجود مخطط عمل واضح وعدم الامام بالمعلومات الكافية حول المشاكل وضعف الميزانية وتغيير المدراء وضعف مستوى المستخدمين.

وإذا تكلمنا عن موضوع إقامة التغيرات التنظيمية، فإن موضوع تسييرها يتم بطريقة روتينية أكثر منها استراتيجية، فالمسير عليه أن يترجم قرارات الوصاية المتعلقة بالتغيير، والتي تأتي عادة ضمن قوالب معينة وضمن أجال معينة، فهو ملزم بتطبيق المذكرات و تعليمات الوصاية و التي دوما ما تكون استعجالية، والتي تكون على شكل تعليمات شفوية أو كتابية لإعادة بلورتها إلى قرارات هي الأخرى استراتيجية و تنفيذية في نفس الوقت لرسم معالم التغيير على مستوى مؤسسته، وبالتالي فإن المسير يجد نفسه بين عدة تحديات فليس له الحرية التامة في صياغة القرارات من جهة و محدد بآجال معينة و تطبيقها مرهون بالبيئة الداخلية و الخارجية التي يعيشها من جهة أخرى .

وهذا ما يجعل تطبيق التغيير على أرض الواقع يتم بصفة آلية أكثر منها استراتيجية بدلا من أن يكونا عن إرادة حقيقية وقريبة للواقع، فالمبادرات التي تأتي من طرف الأطباء على مستوى المصالح الاستشفائية أو رؤساء المصالح يكون لها قابلية أكثر للتطبيق وبأقل مقاومة للتغيير.

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

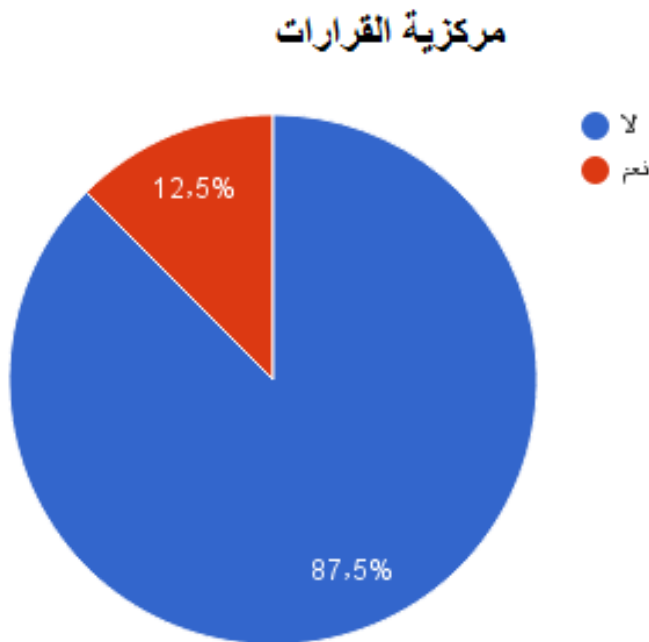
من خلال المقابلة لاحظنا أن هناك فراغا بين المؤسسة الصحية والمواطن باعتقاد أن المؤسسة تعمل كل ما في وسعها إلا أن المواطن يبقى متذمرا، هناك بعض الإجابات تتكلم عن نقص الأدوية وصيانة الأجهزة، وبأن الشكاوي كلها غير مؤسسة، وليست حقيقية و إنما مفتعلة من المحيط الداخلي، وهنا يظهر دور العلاقات العامة كهيكل و كأهداف من أجل تقريب صورة التنظيمات الاستشفائية للمواطن و لتحليل المشاكل واحتياجات المواطنينوتبيان الأولوية فيها و موضوعيتها.

ما يساندها أيضا افتقاد لرؤية استراتيجية عن الاتصال الخارجي من طرف الهيئة الوصية" وزارة الصحة والسكان" كأولويةلمناقشة تقريب الصحة للمواطن لإظهار الجانب الايجابي للمؤسسةواستيعاب التغيرات التكنولوجية والمعلوماتية واستغلالها مثل الفايسبوك وغيرها من الشبكات الاجتماعية ومعرفة الاحتياجات المواطنين وترجمتها إللواقع.

الفرع الثاني : بقاء المركزية في القرارات

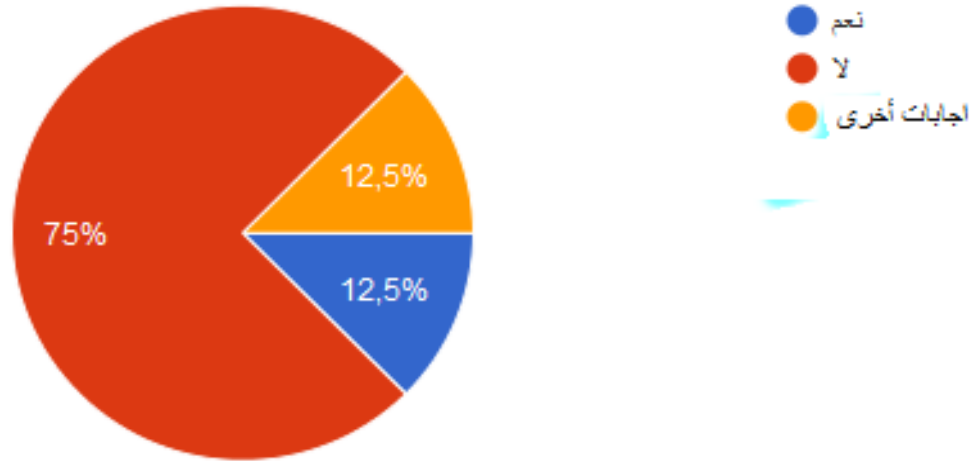
من بين أهم إجراءات التي لا بد أن ترافق التغييرالتنظيمي والتي كثيرا ما تم اعطاؤها الأولوية فيإطار التغيرات التنظيمية (الإصلاحات الإدارية)هي تخفيف الإجراءات وتحقيق لا مركزية حقيقية إلا أنه من خلال الإجابات لاحظنا بقاء مركزية القرارات وعدم التكيف مع واقع التنظيمات.

شكل رقم (48): مركزية القرارات



شكل رقم (49): تكيف القرارات الاستراتيجية مع الواقع التنظيمي

مركزية وتكيف القرارات الاستراتيجية مع واقع التنظيمات



بالرغم من الاستقلالية القانونية للمؤسسة العمومية الاستشفائية باعتبارها شخصية معنوية وذات استقلالية مالية وبالرغم من أنه في إطار التغيرات التنظيمية الاستشفائية و في إطار عصرنة الإدارة بشكل عامتم تغيير في أساليب التسيير و التخفيف من بعض الإجراءاتالإدارية منها إمكانية إجراء عقود معالقطاع الخاص "عقود الإذعان" ، إجراءات التوأمة ، فك الحصار جزئيا على شراء الأدوية أو الوسائل الطبية التي لا تتوفر عند المؤسسات العامة مثل الصيدلية المركزية للمستشفيات وغيرها، بالإضافة إلى تخفيف الرقابة القبلية من طرف مصالح الوظيفة العمومية ، إلا أنه لازمها أيضا إجراءات و فراغ جعل المسير يتخبط في البحث عن التفسير ، وفي صراع بين طبيعة العمل الاستشفائي المتعلق بالمرضى الذي يجعله يتخذ إجراءات سريعة وبين انتظار تأشيرة المراقب المالي التي تخضع لقواعد بيروقراطية وقوانين تعامل المؤسسات الصحية دون مراعاة هذا المرفق الحساس.

ما يعبر عن بقاء المركزية في القرارات هو استمرارية توزيع بعض الموارد البشرية منها الأطباء الأخصائيين من طرف وزارة الصحة والسكان، وحتى توزيعها لا يخضع دوما حسب الاحتياجات المعبر عنها وبصفة موضوعية.

كما أن توزيع اعتمادات الميزانية يتممن طرف الوزارة، ولا يتم حسب النشاطات المقدمة وبدراسة الاحتياجات بقدر ما يتم بالمقارنة حسب السنوات السابقة، المسير يقومبتوزيع هذه الاعتمادات بين العناوين أو اقامة تحويل الاعتماد لبعض العناوين الميزانية وليس كلها، وهذا الذي

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

يجعل المسير يتخبط في مشاكل المديونية خاصة في حال انتقال في التسيير أين لا يتم التصريح بالديون الناتجة عن التسيير القديم.

عادة يتم فرض بعض النشاطات التي تنتج عنها نفقات من طرف وزارة الصحة والسكان بدون تغطيتها ماديا مثل شراء أجهزة غالية الثمن، إقامة تخصصات جديدة، شراء "pointeuse" آلة البصمات وفرض شراء بعض التلقيحات التي لا تعد ذات أولوية.

والشيء الذي يدعم بقاء المركزية في القرارات هو عدم استشارة ممثلين عن هذه المناطق سواء بالنسبة للتقنيين أو الإداريين لمعرفة المشاكل وحجمها وتقييمها ماديا وتنظيميا من طرف الهيئات الوصية أثناء صياغة السياسة الصحية والبرامج الصحية والتعليمات لكي تتلاءم مع الواقع المعيش، منها الطبيعة الثقافية للمرضى، تقاليد العمل، انتشار الأمراض البدائية ومعاناتها مع باقي القطاعات ونذكر الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، التسمم العقري، زيارات المرضى، وجود مرافقين للمرضى وغيرها من المشاكل البيئية.

العلاقة بين السلطة الوصية وبين المسيرين تعتمد على فكرة التفتيش والرقابة أكثر من آلية تقييمية، تعتمد على الواقع وعلى المقارنة بين الوضعية القديمة والحديثة، هذه الفكرة تؤدي إلى إقامة تغييرات شكلية أكثر من تغييرات عميقة وفعالية، كما يضطر المسير في بعض الأحيان لإعطاء معلومات أو أرقام غير صحيحة خوفا من الرقابة عليه ومحاسبته.

أما عن الاقتراحات التي تم تقديمها من أجل ضمان الاستقلالية والموضوعية في القرارات فكانت مجملها:

- الأخذ بعين الاعتبار المشاكل الحقيقية وخصوصية المناطق من الناحية الصحية والاجتماعية.
- إعطاء ثقة ووقت لتشخيص وضع المسير وإعطائه سلطة حقيقية والتقليل من تأثير التكتلات العمالية.
- خوصصة أكثر للنشاطات وترك المسير لمعالجة المشاكل الاستراتيجية وللطبيب الاهتمام بالجانب العلاجي.
- رسم خارطة طريق حسب وضعية كل مؤسسة.
- التكوين المتواصل.
- ارساء وسائل لإنقاص التكتلات.

نتائج الفرضية الثانية

نستخلص من خلال نتائج المقابلة:

بأنه توجد هوة بين المؤسسة الاستشفائية وبين المريض بحيث يحس المسير بأنه مهما بذلت من جهود فإنه لا يستطيع إرضاء المواطن، مع وجود نقائص، هذا الفراغ لا يعود فقط إلى الخلفية والأفكار المسبقة لدى المريض أو المواطن وإنما لغياب رؤية استراتيجية تعنى بالتواصل الجماهيري ودراسة الاحتياجات سواء كان على المستوى المركزي أو على مستوى المؤسسات.

واقع التنظيمات يبين بأن القرارات لا تتخذ طبقا لمعايير علمية موضوعية بقدر ما تتخذ تفاديا لحصول نزاعات وعدم إثارة المشاكل مع الفاعلين داخليا وخارجيا.

كما أن تسيير التغيرات منها إرساء قواعد التسيير الحديثة التي لم تستغل نظرا لنقص ثقافة التقييم وعدم تغيير في الثقافة المترسبة والتأصل البيروقراطي عند كل المستويات وخاصة عند المستويات التي يعول عليها في إقناع وتوسيع دائرة المعلومات وتغيير السلوكات.

قواعد التسيير الحديثة لم يرافقها أسلوب تحفيز يخدم النشاطات فإعطاء المنح بصفة متساوية لسنوات خلقت عساوخلق تنافسا سلبيا وأدى إلى عدم محاربة الغياب وظهور فكرة اكتساب هذه الحقوق في أذهان الأفراد الذي شكل في حد ذاته مقاومة شديدة، كما أدى إلى خلق ألي للمستخدمين لوسائل تحفيز تتناسب مع جهودهم غير المعترف بها.

عدم وضوح النصوص القانونية في توزيع بعض المنح أدى إلى تضارب وكثرة النزاعات بين المستخدمين.

إن تسيير التغيرات بطريقة بيروقراطية كما أن التنظيم الداخلي وتميزه بيروقراطية العلاقات داخله شكل حاجزا أمام القرارات الفاعلة، خاصة في ظل غلبة السلطة غير الرسمية والتحكم في ميكانيزمات البيروقراطية. فالحقيقة أن القرار داخل هذا التنظيم هو مجموعة من القرارات الفاصلة والجزئية والتي ترتبط فيما بينها ترابطا بحيث أن أبسط قرار له تأثير على باقي القرارات، بين الجانب التقني (العلاجي) والذي هو بدوره منقسم بين قرار الأطباء العامين والمتخصصين والجانب البيولوجي والأشعة وما يتوفر لدى الأشخاص من معلومات وموارد خلال هذه السلسلة، وبين الجانب الإداري والذي هو أيضا منقسم إلى جانب النشاطات الصحية وما توفره من معلومات وموارد بشرية والجانب

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

اللوجيستيكي لا يتخذ القرار النهائي في ظل هذه السلسلة المتشابكة تنمو بقوة العلاقات غير الرسمية ونقاط التحكم التي تؤدي إلى إنشاء علاقات تفاوضية، تجعل من صاحب القرار على أي مستوى من المستويات لا بد له من التحكم في هذه النقاط، وما يدعمها استعجالية القرارات، عدم وضوح المهام بين النشاطات الطبية وشبه الطبية، ندرة بعض الأسلاك والتخصصات المهنية، سوء التواصل، استغلال مساحات الحرفية المهنية على حساب السلطة القانونية، عدم الحضور الدائم، تفويض السلطة إلى العمال المؤقتين أدى إلى انحراف تقاليد العمل وإهمال ونمو روحا لتكالية.

التعبير عن المشاكل غير الحقيقية تعبر عن ميكانيزم بيروقراطي للتعبير عن فرض مكانة واختلاق مشكل وحله بالطريقة التي يراها صاحب المشكل وهي تستعمل بقوة ضمن هذه المؤسسة ما يشوش فكر المسير ويجرفه عن أهدافه الحقيقية، كما أنها تعتبر عاملا من عوامل فرض السلطة وتظهر في حال نشوب صراعات ومشاكل اتصال بين العاملين، ومن أسباب انتشار هذه الصفة ضمن المنظمة:

- الخلفية الثقافية للمستخدمين: بضرورة التقرب للمدير من أجل اكتساب مكانة، وفرض سلطة؛
- لنقص الثقة بين درجات السلم الإداري؛
- عدم تقسيم وتنظيم العمل بطريقة واضحة والتداخل في الصلاحيات؛
- التنافس السلبي الذي قد يحصل بين المدراء الفرعيين؛
- سيادة روح الاتكالية والخوف من المسؤولية، ما يمرر المشاكل الثانوية الناجمة عن النزاعات والصراعات بين درجات السلم الإداري أكثر من تمرير المشاكل الحقيقية.

طبيعة العلاقات بين المستخدمين غير مبنية على التعاون تؤكد الخلفية البيروقراطية ، بالرغم من أن التعاون في العلاقات يعتبر الطريقة المثلى في التعامل ضمن التنظيمات العنقودية و في مواجهة كبر وتوسع التخصصات الطبية وشبه الطبية ، الأمر الذي جعل التنظيمات تركز بدلا من أن تتغير، و قد دعم ذلك تحول في العلاقات في السنوات الأخيرة نحو الفردانية و الخوف من تحمل المسؤولية القانونية بين الأسلاك المختلفة وتوسيع رقعة الحماية ، بعدما كانت تعرف مرونة أكثر الأمر الذي ساهم في تعقيد الإجراءات و أثر على تحقيق نوعية العلاج.

بالرغم من زيادة الموارد البشرية و المادية إلا أن ذلك لم ينتج تطورا في العلاقات التي عرفت نمو روح الاتكالية والتقسيم المتطرف للعمل وظهور المنافسة السلبية واحتكار المعلومات واحتباسها، حيث أن العمل الذي كان ينجز من طرف شخصين في ظل تفاهم وبنوعية أصبح يقسم إلى عدة

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

أطراف و بنوعية أقل وموارد أكثر، وخاصة في ظل غياب سياسة ترشيدية للموارد البشرية قائمة على تحديد الاحتياجات و توزيع الموارد حسبها ، والتفكير في الهياكل قبل التفكير في الموارد البشرية ما يؤدي إلى تبذير للأموال وسوء استغلال الموارد البشرية.

الحلقة المفرغة التي يدخل فيها المسير فيما يسمى ببيروقراطية الإجراءات مع المصالح الخارجية خاصة مع مصالح المالية ، كسلطته كفاعل بالتحكم في الإجراءات وهما المسير يدخل في صراع مع الوقت و مع تعقيد الإجراءات ، حساسية المرفق وتتبع الإجراءات القانونية والرقابة من السلطة الوصية ، هذه الحلقة التي تكون نهايتها إرجاع الأموال إلى الخزينة دون استغلال قد يكون المريض في أمس الحاجة لها أو تتعلق بمرمودة عامل ، وقد تؤدي إلى صراع بين المسير و الهيئة الطبية أو النقابة بالمطالبة بالنتائج أمام ثقل الإجراءات وسلطة الفاعل .

التجاذب بين السلطة التقنية المهنية وبين السلطة القانونية والتي تستعمل بالأمثلة التي ذكرناها كتحديد عدد المرضى، استغلال اللغة التقنية لفرض إجراءات غير قانونية، واستغلالها للتهرب من الرقابة أو للتهرب من ضغط العمل واستعمال وسائل كالتعلل بعدم وجود موارد نوعية عالية الدقة، طلب موارد تعجيزية، ما يؤدي إلى إقامة علاقات تفاوضية والتقليل من الصرامة في القرارات ويؤثر على نوعية الخدمات، كما أن مسار المريض مازال يعاني من فراغ يصعب تحديد مناطق المسؤولية وفرض رقابة به.

حادثة الهيئات التمثيلية النقابة و الجمعيات المجتمع المدني كتجسيد لروح الديمقراطية ساهمت في سوء استعمالها من طرف البعض لإثارة البلبلة وفرض السيطرة تتعدى الحدود المرسومة ضمن واجبات و مهام هذه الهيئات ، ونظرا لتأثيرها و تحريكها جعل القرارات تخضع لاعتبارات سياسية ومصالح شخصية غير موضوعية وكسب قاعدة جماهيرية ، كما تستغل من طرف الفاعلين داخل المؤسسة ليس في مجال الحقوق فقط و إنما لفرض السيطرة على باقي العمال و هذا ما يتنافى مع أهداف التغيير ولعبت دورا معيقا بدلا من تحريكها ، فإن التغيير يرتبط جدا بمدى وعي هذه الهيئات إشكالية التغيير وعلى قدرة المسير لتفادي الدخول في الصراعات دون الإخلال بدوره الحقيقي.

إن القرارات يغلب عليها الطابع الروتيني نظرا لغلبة المشاكل اليومية بدلا من القرارات الاستراتيجية ذات الأهداف بعيدة المدى ومتوسطة المدى بخطط وآجال معينة، المسير يفتقد لرؤية واضحة نتيجة احتكار المعلومات، غلبة المشاكل غير الحقيقية والتي يمكن حلها على مستوى

الفصل الثامن: التجاذب بين السلطات وعقلانية القرارات

المستويات الوسيطة، غياب رؤية بالأهداف ونقص بالتكوين والتأطير بصفة عامة وكثرة التدخلات وقوة تأثير الفاعلين.

فتفسير التغيير يتم بطريقة روتينية أكثر منها استراتيجية ، فالمسير عليه أن يترجم قرارات الوصاية المتعلقة بالتغيير، و التي تأتي عادة ضمن قوالب معينة و ضمن أجال معينة ، فهو ملزم بتطبيق المذكرات وتعليمات الوصاية و التي دوما ما تكون استعجالية لإعادة بلورتها إلى قرارات هي الأخرى استراتيجية وتنفيذية في نفس الوقت لرسم معالم التغيير على مستوى مؤسسته، يجد المسير نفسه منفذ للتعليمات المتعلقة بالتغيير دون تهيئة وتكيف للبيئة الداخلية بما تحمله من عوائق وصعوبات، بدلا من أن يكونانجا عن إرادة حقيقية وقرينة للواقع ، فالمبادرات التي تأتي من طرف الأطباء على مستوى المصالح الاستشفائية أو رؤساء المصالح يكون لها قابلية أكثر للتطبيق و بأقل مقاومة للتغيير.

بقاء المركزية في التسيير بالرغم أنه من شروط العصرية هو إقامة لامركزية حقيقية ،فالتسهيل في بعض الإجراءات القانونية و مرونة في إقامة الصفقات و التعاقدات مع القطاع الخاص لم يلغ طريقة التسيير و العمل بتفكير مركزي سواء في تعامل السلطة الوصية مع المؤسسات الصحية في إعطاء الموارد المادية و البشرية المتخصصة أو في التعامل مع المصالح المالية الذي لا يراعي طبيعة المرفق الصحي وكثرة الإجراءات وكذلك بفرض بعض النشاطات التي تنتج عنها نفقات التي لا تعد ذات أولوية وعدم استشارة الهيئات القاعدية والتكيف مع الاحتياجات البيئية.

بالإضافة إلى العلاقة التي تعتمد على التفتيش والرقابة بدلا من المرافقة والتقييم برسم خارطة لتقييم الاحتياجات ورسم الأهداف ما يجعل عملية التغيير شكلية بدلا من أن تكون جوهرية وعميقة، وبالتالي إعادة الدخول ضمن حلقة مفرغة من المشاكل والمقاومة.

كل هذه العناصر تؤكد فرضيتنا بأن المؤسسة تتميز بطابع بيروقراطي وحقل للتصارع بين السلطة الرسمية وغير الرسمية يصعب معها ارساء القواعد الحديثة، وبأن هذه التغيرات التنظيمية تستلزم إعادة النظر في استراتيجيتها انطلاقا من تعديل القوانين المسيرة لجعلها أكثر مرونة وتحقيق استقلال حقيقي في التسيير وكذا دراسة الاحتياجات الحقيقية تأخذ الأبعاد البيئية التنظيمية الحقيقية.

الفصل التاسع

تجليات التعارض بين البيئة التنظيمية وسياسة التغيير

الفصل التاسع: تجليات التعارض بين البيئة التنظيمية وسياسة التغيير

تمهيد:

إن اجراء تغييرات تنظيمية استشفائية تستلزم اعداد ارضية تنظيمية قائمة على سياسة اتصالية وادارة موارد بشرية وتحفيز لتوجيه سلوك الأفراد نحو أهداف التغيير وحل المشاكل التنظيمية بين المصالح الاستشفائية وتحسين شروط العملائي تؤثر على فعالية العلاج، ودمج الأفراد داخل حقيقة التغيير بإرساء علاقات التعاون بدلا الآلية والمرونة بدل التقسيم المتطرف، لأن مراقبة الأداء التقني له محدوديته الادارية.

ولهذا فإن دراستنا تهدف إلى تشخيص هذا المحيط وتحليل الأسباب التي تعرقل أهداف التغييرات التنظيمية الاستشفائية، من خلال الاستبيان الذي وجهناه إلى المستخدمين يشمل كافة الأسلاك على مستوى المصالح الاستشفائية من أجل أخذ كبر قدر من الاجابات النوعية.

المبحث الأول: المشاكل التنظيمية

من خلاله نقوم بالوقوف على الظروف التنظيمية الداخلية التي يعمل بها المستخدمون انطلاقا من العلاقة بينهم وبين الادارة ومدى ارساء علاقات الثقة ودراسة شروط العمل وكذا تحليل المشاكل الناتجة عن المحيط الخارجي.

المطلب الأول: العلاقة بين الادارة والمستخدمين

بالاعتماد على المؤشرات التالية:

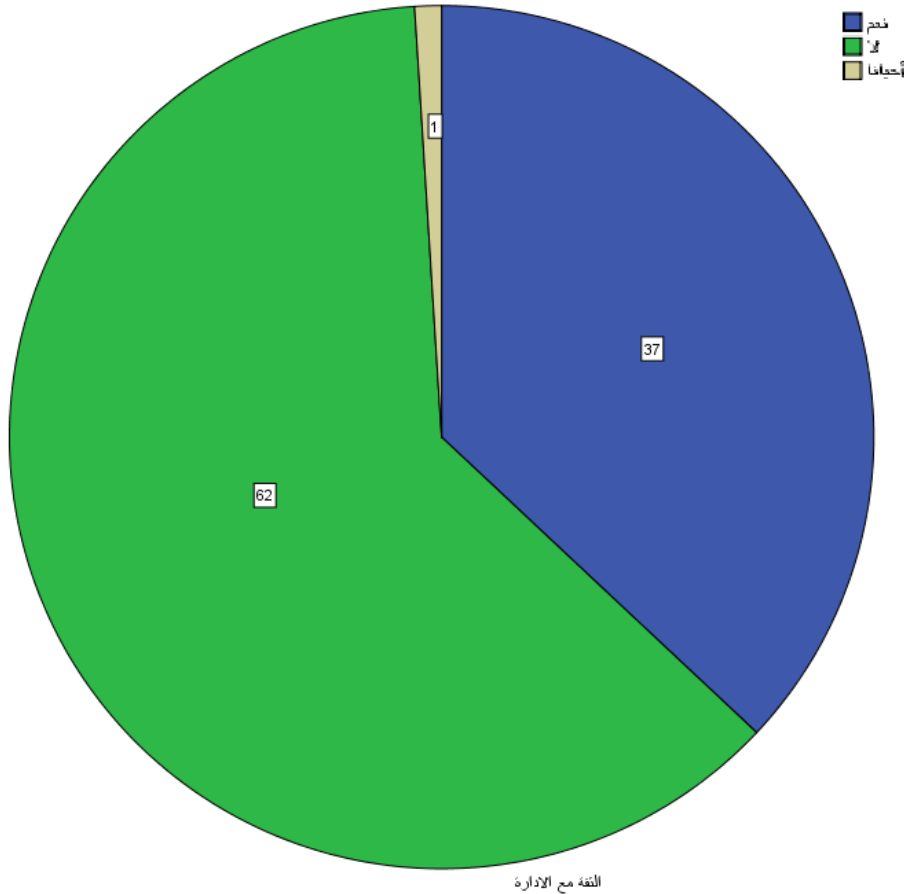
- الثقة بين الإدارة والمستخدمين.
 - التكفل بالانشغالات.
 - مدى تكفل الهيئات الادارية والاستشارية بدورها كهمزة وصل بين الإدارة والمستخدمين.
- وقد اعتمدنا على هذه المؤشرات لأنه من أهم سمات تحقيق التوازن الاجتماعي داخل المؤسسة وإظهار التغيير في أسلوب العمل وفي سلوك الإنسان والاجتماعي لتظهر ملامح التغيير في الثقافة والأفكار الايجابية على هيئة وسلوك الفرد بتبنيه لها بدلا من افتعالها أو تكلفها، وذلك لا يكون بدون وجود اتصال قوي بين الإدارة و عامليها والإدارة بالمشاركة وإحساس الفرد بالثقة، فكلما كانت

ثقة وعلاقات اتصال جيدة بين العامل والإدارة كلما يظهر ذلك في سلوك العاملين وبين المريض والمواطن بصفة عامة وفي تأدية مهامه وفي جو العلاقات العامة ضمن المصلحة ، فبدلاً من أن يأخذ العامل موقف الضد يأخذ موقف المشارك والمتفهم وعدم التكلف في العلاقات ، إذ أنه مهما بلغت الرقابة على أداء النشاط ، فإنه لا يمكن حصر كافة أساليب التعامل السلبي و العنف واكتساب ثقافة معاملة الآخر ، ما لم نعالج هذه المشاكل من الجذور و أهمها خلق جو الثقة .

الفرع الأول : الثقة في الادارة

لاحظنا من خلال تحليل الاجابات على السؤال المباشر التالي: هل تشعر بالثقة مع الإدارة؟

شكل رقم (50): الدائرة النسبية لمدى ثقة المستخدمين بالإدارة



عدم الرضا من خلال الإجابات، نسبة 62 % من المستخدمين لا يشعرون بالثقة، وهذا يعني أن قنوات الاتصال النوعية لمعرفة الاحتياجات الحقيقية ضعيفة، وقد تكون الإدارة تحظى بهذه الثقة ولكن عدم الاهتمام برجوع المعلومة وعدم التسيير بالمشاركة أثرا على هذه الثقة.

هذه العلاقة تعتبر في بعض الأحيان نسبية أو ذاتية تعتمد على أهداف المتلقي، ولكن تعود أيضا إلى مدى التزام الإدارة بالوعود وعلى قدرة التواصل الجيدة.

كما قلنا فإن هذه الثقة تؤثر تأثيرا مباشرا على سلوك الفرد في التعامل باتخاذ مواقف سلبية يصعب مراقبتها من طرف المسير، منها إعطاء معلومات خاطئة والتأثير على مرافقي المرض أو على المصلحة الاستشفائية بصفة عامة في التعامل مع الزملاء ومع المواطنين، ومن الأمثلة الواقعية نذكر أنه عندما تم تحويل مصلحة الأمومة من المؤسسة الاستشفائية إلى العيادة المتعددة الخدمات في إطار سياسة تعميم مركب الأمومة والطفولة وتسخير كامل الإمكانيات لهذا النشاط، من طرف الإدارة، والذي تم رفضه من طرف رئيس المجلس الطبي، هذا الذي جعل الأمر يهز سلطته بالرغم من أن له رأيا استشاريا فقط من الناحية القانونية، في إحدى المناوبات و في المصلحة الجديدة توفيت امرأة أثناء الولادة فقام أشخاص من المصلحة بالتأثير على مرافق المريض لإشعال الفتنة والتأثير من أجل تغيير قرار الإدارة بإظهار المشكل مشكلا إداريا وتحريضه برفع شكوى بالرغم من أن المشكل كان مشكلا تقنيا، وبالفعل تم رفع دعوى قضائية وكانت نتائجها بالنسبة لعلاقات العمل تبادل التهم بين القابلات والأطباء أي انتقل الأمر من ضعف العلاقات بين الإدارة و الطبيب إلى ضعف الثقة بين القابلات و الأطباء، وتوتر في الجو العام للعمل، والتي كانت لها آثارا لسنوات ومن بينها انخفاض روح المبادرة لدى بعض القابلات خاصة، وازدياد الضغط على الطبيب، إذ أن القابلات أصبحن لا تعملن في أغلب الأحيان بدون حضور الطبيب و بدون وثائق كتابية، و نتج أيضا عدم قبول النساء الحوامل للولادة الأولى وتوجيههم إلى أطباء متخصصين، الأمر الذي أدى إلى ضغط في العمل من جهة ونقص في التكفل بالانشغالات المرضى والمساس بمبدأ سهولة الوصول إلى المرفق العمومي وفعلا انفجر الوضع، بعد سنوات، في هذه السنة 2017 على اثر وفاة أم وطفلها بعد عدم استقبالتها من طرف ثلاث مستشفيات، بعد تصعيد الموقف تم تدخل الوزارة وتكييفها بالإهمال دون حل المشكل بعمق بمعرفة المشاكل الداخلية وحلها من أجل عدم تكرار مثل هذه الحالات، وهذا يعطينا فكرة عن التسيير المركزي وفقا للأزمات، بدلا من التفكير الوقائي والتقني الموضوعي وإيجاد حل جذري للمشاكل بدلا التفاعل مع المشاكل بعد إثارتها إلى أزمات.

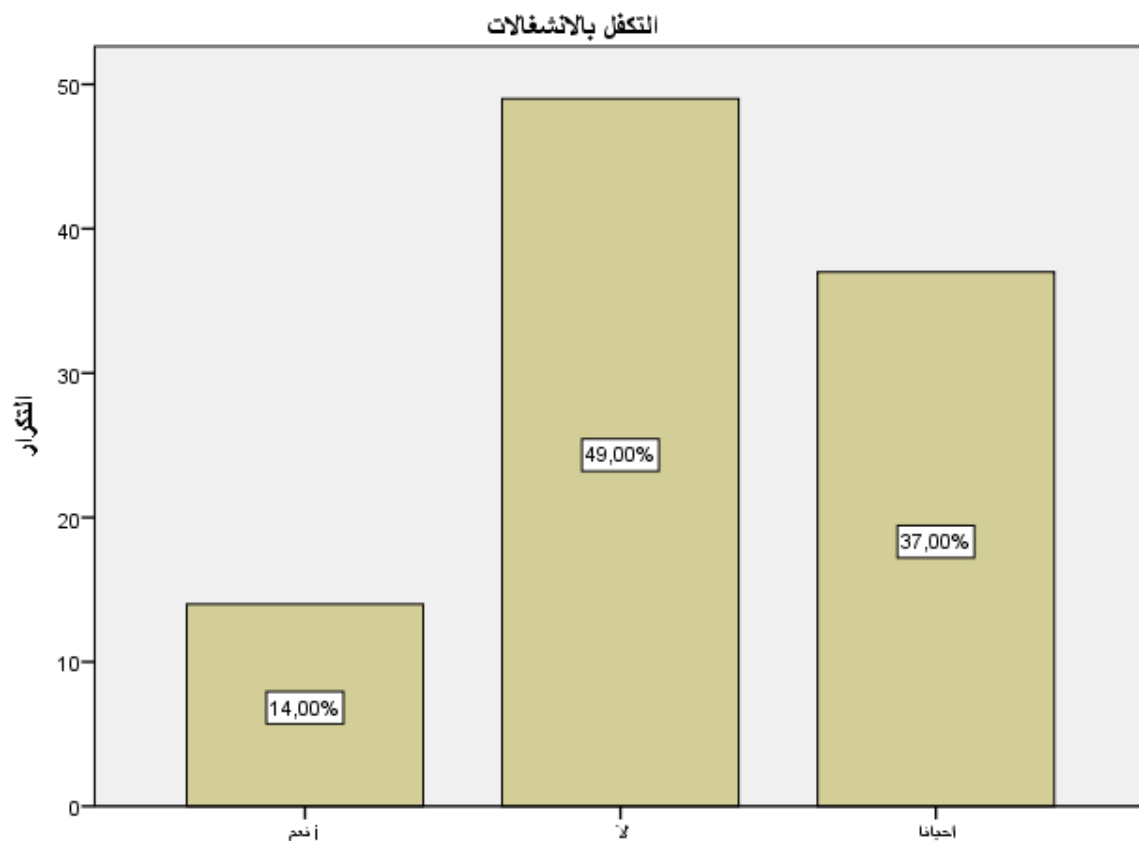
ويظهر فقدان الثقة أيضا من خلال الكلمة التي تتداول بكثرة ابتداء من الحاجب إلى الممرض: كما يقال بالعامية روح شوف مع الإدارة "أنا خاطيني".

الفرع الثاني : التكفل بالانشغالات

إن إدارة التغيير الحقيقي تعتمد على مدى القدرة على الاستماع وتوفير سبل الحوار، ومعرفة الاستجابة وردود فعل من العاملين، إعلامهم بجهود الإدارة و الإمكانيات المحدودة والعراقيل ، معرفة توجهات أبسط عامل و المشاكل التي يعاني منها ،من خلالها يحس العامل بالانتماء و بأنه جزءاً من القرار الكلي يتفهمه وينجزه و يدافع عنه أمام المحيط الخارجي .

من أهم العوامل التي تترك العامل مرتاحاً هو القدرة على الاستماع وهي من أهم صفات القائد LeaderShip، فالعامل عندما يستمع إليه حتى وإن لم تحل مشكلته يشعر بنوع من الارتياح فبدلاً من أي يكون سلبياً سيتحول إلى مقترح لإيجاد حل، حين يحس بتقدير الذات ويحس بالتحفيز القوي لتأدية مهامه.

شكل رقم (51): الرسم البياني لمدى التكفل بالانشغالات



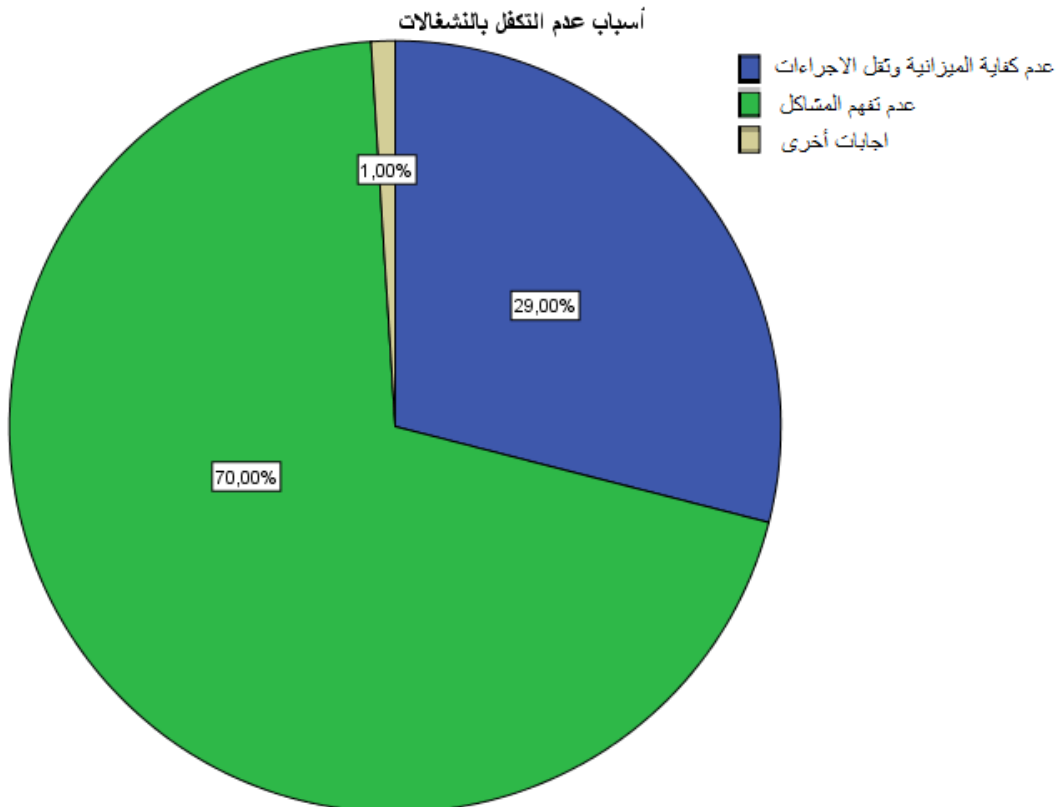
نسبة 49% من الإجابات تعبر عن عدم التكفل بالانشغالات و هي نسبة كبيرة ،الأمر الذي يؤدي إلى نتائج سلبية في التسيير منها فقدان الادارة لمصداقيتها و لسلطة القرار و خلق مقاومة التغيير ،

الفصل التاسع: تجليات التعارض بين البيئة التنظيمية وسياسة التغيير

وهنا عادة ما يلجأ العامل إلى الجماعات غير الرسمية والنقابات و التكتلات من أجل الشعور بالأمان ورسم حيز له داخل المجموعة للبحث عن السلطة وممارستها لإظهار قدرته على فرض الاستماع اليه .

وكما رأينا ضمن نتائج المقابلة فإن أغلب الانشغالات التي تقدم والتي تصل إلى الإدارة، أغلبها روتينية و تأخذ وقتا لمعالجتها على حساب المشاكل الحقيقية، كان يمكن حلها من طرف المستويات الإدارية التي تحت سلطتها مثل الرقابة الطبية أو رؤساء المصالح أو المدراء الفرعيين ، ولكن غلبة عدم تحمل المسؤولية وفكرة عدم فقدان المصالح مع الأشخاص ، ساهم في ازدياد هذه الظاهرة والتي إن لم تعالج تأخذ عمقا آخر ، فهي في الأصل أغلبها ناتج عن نزاعات مبطنة وصراعات جانبية قد تتضخم إلى صراع عام ، ولهذا على المسير أن يكتسب القدرة على معرفة مصادر المشاكل الحقيقية. أما عن أسباب عدم التكفل بالانشغالات حسب ما يراه المستخدمون فإن نسبة 70 % يرى أن عدم التكفل بالمشاكل يعود إلى عدم التفهم من طرف الإدارة أكثر منها محدودية إمكانيات الإدارة، حسب الشكل التالي:

شكل رقم (52): أسباب عدم التكفل بالانشغالات



وإذا ما ربطناها مع عامل الثقة وعدم التكفل بالانشغالات فهذا يدعم أن هناك خللا تنظيميا وخللا في التواصل الداخلي، حتى الأسباب التي تجعل عدم التكفل بالشكاوى لا يتم شرحها والرد عليها من أجل إشراك العامل في المشاكل التي تعاني منها المؤسسة وإقناعه بها.

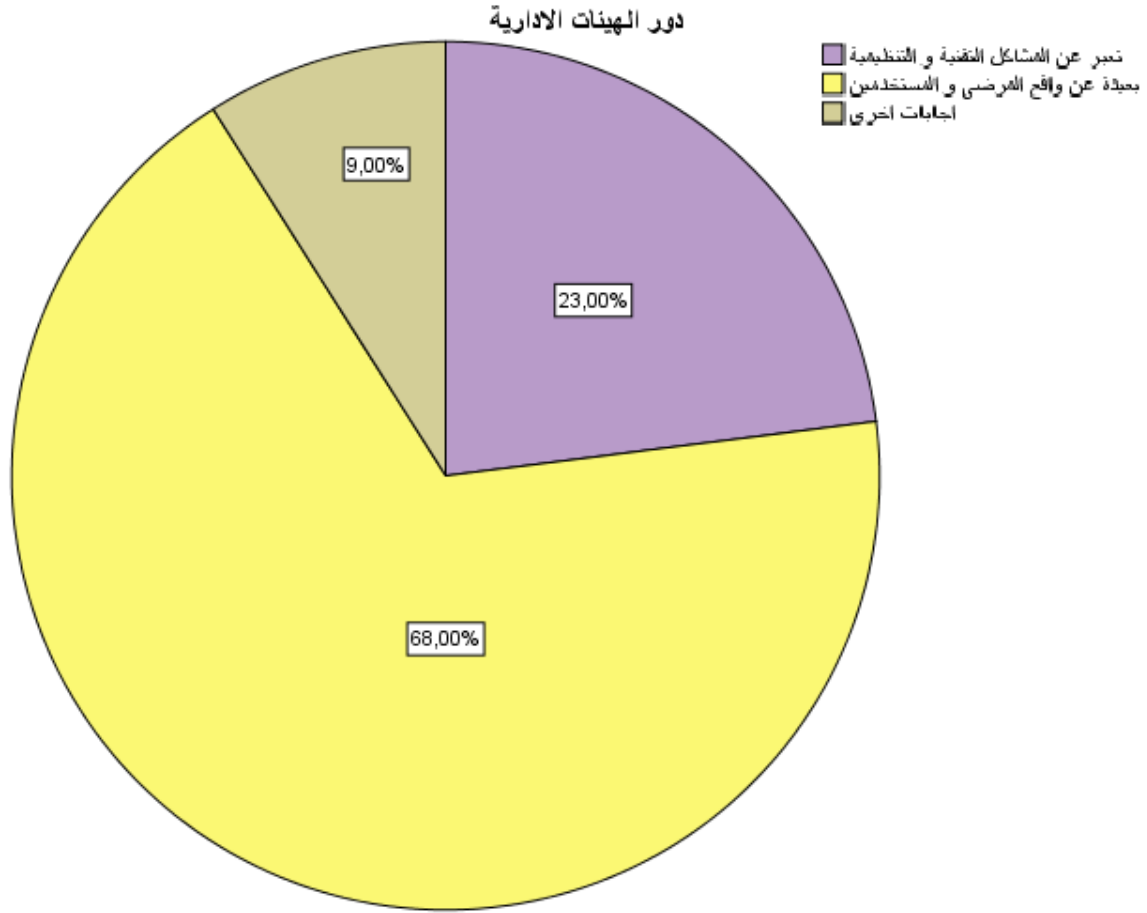
عدم التكفل بالانشغالات يرجع أيضا إلى الضغط والانشغال الدائم للمؤسسات بالإجراءات، إذ أنه بالرغم من التطورات القانونية التي عرفتها التنظيمات في القوانين، في الفترة الأخيرة: منها إلغاء الاحتكار، إلغاء الرقابة القبلية لمصالح الوظيفة العمومية، الترخيص لعقود التوأمة مع القطاع الخاص، إلا أنها مازالت تعاني من ثقل الإجراءات القانونية أمام استعجالية القرارات الاستثنائية منها تأشير المراقب المالي و انتظار الميزانية التي تأتي متأخرة قبل بداية السنة، التأخير في تسديد المومنين، تأخر تموين الأدوية، هذه المشاكل لا يمكن تقبلها بسهولة من طرف العامل فالمهم بالنسبة إليه هو توفر الوسائل المطلوبة وفي الوقت المناسب.

الفرع الثالث: دور الهيئات الإدارية و الاستشارية :

الهيئات المتمثلة في المجلس الإداري و المجلس الطبي، بالنظر إلى مهامها القانونية و تكوينها فإنها تؤدي دورا في اتخاذ القرارات الاستراتيجية والاستشارية التقنية وتوصيل المعلومات والاحتياجات بصفة فعالة إلى الإدارة وإلى مصدر القرارات، إلا أنه ميدانيا ، من خلال النتائج حيث عبر أكثر من 68 % من المستخدمين بأنها لا تعبر عن احتياجاتهم و بعيدة عن واقعهم الذين يعيشونه من مشاكل و انشغالات، فإن المجلس الإداري من صلاحياته القانونية و التنظيمية مناقشة القضايا الجوهرية بحكم تركيبته من جهة وبحكم القضايا الموضوعية تحت اختصاصه، ودوره في تسيير المؤسسة إلا أنه ميدانيا أصبح له دور نمطي وهو التصويت للميزانية ومناقشة أرقام فقط ومن دون وجود تحليل أو تقييم فعلي يعتمد على التحكم في النفقات أو مناقشة قضايا أخرى.

واقعا الميزانية يتم فيها ضخ الاعتمادات من طرف وزارة الصحة والسكان وما على المدير إلا توزيعها والتعليق على أبواب الميزانية، والمطالبة بزيادة النفقات وتبريرها من سنة إلى أخرى، حتى معايير إعداد الميزانية لا تتم بصفة موضوعية انطلاقا من النشاطات أو المستخدمين بصفة دائمة أو زيادة هياكل، ولا يتم إضافة الاعتمادات إلا بعد المطالبة والتدخل لدى مديرية الصحة والسكان.

شكل رقم (53): دور الهيئات الإدارية والاستشارية



وبالرغم من وجود ممثل للجمعيات ورئيس المجلس الطبي كأعضاء، إلا أنه لا يتم إعداد اقتراحات لها صلة بتطوير الجانب العلاقي بين المريض والمؤسسة الاستشفائية والاهتمام بنوعية العلاج أو دورها في تقريب وجهات النظر والمساهمة الاجتماعية الحقيقية واندماج المريض.

أما المجلس الطبي، بالرغم من دورهم بحكم مهامه القانونية في إعطاء الاقتراحات والآراء التقنية التي تساعد المسير على اتخاذ قرار فعال، استنادا إلى معطيات علمية دقيقة باعتباره مجلسا استشاريا مكونا من غالبية الأطباء، إلا أنه واقعا رئيس المجلس الطبي المنتخب له سلطة خارج الاجتماعات الرسمية كمستشار تقني و امتلاكه لسلطة فعلية بالتأثير على الأطباء، إلا أن شخصية بعض الصراعات و ظهور التكتلات داخل هذا المجلس واستغلال هذه السلطة لتحريكها وفقا لمصالح تقنية على حساب أخرى من أجل توسيع رقعة السلطة يحرف أولوية الاحتياجات، كما أن أغلب مواضيع المجلس الطبي تصب حول جدول المناوبة و توزيعها مع أنه توجد لجنة خاصة بذلك بالإضافة إلى أنهما من صلاحيات الإدارة من الناحية القانونية.

المطلب الثاني: شروط العمل

أردنا دراستها من خلال المؤشرات التالية:

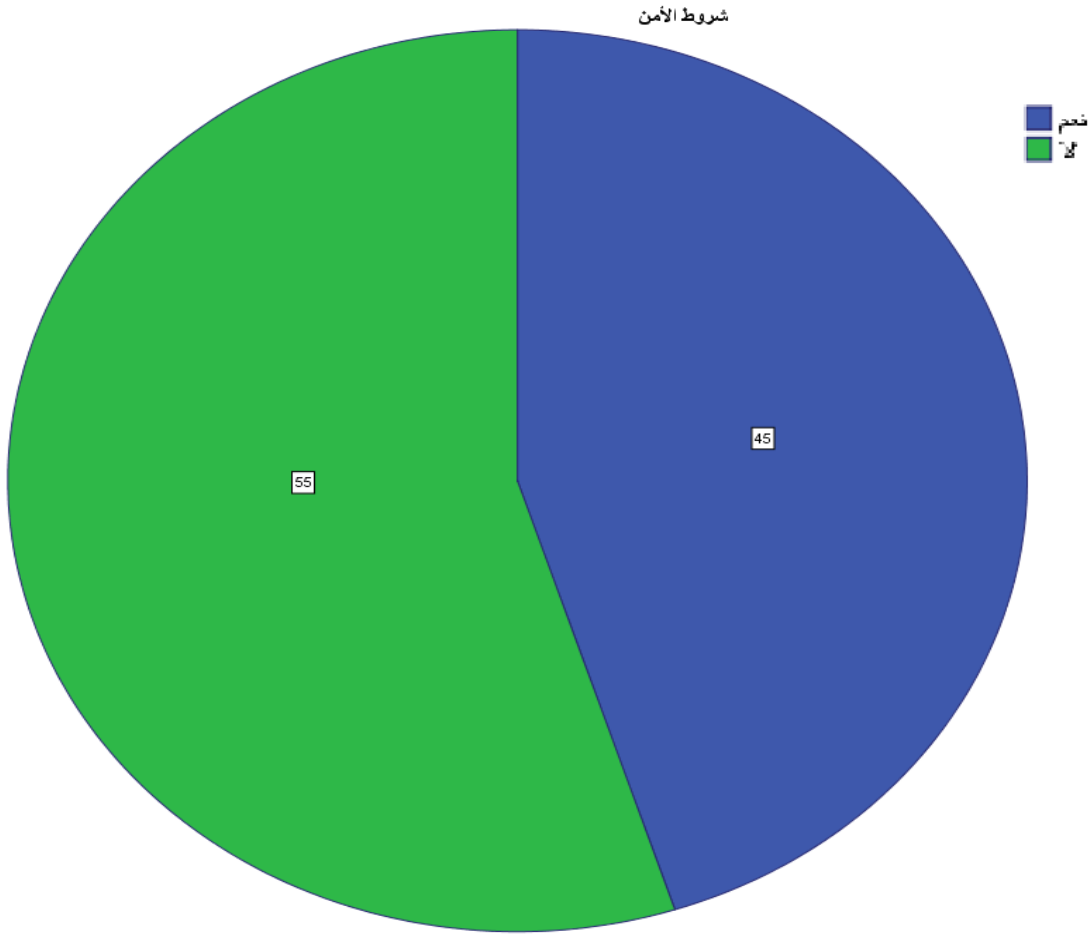
- الأمن.
- وفرة الموارد والوسائل.
- استجابة الموارد للاحتياجات.

إن شروط العمل متنوعة و متداخلة، و بهذا البعد أردنا أن نعرف أي المشاكل التي تؤثر تأثيرا كبيرا على أداء المهام والتي يحس العامل أنها تعرقه على أداء المهام وعلى النتائج المتوخاة و هي تتراوح بين المشاكل المادية و البشرية والعلاقات ، فخلال هذه السنوات و منذ انطلاق الإصلاحات تم تزويد الهيئات الاستشفائية بالإمكانات و التهيئة و التجهيزات و حل مشاكل الاحتكار في الدواء و فتح باب التوأمة و غيرها من الإجراءات من أجل تحسين التكفل و تحسين شروط العمل ، تم الزيادة في الأجور و في العلاوات منها المتعلقة بالنشاطات مثل منحة المنفعة والعدوى و تسوية ترقية الأطباء على المستوى الوطني وزيادة المستخدمين ، تفعيل قانون الخدمة المدنية، الذي زود المناطق الداخلية بالموارد البشرية المتخصصة إلا أن القطاع مازال يعاني من مشاكل و حسب ما تظهره النتائج :

الفرع الأول: شروط الأمن

إن أغلب العاملين يعانون من مشكل الأمن، خاصة مع ازدياد مظاهر العنف من طرف المرضى أو مرافقيهم في الفترة الأخيرة.

شكل رقم (54): شروط الأمن

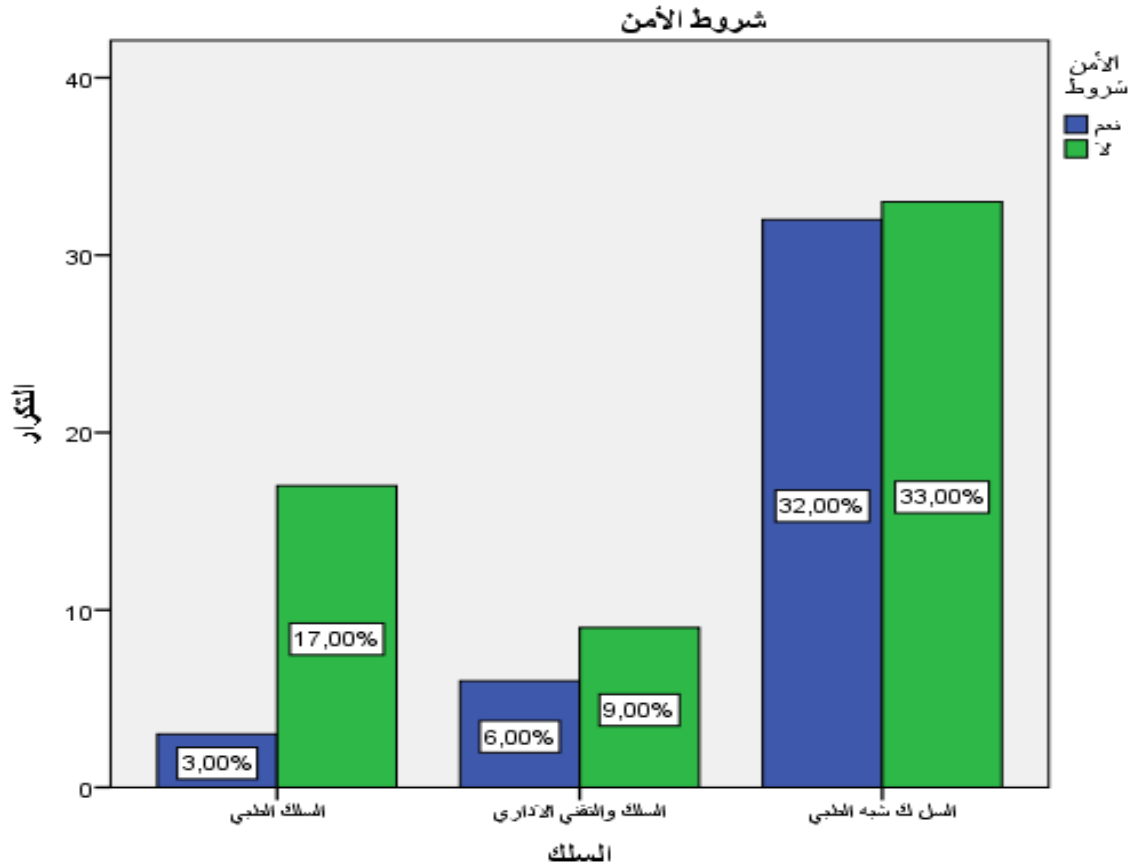


وأكثر سلك عبر عن ذلك هو السلك الطبي.

وقد عبر على هذا المشكل حتى على المستوى الوطني من خلال اجتماع النقابة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع النقابة الوطنية للممارسين الطبيين والنقابة الوطنية للأطباء العاملين يوم 03 و04 جويلية 2017 والتي كانت من بين مطالبهم الأولية هي توفير الأمن للأطباء. ويرجع غياب الأمن بالمؤسسة إلى الأسباب التالية:

- نقص المستخدمين في بعض المصالح.
- نقص الكفاءة، وذلك لنقص التكوين والعائد المادي فأحيانا عون الأمن لا يتدخل ويترك الطبيب في الواجهة وخصوصا على مستوى الاستعجالات الطبية الجراحية، يزداد الأمر صعوبة مع كثرة الزوار وعدم التحكم في العدد وكذا المرافقين، وخاصة أن المؤسسة تستقبل أنواعا عديدة من سلوك المواطنين الذين أحيانا يأتون في حالة تخدير والتي تشكل خطرا على حياة الأطباء وخاصة النساء.

شكل رقم (55): شروط الأمن حسب الأسلاك



تم إيجاد آلية لحل هذه المشاكل عن طريق إبرام عقود الإذعان مع مؤسسات خاصة، إلا أن ذلك كلف غالباً كما أنه مرتبط بالميزانية من سنة إلى أخرى، خاصة في ظل تصحر اليد العاملة المتعلقة بالأعوان المهنيين وعمال النظافة، وبالتالي لا يعتبر حلاً دائماً وفعالاً.

حتى نقاط الشرطة والتي لا تتوفر إلا على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية على مستوى الدوائر، فإن دورها لا يتعدى التدخل في حالات تسجيل حوادث مثلاً لانتحار، حوادث المرور، ولا يتم التدخل لحل النزاعات إلا في الحالات القصوى.

الفرع الثاني : كيف الموارد مع الاحتياجات

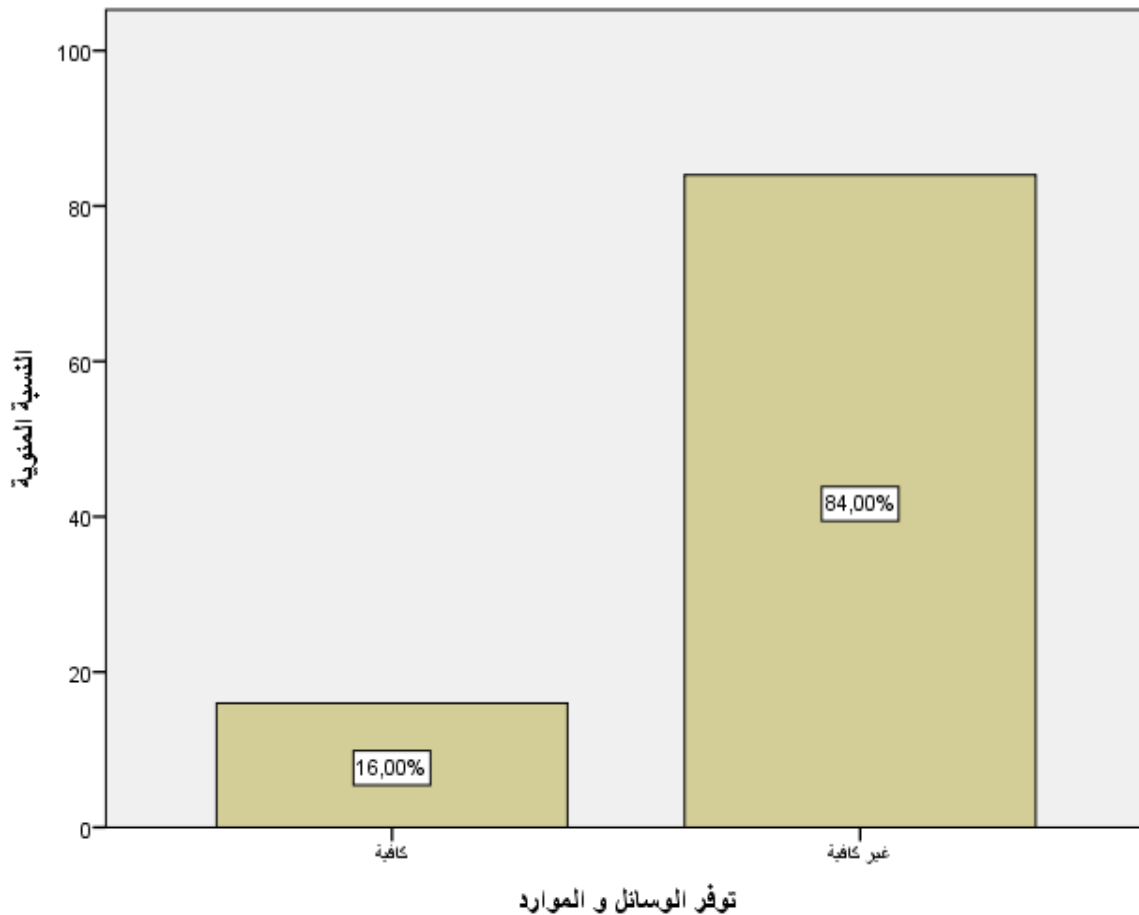
حسب الشكل التالي نلاحظ أن العامل ما زال يعاني من نقص في الوسائل فبالرغم من الزيادات في توفير الأجور و حل المشاكل المادية إلا أن القطاع مازال يعاني من نقص في الموارد وكذا عدم التوازن بين الحاجيات و الموارد ، و يمكن تفسيره إلى سوء استغلال الموارد وعدم تحديد الأولوية سواء من طرف الإدارة أو نقص وعي المستخدمين و رؤساء المصالح و أعضاء المجلس الطبي بالدور

الفصل التاسع: تجليات التعارض بين البيئة التنظيمية وسياسة التغيير

العقلاني و الموضوعي الواجب عليهم في إطار التغييرات ،والذين لهم زمام القرار التقنيوإعانة الإدارة لاتخاذ القرار الموضوعي وتفادي التبذير من جهة و توجيه الموارد توجيهها صحيحا وصعوبة إعادة توزيع المستخدمين لكثرة التدخلات والمقاومة الشديدة من جهة أخرى .

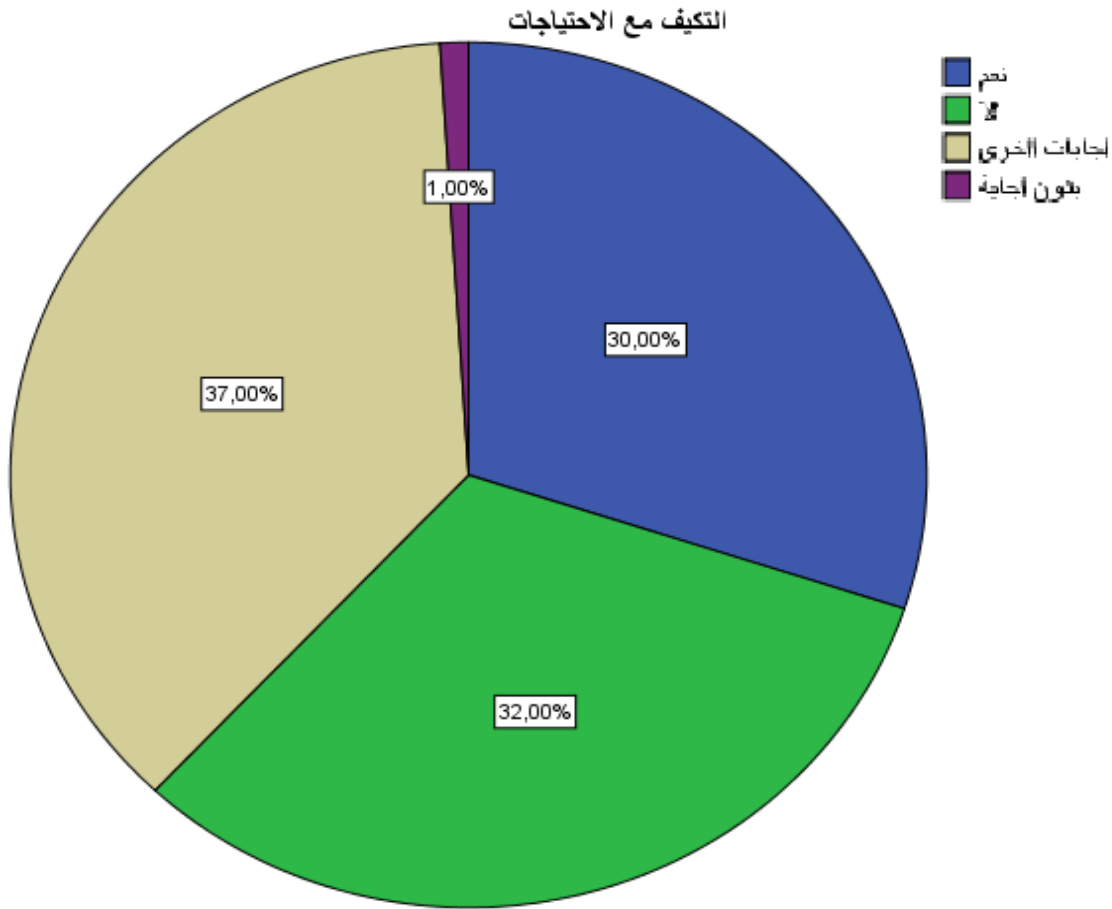
ويعود إلى عدم استغلال وسائل التسيير الحديثة،فحسب قواعد التسيير الحديثة كمفاهيم اقتصاد الصحة وحساب التكلفة وكذا التعاقد فإنكل عامل يعتبر آمرا بالنفقة بصفة غير مباشرة،وعليه أن يراعي ولا يهمل النفقات مثل طلب الدواء، طلب التجهيزات وبأن تكون الطلبات معقولة وحسب الاحتياجوليس اعتباريا وأن يكون هناك توازن بين الموارد البشرية الحالية وبين الموارد المادية.

شكل رقم (56): توفر الموارد والوسائل



وقد دعمنا ذلك بسؤال حول: هل الاستفادة من التجهيزات النوعية والكمية استطاعت أن تحسن من ظروف العمل واستجابت لحاجيات المرضى؟

شكل رقم (57): التكيف مع الاحتياجات



مما يعني أنه بالرغم من كل التجهيزات التي أقيمت إلا أن هذا لم يحسن ظروف العمل، وهذا يؤكد بأن الاستثمار في الجانب المادي دون الإنساني والاجتماعي وعدم خلق فرص التكوين ومعرفة الاحتياجات الحقيقية للعامل لا يمكن أن يخلق مناخا محفزا للعمل ولا الوصول إلى رضا العامل.

المطلب الثالث: المشاكل التي تؤثر على فعالية العلاج

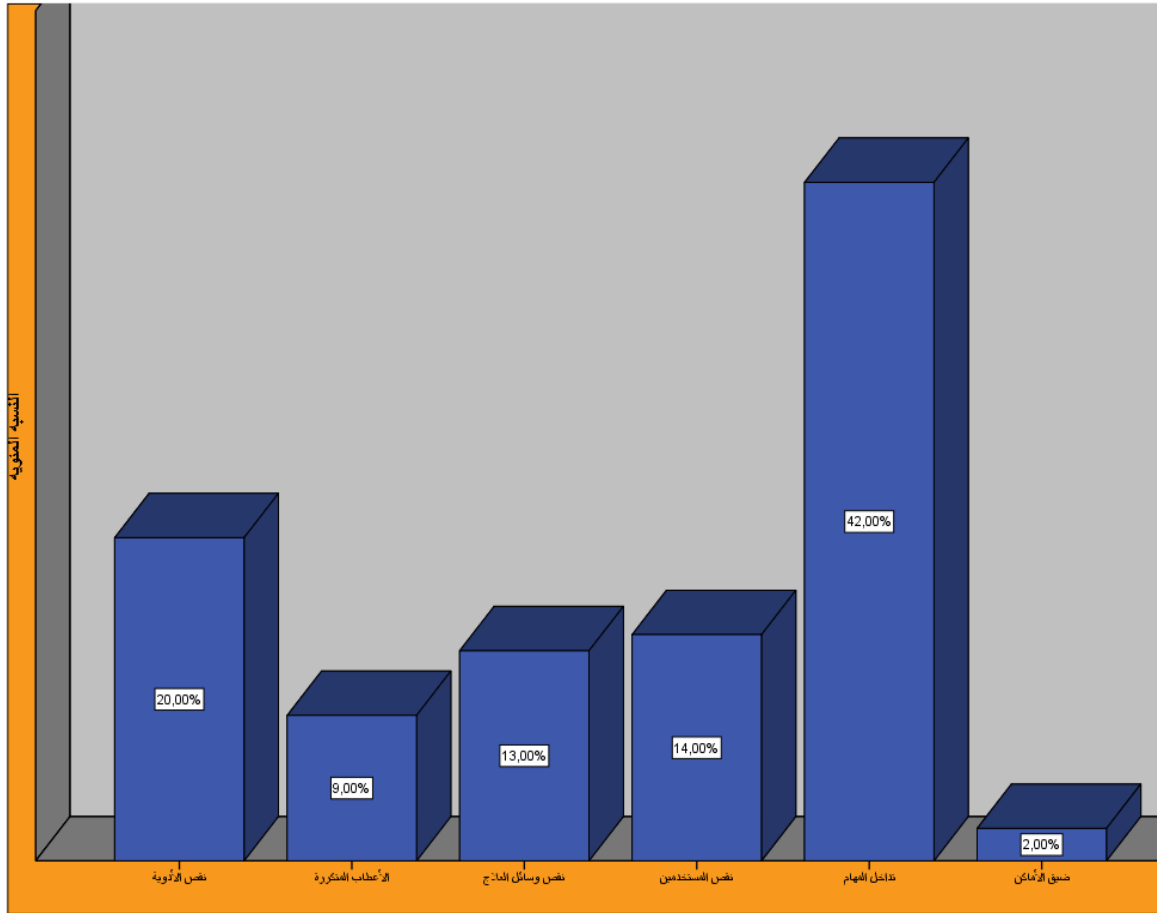
أردنا احصاء المشاكل، حسب رؤية المستخدمين، التي تؤثر على فعالية العلاج حسب الأولويات وقد قسمناه إلى المشاكل التنظيمية الداخلية والمشاكل مع المحيط سواء من الوصاية أو من المريض نفسه.

الفرع الأول : المشاكل التنظيمية الداخلية

أهم المشاكل التي يراها العامل تؤثر على فعالية العلاج حسب الأولوية:

شكل رقم (58): مشاكل المستخدمين التي تؤثر على فعالية العلاج

مشاكل المستخدمين التي تؤثر على فعالية العلاج



أولاً: تداخل الصلاحيات.

يعتبر تداخل الصلاحيات أهم العوامل التي يربطها تأثيرها على فعالية العلاج، فهو مؤشر سلبي على طريقة التسيير، خاصة أنه أخذ نسبة أكثر من شروط العمل الأخرى كنقص المستخدمين والأجهزة.

إن تداخل الصلاحيات يؤدي إلى فوضى في التعامل من جهة وخلق نزاعات وصراعات وتضييع للوقت في التكفل بالمريض وإلى إضعاف العلاقة بين المستخدمين والمرضى عن طريق تبادل التهم في حال وجود خطأ حيث يصعب تحديد مواطن المسؤولية كما أنه يجعل مسار العلاج أكثر تعقيداً، كما أن تداخل المهام يؤدي إلى تعقيد مشكل المستخدمين حيث مهما تم تزويد المصالح بالمستخدمين إلا أن ذلك لا يظهر على مستوى النتائج من حيث نجاعة العمل.

ومن أسبابه التقسيم غير واضح للعمل حيث أن تحديد للمهام ضمن فريق العمل لا يتم بصفة رسمية وموثقة.

تداخل المهام يأخذ عدة مظاهر وأهمها:

*التداخل الحاصل بين الممرضين المؤهلين والممرضين شبه طبيين والممرضين حديثي التخرج، حيث تم اعتماد تكوين شبه طبي آخر ما يسمى بمساعدي التمريض، منذ سنة 2013 هذه الفئة من الممرضين من المفروض لها نشاطات محددة في العلاج، إلا أنهم في الوسط المهني والعملي يتم الاعتماد عليهم لتغطية العجز ومن أجل تخفيف الضغط على شبه طبيين آخرين، ما يطرح مشكل نوعية العلاج والأخطاء المهنية والمسؤولية القانونية.

* الاعتماد على المبتدئين والذين يعملون في إطار العقود الأمر الذي أدى إلى انخفاض تقاليد العمل وقلة المحافظة على السر المهني، فالعاملون الحديثون والذين يحاولون التشبث للوصول إلى تثبيتهم وترسيمهم، يحاولون إيجاد وسائل لاندماجهم داخل المجموعات للوصول إلى أهدافهم ومجموعات العمل تفوض جزءاً من سلطتها لهم وهنا يتم تداخل الصلاحيات والذي يؤثر بشكل قاطع وواضح على التكفل بالمريض.

* تداخل الصلاحيات بين السلك الطبي وشبه الطبيين فروع السلك شبه الطبي بين المخبر والأشعة والتمريض، ما يخلق فوضى في التكفل في العلاج.

* تداخل الصلاحيات بين الطبيب وشبه الطبي في بعض النشاطات.

* تداخل الصلاحيات بين مرافق المريض والممرض في بعض الحالات.

* تداخل الصلاحيات بين بعض النشاطات: من يساعد المريض، من ينزله، بين قاعة العمليات ومصلحة الجراحة.

ثانياً: نقص الأدوية ووسائل العلاج

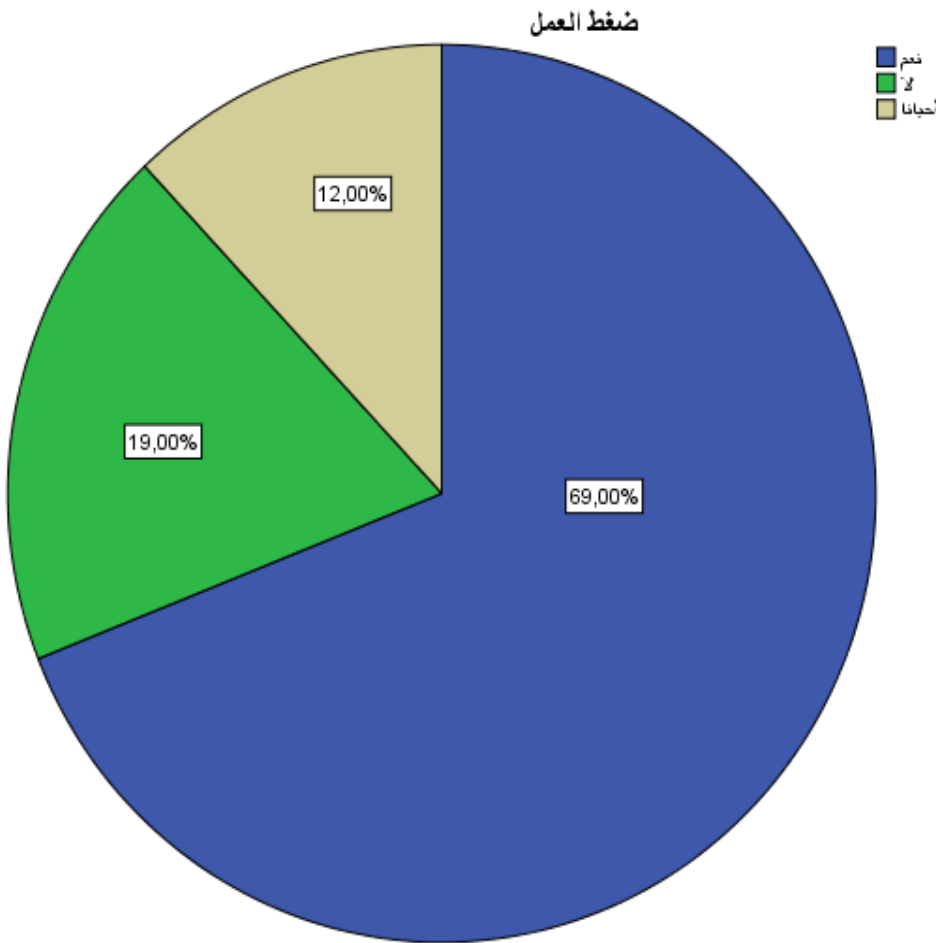
يأتي عامل نقص الأدوية ووسائل العلاج بالدرجة الثانية، فبالرغم من كل الإجراءات التي اتخذت من أجل حل هذا المشكل سواء في توفير الأدوية أو في إقامة إجراءات من أجل مراقبة سير الأدوية إلا أن هذا الأمر ما زال يتطلب تسييراً موضوعياً ومراقبة المخزونات والتنسيق بين المصالح وكذلك يتطلب الأمر إقامة دراسات نوعية لاحتياجات المرضى، أنواع المرض ذات الأولوية، إقامة التوقعات، تفعيل دور لجنة الأدوية.

وهو يشكل مشكلا كبيرا لدى المسيرين، إذ أن 75 % من ميزانية المؤسسة مخصصة للأدوية مع هذا ما زال مشكل نقص الأدوية دائما مطروح.

ثالثا: تسيير العمل

للقوف على تسيير عمل الفرق خاصة في حالات العطل ومدى وجود تسيير تنبؤي وتنظيمي مسبق. يعبر أغلب العاملين عن وجود ضغط في العمل، أما الإجابات الأخرى بنسبة 12% يعبر عن وجود ضغط خلال الفترات الصيفية وفي حالات إيداع الشهادات المرضية الفجائية، المشكل يتعقد أكثر إذ يخلق اضطرابا كبيرا خاصة أثناء المناوبة الطبية في حالات العطل السنوية أين يقل عدد المستخدمين، ما يؤدي إلى نقص التكفل الطبي وأحيانا إلى التهرب من المسؤولية وتحويل المرضى والتعامل بالتسخيرات من جهة والتأخر في التكفل بالعلاج ويخلق تدمرا لدى المريض والمواطن.

شكل رقم (59): مدا الضغط في العمل



أما عن أسباب الضغط في العمل فتمثلت في العناصر التالية، "حسب درجة الأولوية "

- عدم تحمل المسؤولية.
 - تداخل الصلاحيات وعدم وضوح المهام.
 - سوء التنسيق وسوء توزيع المستخدمين.
 - عدم التحكم في العدد المتزايد للمرضى.
 - سوء التخطيط خاصة في العطل وعدم تنظيم جداول العمل وجدول العمليات.
 - عدم منح المناصب لذوي الكفاءة.
 - ضعف التسيير وعدم دراية العمال بمهام الحقيقية.
- ويزيد الأمر تعقيدا في ظل غياب علاقات تعاون بين المصالح الاستشفائية

الفرع الثاني : المشاكل الناتجة عن المحيط

أولا: العلاقة مع المريض والتي تتمثل في مبدالتزام المرضى بتعليمات الأطباء والتي يرى المستخدمون أسبابها حسب درجة الأولوية إلى:

- قلة الانضباط من طرف الإدارة وعدم المراقبة من طرف المسير.
- ضعف البيئة الثقافية.
- نقص الثقة في خدمات الصحة.
- عدم تفهم احتياجات المواطنين.
- علاقات القرابة وتفادي العنف.

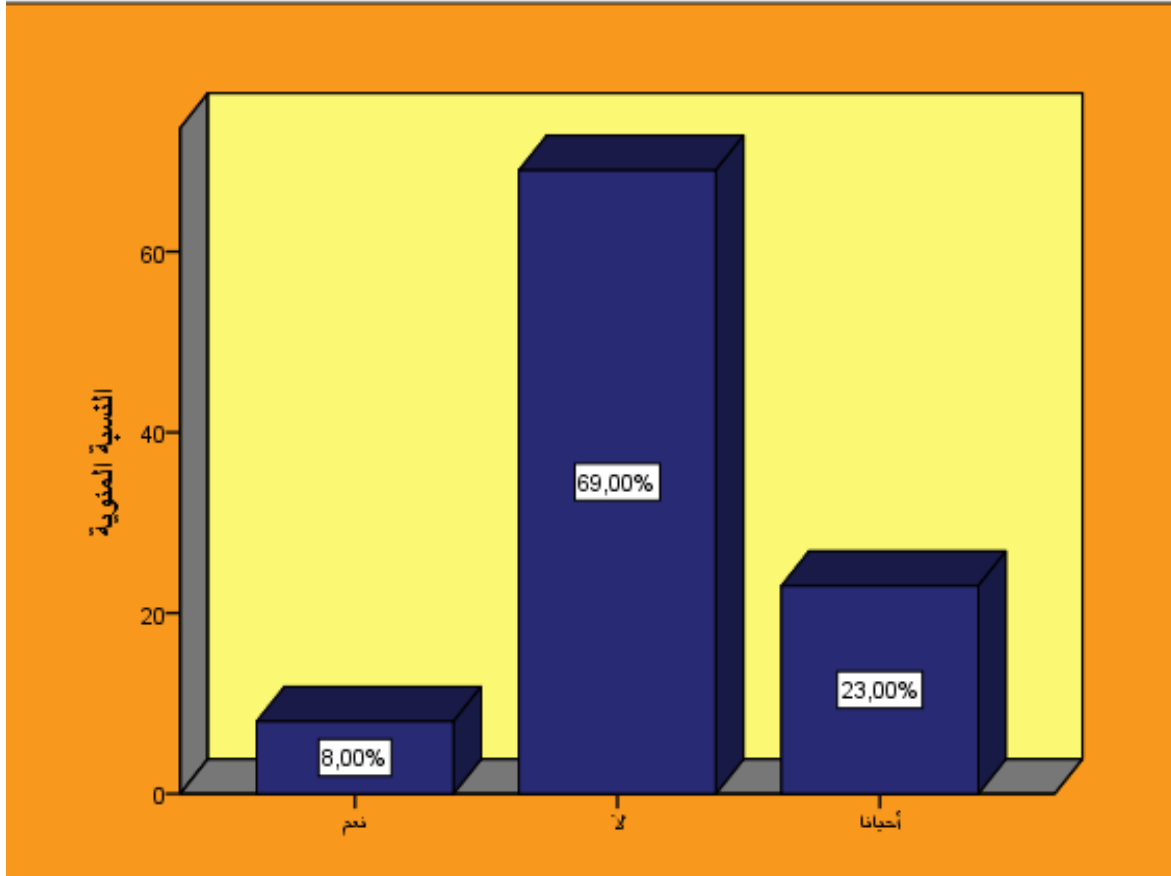
بالإضافة إلى عدم وجود نشاط يتكفل بفرز الحالات الاستعجالية والفحوصات، وكذلك عدم التنسيق بين المصالح الاستعجالية والاستشفائية والمصالح الخاصة بالفحوصات يؤدي إلى اضطراب وفوضى في التكفل بالمرضى سواء كان ذلك بالنسبة للحالات المبرجة أو الاستعجالية.

ثانيا: العلاقة مع الهيئة الوصية:

من خلال دراسة مدى تكيف التغيرات مع الاحتياجات الصحية الحقيقية

شكل رقم (60): تكيف التغيرات مع الاحتياجات الحقيقية

تكيف التغيرات مع الاحتياجات الحقيقية



حيث أن المستخدممينرون أن التغيرات لم تغير من الواقع الذين يعيشونهم تكيف مع احتياجاتهم وهذا الذي خلق هوة بين أهداف التغيرات سواء في تطبيقها على العاملين أو على المرضى، أو في العلاقة بينهم وبين المرضىؤدي إلى إهدار للطاقات والموارد بدلا من استغلالها استغلالا موضوعيا. وهذا يعبر عن وجود مشكل حقيقي والمتمثل في أن تقديم الخدمات لا يواكب الواقع الذي يعيشهاالمستخدمون، إذ أن العمل بالقطاع الصحي له خصائصه بالنسبة للقطاعات الأخرى باعتبار أنه يضمن المداومة، ما يحتاج إلى إعادة النظر في المداومة الاستشفائية بتدعيمها بالموارد البشرية وتنظيم أوقات العملما يناسبالفترات التي تكثر فيها نسبة المرضى. كما أن الأمر يحتاج إلى تعديل القوانين المؤطرة لهذه المؤسسات ما يتوافق مع استعجالية الخدمات، حيث تعاني المؤسسات من تأخر الاجراءات وتعقيدها.

المبحث الثاني: طبيعة العلاقات الداخلية

قواعد عصرنة الإدارة تفرض تطورا في تسيير المؤسسات وإيجاد آليات مرنة في وضعية عدم التوازن بين القطاع العمومي والخاص لم تخلق مشاكل في متابعة المرضى بعدم التنسيق بين القطاعين وإهمال الجانب الوقائي والتربية الصحية فقط ولكنه أدى إلى الضغط على المستخدمين بالقطاع العمومي أين يعاني من نقص التغطية الصحية في عدة اختصاصات وخاصة أن أمر التعاقد مع القطاع العمومي هو أمر اختياري بوضعية عدم التوازن بين القطاع العمومي والخاص لم تخلق مشاكل في متابعة المرضى بعدم التنسيق بين القطاعين وإهمال الجانب الوقائي والتربية الصحية فقط ولكنه أدى إلى الضغط على المستخدمين بالقطاع العمومي أين يعاني من نقص التغطية الصحية في عدة اختصاصات وخاصة أن أمر التعاقد مع القطاع العمومي هو أمر اختياري العلاقات، ولمواجهة

المطلب الأول: مظاهر البيروقراطية

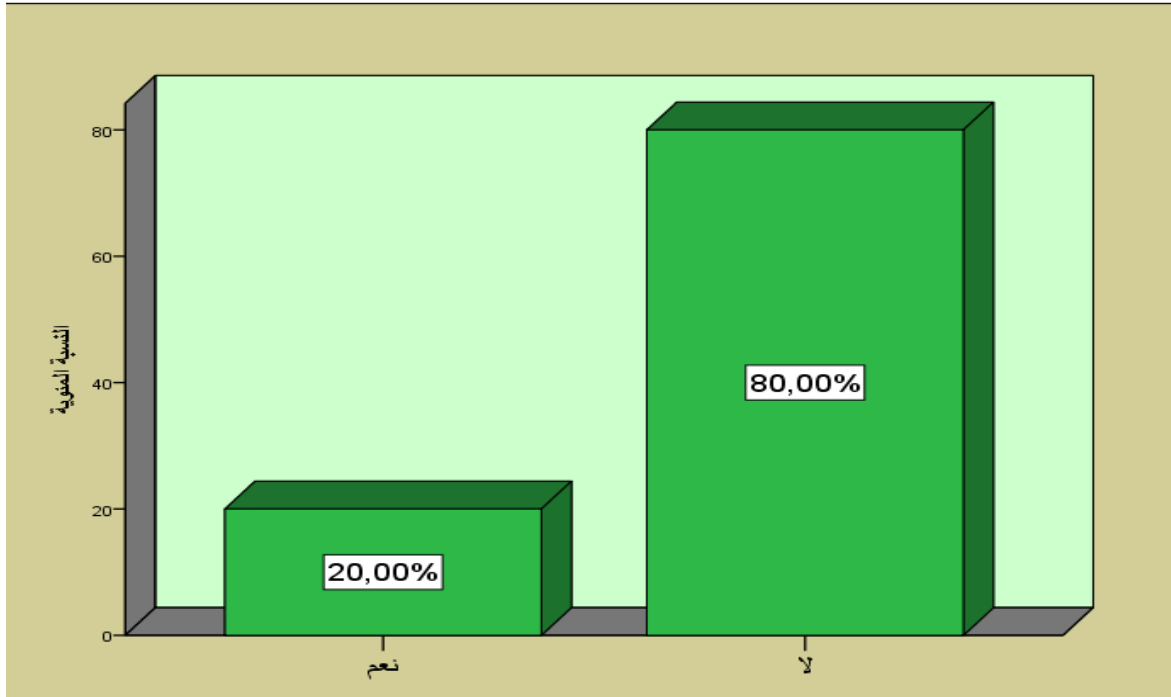
من خلال دراسة العلاقات الداخلية ومدى تطورها ما يتوافق مع أهداف التغييرات.

الفرع الأول : تقسيم العمل بدلا من التعاون

أغلب العلاقات قائمة على عدم التعاون الآلي بين المصالح الاستشفائية، فهيمبنية علتقسيم المهام والعمل بطريقة مجزأة، حيث عبر 80 % من المستخدمين بغياب التعاون الآلي بينهم ما يخلق ركودا وجهودا في المعاملات والإجراءات وضعف التكفل بالحالات خاصة إذا ما كانت مستعجلة.

شكل رقم (61): علاقات التعاون بين المستخدمين

علاقات التعاون بين المستخدمين



كما أصبحت المناوبة تقسم بدلا من العمل المشترك ، و العناية بالمريض قسمت بين المستخدمين بدلا من مستخدم إلى عدة مستخدمين، يصعب معها تحديد المسؤولية و ازداد معها روح الاتكال و عدم الاندماج في العمل بدعوى التخصص في المهمة ، ذلك يبين تأصل البيروقراطية الذي يجعل العاملين يميلون إلى تقسيم العمل وظهور التنافس السلبي بين الأفراد سواء في حجم المهمة أو الاتكالية المتبادلة، وفي حال تغيب عامللا يتم التصرف بصفة منظمة ويتم رفض اعانتهم استخلافه من الزملاء بدعوى عدم المعرفة ، والتمركز حول العمل في المصلحة الاستشفائية المعنية فقط ، مما يجعل النشاط الاستشفائي راكدا من جهة و تأخير التكفل بالمريض إلى أيام ، وخاصة إذا ما قوبل بالعطل ونهاية الأسبوع ، وتترجم ميدانيا بالقول العاميل للمريض "فلتأتي غدا فلان ليس هنا ..."

وما يزيد من ركود العلاقات والالتزام بالعمل ضمن حدود المصلحة هو ضعف دوران المستخدمين، ولا يتم الاعتماد على معدل دوران المستخدمين كوسيلة تسييرية، فأكثر طلبات التحويل تتم من مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية إلى باقي المصالح الاستشفائية، ومن الصعب تحويل المستخدمين بين المصالح بالإضافة إلى التعود والالتزام بالمهام المحددة، وميل المستخدمين إلى الروتين في أداء المهام.

ومن نتائج نقص التعاون على التكفل بالمرضى: من خلال سؤالنا المباشر حول المشاكل التي يتلقاها المستخدمون في كل مصلحة استشفائية مع باقي المصالح التي تؤثر على التكفل بالمرضى، والتي تتمثل في:

- مشاكل التوجيه: إرسال المريض بدون تحاليل أو أشعة فعادة يتم تحويل المريض من مصلحة معينة بدون إجراء التحاليل أو الأشعة اللازمة، ما يؤدي إلى إهدار الوقت وظهور النزاعات بين العاملين.

- الإهمال من طرف بعض المصالح.

- سوء تنسيق.

- التنافس السلبي.

- سوء تحديد المهام.

- اللامبالاة وسيادة روح الاتكال

الفرع الثاني : ضعف الاتصال الداخلي

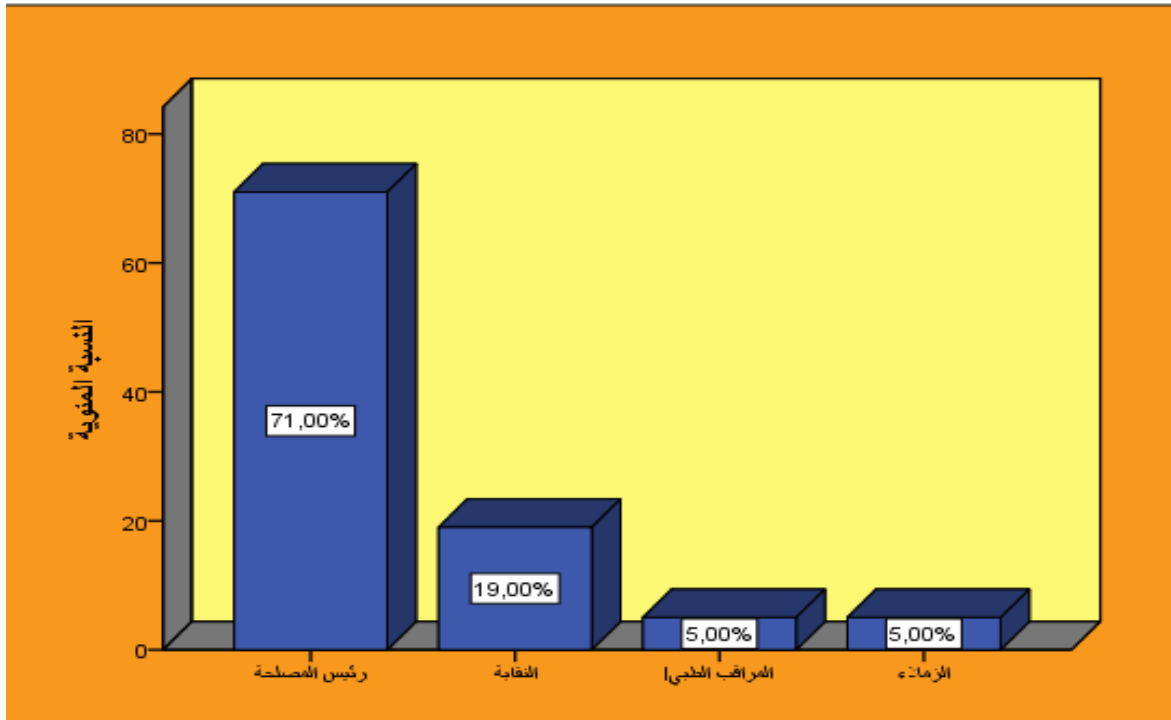
أولاً: مميزات الاتصال بالمؤسسة

قد لاحظنا الاتجاه التدريجي نحو العلاقات الكتابية في العلاج بين الطبيب والمريض، تم الاتجاه إلى هذه العلاقات مؤخرًا خوفاً من المسؤولية خصوصاً مع تكرار الأخطاء الطبية ومطالبة المرضى بحقوقهم وإقامة دعاوى قضائية، وهي وإن كانت تعبر على إيجابية الوضع بالتنظيم المحكم فهي تعبر على بعض الجمود الذي تتصف به التنظيمات البيروقراطية، خصوصاً في غياب استمارات واضحة قبلاً لتفادي تضييع الوقت وتنظيم العمل وإلى نسبتها تتعلق بطريقة عمل كل فريق وعلى درجة الثقة المتبادلة.

ثانياً: بالنسبة لقنوات نقل الانشغال:

شكل رقم (62): قنوات نقل الانشغال

كيفية نقل الانشغال



فإن أكثر المستخدمين يتم اللجوء اليهم في حال ظهور مشكل هو رئيس المصلحة ، وهذا ما يؤكد على العلاقات الحسنة بين رؤساء المصالح و باقي العاملين، و نسبة 19 % يعتمدون على أنفسهم، ولكن المشكل يكمن في طبيعة المشاكل التي يتم انتقالها ووصولها إلى الإدارة والتي لا تعبر عن المشاكل الحقيقية ، ومدى تصفيتها عبر السلم الإداري ومدى توافقها وتعبيرها عن المشاكل الحقيقية التي يعاني منها المريض ، خاصة أن النزاعات تأخذ شكلا مبطنًا.

وما نلاحظه أيضا أن العلاقات ليست قائمة على الاحترام الكلي للقوانين بقدر ما هي قائمة على الشبكات الاجتماعية وسيطرة علاقات القرابة في تغطية بعض الخلافات أو إظهارها، بل على المدير أن يأخذ بعين الاعتبار ويراعي حساسية القرابة في اتخاذ القرارات لتفادي ظهور الخلافات بالإضافة إلى غلبة السلطة غير الرسمية.

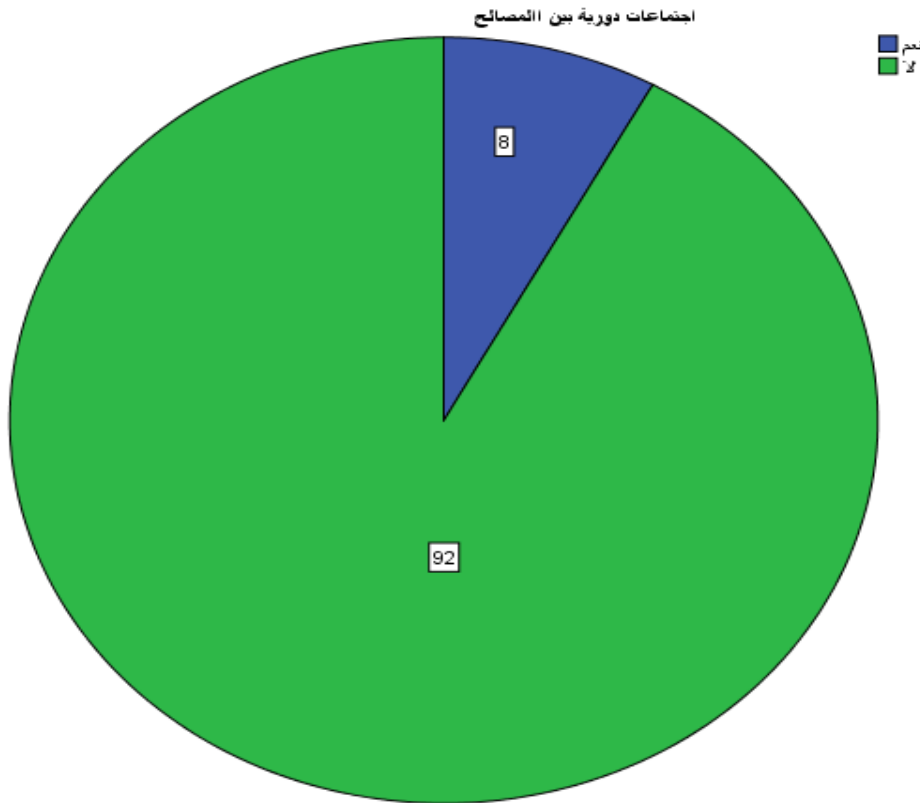
ليس هناك عناصر كتابية أو وثائقية تبين دور كل عضو في المنظمة، فكل عضو يأخذ دوره من خلال التعود على العمل مع عمال المصلحة، وعندما تغيب العناصر الكتابية مثل رسائل المهام تكثر الفوضى ويصبح هناك تدخل المهام وغياب المسؤولية وعدم وجود مصلحة أو مكتب خاص بالاتصال، يجسد إرادة الاتصال داخل المؤسسة.

أردنا معرفة ماهية نوعية العلاج بالنسبة للمستخدمين، إلا أن أغلب الإجابات كانت سلبية من طرف العاملين أو مختصرة لا تعبر عن المعنى الكامل لنوعية العلاج حيث 58 % لم يقدموا إجابات، أما الإجابات الأخرى فكانت تتراوح بين:

- تحسين الخدمات.
 - توفير الوسائل والدواء والتخصصات.
 - لا يمكن تحقيقها.
 - علاج خفيف أي تحقيق أدنى مدة استشفاء.
 - تشخيص جيد للمرضى واستقبال جيد لهم.
 - احترام شروط الإنسانية إعطاء المعلومات اللازمة.
 - ملف طبي جيد.
- وهذا يعبر عن ضعف الاتصال بتقديم المعلومات وشرح المفاهيم الأساسية حول أهم أهداف التغييرات وهي نوعية العلاج، من أجل دمج المستخدمين داخل حقيقة التغيير.

ثالثاً: نقص قنوات الاتصال بين المصالح الاستشفائية.

شكل رقم (63): توفر الاتصال بين المصالح "أفقياً"



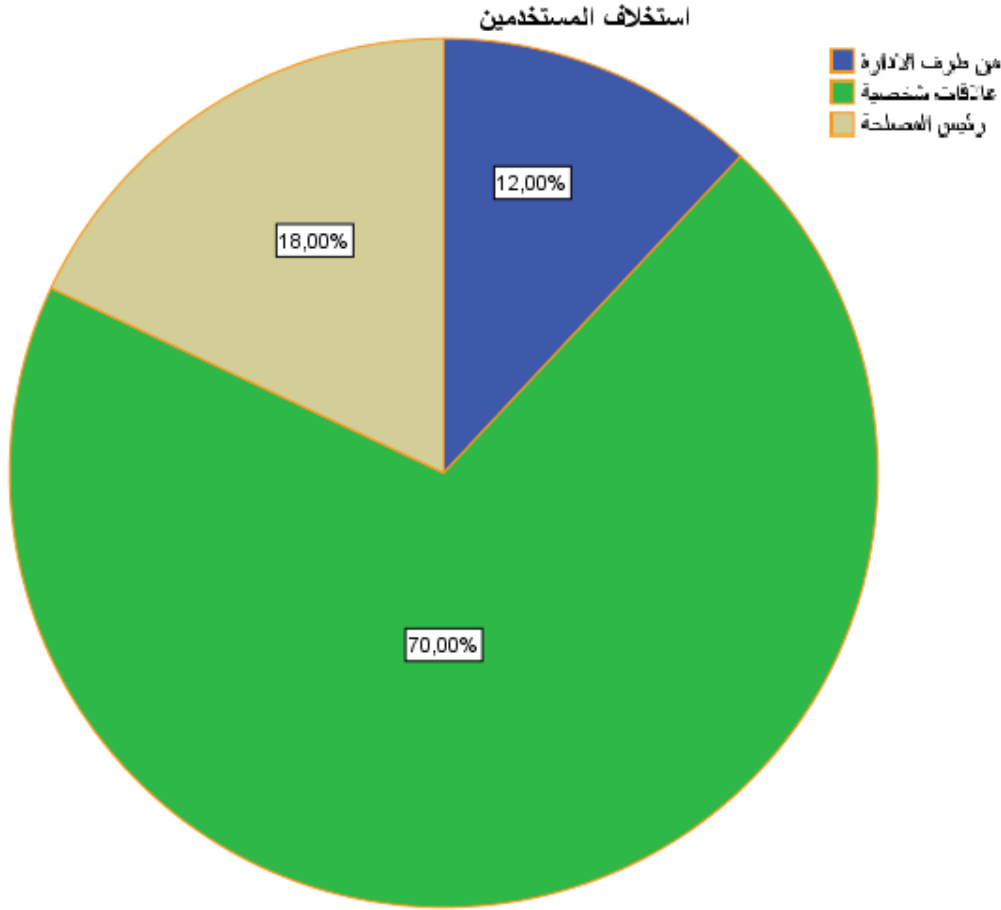
يظهر غياب الاجتماعات الدورية أو ما يسمى بحلقات التأهيل التي تلعب دوراً مهماً في تحريك حياة المنظمة وتفعيل العلاقات وفي تبادل الخبرات خاصة في المجال التقني العلمي، فبالرغم من وجود تعليمات تنص على تقرير المداومة والاجتماعات اليومية من أجل مناقشة الحالات المرضية ضمن المناوبة بين الأطباء ورئيس المصلحة إلا أن هذا الأمر لا يتم، كما أن تسلم المهام اليومي لا يتم كتابياً في أغلب الأحيان وذلك لتأخر المستخلف في الحضور وعدم الانتظار من قبل العامل المداوم ما يخلق فوضى في التكفل بالمريض وفي تسيير المصلحة.

المطلب الثاني: ضعف استغلال المرونة والاستقلالية لأهداف التغيير

توجد علاقات بين المستخدمين مهما كان السلك الذي ينتمون إليه تقوم بإيجاد حلول لها فيما يخص الاستخلاف أو تقديم مصالح بدون اللجوء إلى الإدارة، بالإضافة إلى أنه مع الخبرة وتنوع الحالات المرضية وفي بعض الأحيان مع قلة الامكانيات تخلق رغبة في الاجتهاد من طرف الأطباء والمرضى خاصة في الحالات الطارئة حيث يكتسبون مع الخبرات استقلالية في اتخاذ القرارات.

الفرع الأول: المرونة في العلاقات بين المستخدمين

شكل رقم (64): كيفية استخلاف المستخدمين

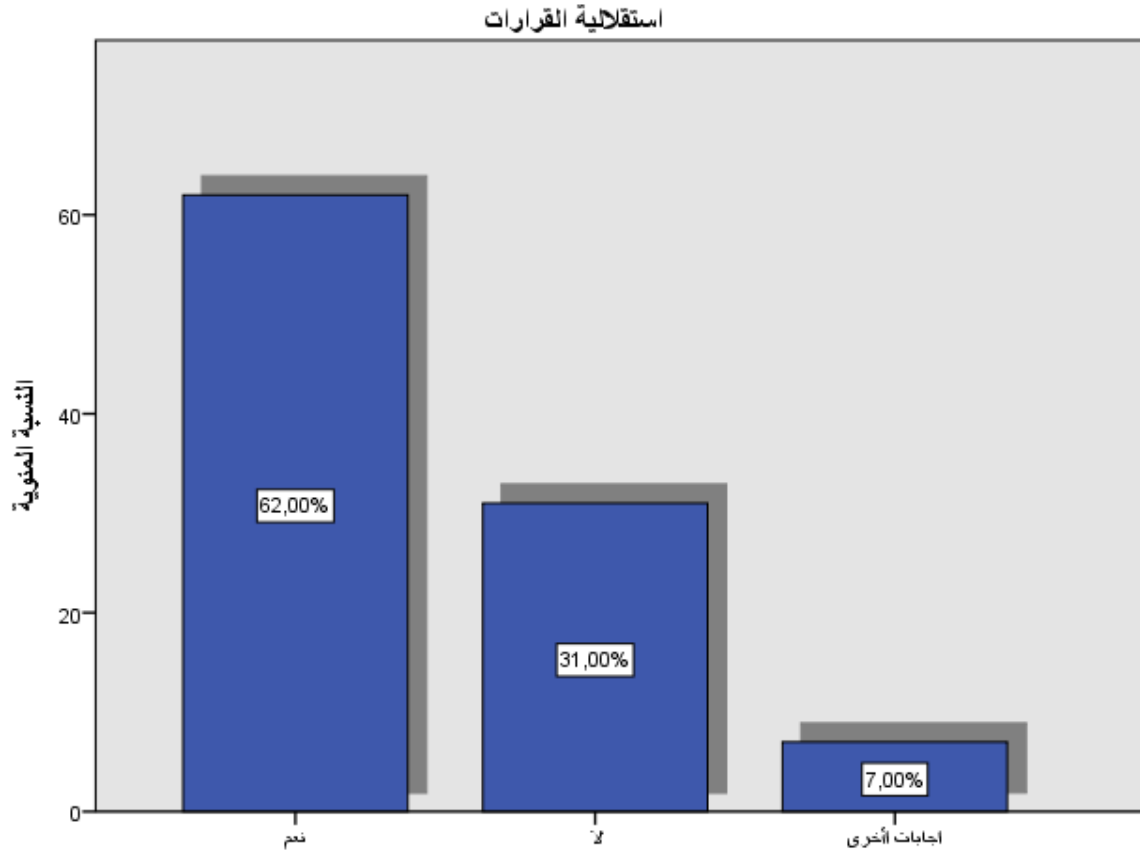


من خلال هذه النتائج يتبين أن استخلاف المستخدمين يتم عن طريق التفاهم الودي بين المستخدمين في المصلحة الاستشفائية، وهذا يعني أن المستخدمين يفضلون الطرق غير الرسمية في التعامل بدلا من تتبع الإجراءات الإدارية الرسمية، ويعطي لنا مؤشرا عن نقص متابعة الإدارة في التعامل مع رخص الغياب والاستخلاف وضعف تتبع الإجراءات القانونية والرسمية، حتى المرور عبر رئيس المصلحة يتم بصفة أقل وهذا يدل على أن تقاليد العمل أغلبها شفوية ومرنة بين المستخدمين يصعب على الإدارة توضيح مكان المسؤولية وإقامة الرقابة خاصة في حالة الأخطاء المهنية أو المشاكل الناتجة عن الغياب.

كان يمكن استغلال هذه المرونة لتمرير أهداف التغيير ضمن هذه القنوات حيث تكون الأفكار أسرع في الوصول.

الفرع الثاني : استقلالية الأفراد في اتخاذ القرارات

شكل رقم (65): استقلالية القرارات



من خلال مؤشر الاستقلالية في القرارات الذي يعبر عن وجود روح المبادرة، فقط هي تحتاج إلى دعم من الإدارة وتنميطها وتنظيمها وتوجيهها نحو أهداف التغيير.

وهي تعبر على درجة الثقة بين الرئيس والمرؤوس والإحساس بالأمان وتعبر على الثقة بالنفس وعدم التردد لدى المستخدم.

المبحث الثالث: سياسة التحفيز وإدارة الموارد البشرية لم تخدم أهداف التغييرات

من بين الخطوات الجوهرية التي أتت بها الإصلاحات وعصرنة الإدارة هي التحول من إدارة المستخدمين إلى إدارة الموارد البشرية وهي نقصد بها التخطيط المحكم للاحتياجات والتي تكون على أسس موضوعية.

كما تعني بإجراء سياسة تحفيزية بأهداف واضحة يتم من خلالها دراسة الاحتياجات والتواصل الدائم مع العاملين لمعرفة تطلعاتهم وأفكارهم والتوزيع العقلاني للموارد البشرية حسب متطلبات المنصب وحسب المعايير الموضوعية للنشاطات.

وأيضا توقع الأداء وتطوير سياسة تكوينية تعمل على رفع كل النقائص خلال أداء النشاط وسياسة تكوين متواصل وسهولة دمج العاملين بإعطاء القوانين المسيرة وتعريف العامل بحقوقه وواجباته.

ولهذا من خلال المؤشرات التالية أردنا معرفة طبيعة تسيير الموارد البشرية وسياسة التحفيز ومدى ملاءمتها لشروط التغيير، وقد توصلنا إلى أن هذه السياسات لا ترقى إلى أهداف التغييرات وسنأتي على ذكر مظاهرها وأسبابها على النحو التالي:

المطلب الأول: مظاهر ضعف تسيير الموارد البشرية

الفرع الأول : من ناحية التوظيف

لاحظنا أن بعض عمليات التوظيف في المؤسسة تتم بصفة عشوائية، فيتم توظيف الأفراد، ثم يتم التفكير في أي مصلحة يتم توجيههم، كذلك الأمر بالنسبة للأطباء المتخصصين الذين يتم توجيههم من طرف وزارة الصحة والسكان دون دراسة الأولويات، وكما يتم شراء التجهيزات قبل المورد البشري: شراء سكانير بمبالغ ضخمة دون وجود طبيب مختص في الأشعة، إرسال طبيب مختص في التأهيل الحركي دون وجود ممرض مختص في التدليك مثلا.

بالإضافة إلى التدخلات ومنطق العروشية السائد جعل الكثير من الموارد وتعيين المستخدمين يخضع لهذا المنطق حتى لو كانت المصالح الاستشفائية لا تحتاج إلى هذه الموارد من ناحية عدد النشاطات والأعمال ومن ناحية الاحتياجات والأولوية.

الفرع الثاني: تسيير التغيب

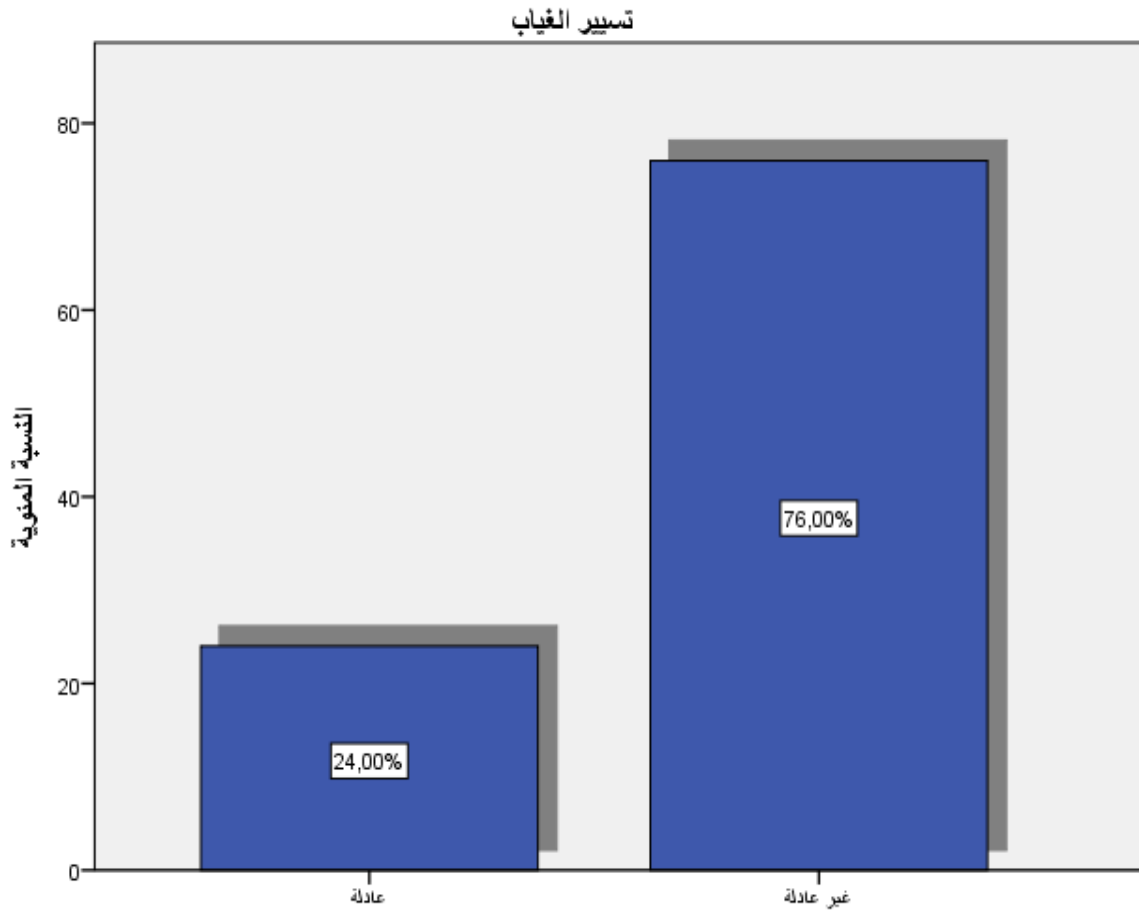
إن تسيير الغياب يكتسي أهمية كبرى في حياة المنظمة وفي تسيير الموارد البشرية لأنه يعتبر مؤشرا عن الجانب التنظيمي، وهو ظاهرة لصيقة بالتنظيم فلكل مؤسسة أسبابها الخاصة للتغيب، كمؤشر على طريقة تسيير الجماعات أو على النزاعات والصراعات بالإضافة إلى تكلفة الغياب المالية والاجتماعية على المنظمة، وتأثيره على صورة المؤسسة وعلى نوعية العلاقات الاجتماعية ونوعية العلاج، وهو يعبر عن مقاومة التغيير لا بد من إزالتها أو التخفيف منها.

الفصل التاسع: تجليات التعارض بين البيئة التنظيمية وسياسة التغيير

ولهذا لا بد لأي تنظيم البحث عن مصادر المشاكل وأسبابها التي تأخذ شكل التغيب، خصوصا في ظل عصرنة الإدارة التي تفرض الاحتفاظ بصورة المؤسسة الايجابية وعدم تبذير الموارد والتحكم في النفقات.

ويعرف الغياب بأنه "عدم الحضور خلال مدة العمل النظرية" والتغيب "غياب شخص خلال فترة معينة والتي من المفروض أن يكون تحت صلاحيات صاحب العمل".
والتغيب أيضا يترجم بالنسبة للمستخدمين المعالجين غياب الوقت المخصص للمرضى.
معدل الغياب يحسب: "عدد الأيام للغياب في فترة معينة على عدد الأيام النظرية في نفس المدة." وعادة ما يكون التغيب لأسباب مرضية حيث تقدم شهادة مرضية قصيرة المدى، وهي مؤشر قوي عن وجود نزاعات العمل، وعن عدم الرضا وعدم الارتياح في العمل.

شكل رقم (66): تسيير الغياب



حسب الجدول فإن 76 % من العاملين يرون أن تسيير الغياب يتم بطريقة غير عادلة وهو يعتبر مؤشرا خطيرا بالنظر إلى أهمية تسيير التغيب في حياة المنظمة للأسباب التي ذكرناها، ونلاحظ أنه لا توجد إحصاءات حول معدل الغياب لصعوبة التحكم فيه و متابعتها من طرف الإدارة، وهو بصفة تقريبية يقدر بـ 15 %، وأن أكثر نسبة للتغيب موجودة لدى السلك شبه الطبي، ويمكن أن نفسر ذلك إلى عدة أسباب :

- الممرضون هم الأكثر عرضة للعنف وللقلق ولمختلف سلوكيات المرضى، ضغط العمل خاصة مع كبار السن والحالات المعقدة وكذلك لتعدد مهامهم أي أنهم أكثر عرضة للضغط النفسي والفيزيائي في العلاج؛

- ازدياد نسبة المرض والحالات المستعصية وازدياد نسبة العجز، منها العجز الكلوي، الضغط والسكري، هذه الحالات الحرجة ما تتطلب متابعة تامة وأحيانا يتم الاعتماد على مرافقي المرضى، سواء نظرا للضغط أو الاتكال على مرافقي المرضى، وهنا يتم التداخل في الصلاحيات ما يناقض التعليمات الوزارية ويطرح مشكل نوعية العلاج؛

- متطلبات النوعية واحترام الاجراءات الإدارية والكتابية جعلت المعالجين يحسون أن السيطرة الاستشفائية أصبحت إدارية أكثر من العلاقة مع المريض، المعالجة والكتابة في نفس الوقت، كثرة السجلات والوثائق التي لا بد من ملئها التي تخصه والتي تخص الأطباء؛

- تطور والاختلاف في طرق التكفل في العلاج والتي تفرض إقامة جهود أكبر في وقت أقصر والذي يؤدي إلى جهد نفسي واضطراب مضاعف في تنفيذ المهام، من بينها إنقاص المدة المتوسطة للعلاج يؤدي إلى إضعاف الجهود في وقت أقل؛

- النظرة نحو صورة الممرض كمهنة تجعله أقل تعلقا بمهنته.

- التفتح على القطاع الخاص، ما يجعل الممرضين يعملون بطريقة غير رسمية على مستوى المخابر أو العيادات الخاصة، الأمر الذي يجعلهم أقل تعلقا بالقطاع العمومي؛

- العلاقات المتعددة والمهام المتعددة بين الأطباء والممرضين بمختلف الأسلاك والأطباء وهو في حركية مضاعفة وفي اصطدام مع عدة سلوكيات؛

- بالإضافة إلى عدم التسجيل الكلي لغياب الأطباء بشكل دائم، لارتباطهم بساعات العمل، ماعدا المناوبة، بشكل أقل من الممرضين.

- التناقض في تحديد المهام .
- ويمكن أن نفسرها عند المبتدئين إلى:
- صعوبة الاندماج المهني خصوصا إذا ما تم إلقاء كامل العمل على عاتقه والانتكال عليه منذ البداية؛
- لاصطدام الذي يحصل بين التكوين الأولي وبين الواقع المهني؛
- سيادة روح الفردانية لدى الأجيال، والمقارنات بين مداخليل القطاع العمومي والخاص التي تجعل تفضيل المصلحة الخاصة على المصلحة العامة، والتي تترجم إلى مقاومة نفسية تتحول إلى تقديم شهادة مرضية.
- وكلما كان هناك مناصب مسؤولية تقل الشهادات المرضية المقدمة لأن العامل من جهة يخاف على منصبه من جهة أخرى يحس بالاستقلالية والسلطة والحرية، والخوف من الرجوع إلى العلاقة المباشرة مع المريض من جهة أخرى.
- ان سوء تسيير الغياب وعدم العدل أدى الى نتائج سلبية و أهمها :
- صراعات بين المتغيين والحاضرين وخطر اتخاذ نفس السلوك من طرفهم للهروب من الضغط.
- انخفاض روح التضامن في فريق الواحد.
- عدم الاعتراف بالمجهود المضاعف من طرف الحاضرين يؤدي إلى عدم تحفيز العاملين.
- انعدام المصداقية ازاء الإدارة.
- فقدان كفاءات.
- التأثير السلبي على نوعية العلاج.
- فأكثر شيء يسبب الإهمال و التسبب ليس عدم وجود رقابة على الغيابات بقدر ما هو الطريقة غير العادلة في تسيير الغياب التي تؤدي إلى نشر روح التسبب والإحساس بعدم الثقة، والظلم الذي يترجم إلى عدة سلوكيات منها عدم إكمال المهام المنوطة بهم على أكمل وجه، عدم التعامل الجيد مع المريض، خاصة الذين يعملون عملا إضافيا بدون أن يطالبوا بالتعويض ويتم معاقبته في حال ورود خطأ، وهنا يتحول سلوكه من العامل المتفاني إلى اللامبالي، والأمر الذي يضخم حجم هذه المشاكل هو عدم التنسيق بين الإدارة و رؤساء المصالح الاستشفائية لإظهار العناصر النشطة وتحفيزها.

كما أن المؤسسة يسودها نوع آخر من أنواع الغياب و المتمثل في الحضور الخطير، والذي يحضر فيه المستخدم من أجل أن لا يعمل أو أن يؤدي مهامه تستدعي التماطل بدلا من ساعة أو يوم يؤديها في عدة أيام أو أن يحظر لكي يثير البلبلة وإثارة الفتنة بين العمال، حيث حضوره ليس بدافع العمل ولكن بدافع معرفة أكبر قدر من المعلومات وكيفية الدخول إلى هذه القنوات من المعلومات لاستمالة الجماعات.

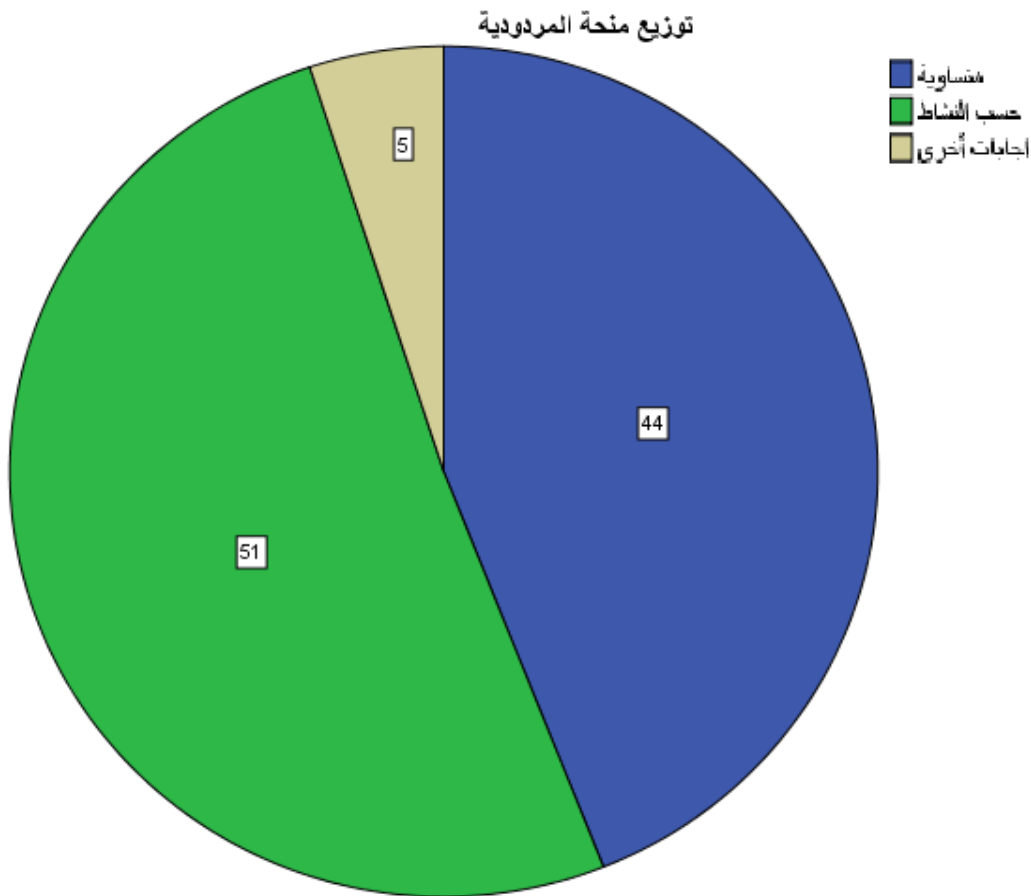
كل هذا يجعل ضرورة القيام بالاتصال الجوّاري مع العاملين من خلال المراقبين الطبيين ورؤساء المصالح لمعالجة المشاكل ومصادر التغيب وتأمين روح الفريق والتعاون.

المطلب الثاني: مظاهر نقص التحفيز

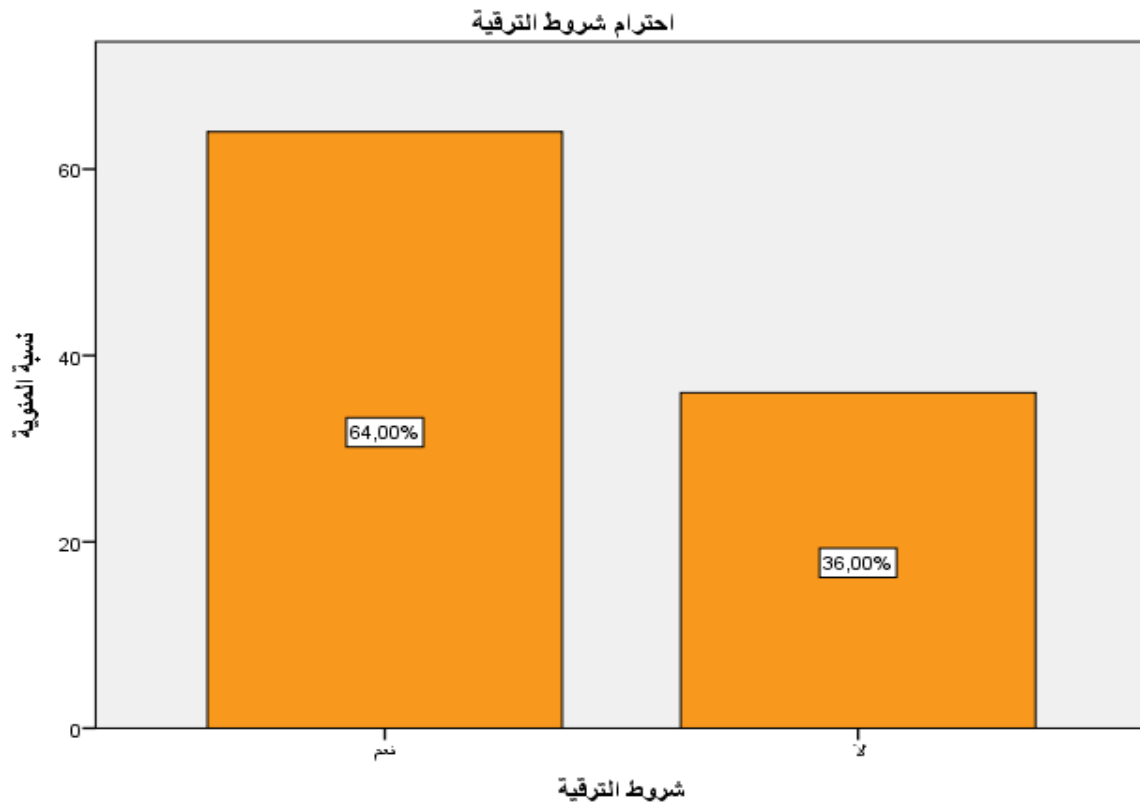
من خلال الاعتماد على توزيع المنح، التكوين وكذا التحفيز المعنوي.

الفرع الأول : الترقية و المنح

شكل رقم (67): رأي المستخدمين حول توزيع منحة المردودية



شكل رقم (68): احترام شروط الترقية



من خلال النتائج فإن نسبة 51 % تبين بأن منحة المردودية تقدم حسب النشاط، وهذا يعني أنه لا بد من اقامة جهود أخرى لتطبيق هذا القانون بصفة أكثر جدية، لما لها من دور على تشجيع على العمل وتجنب الكسل والتقاعس والمنافسة السلبية.

نفس الأمر بالنسبة للترقية، بالرغم من أن 64 % عبروا على احترام شروط الترقية، إلا أن ارساء التغيرات تستلزم جهوداً أكثر.

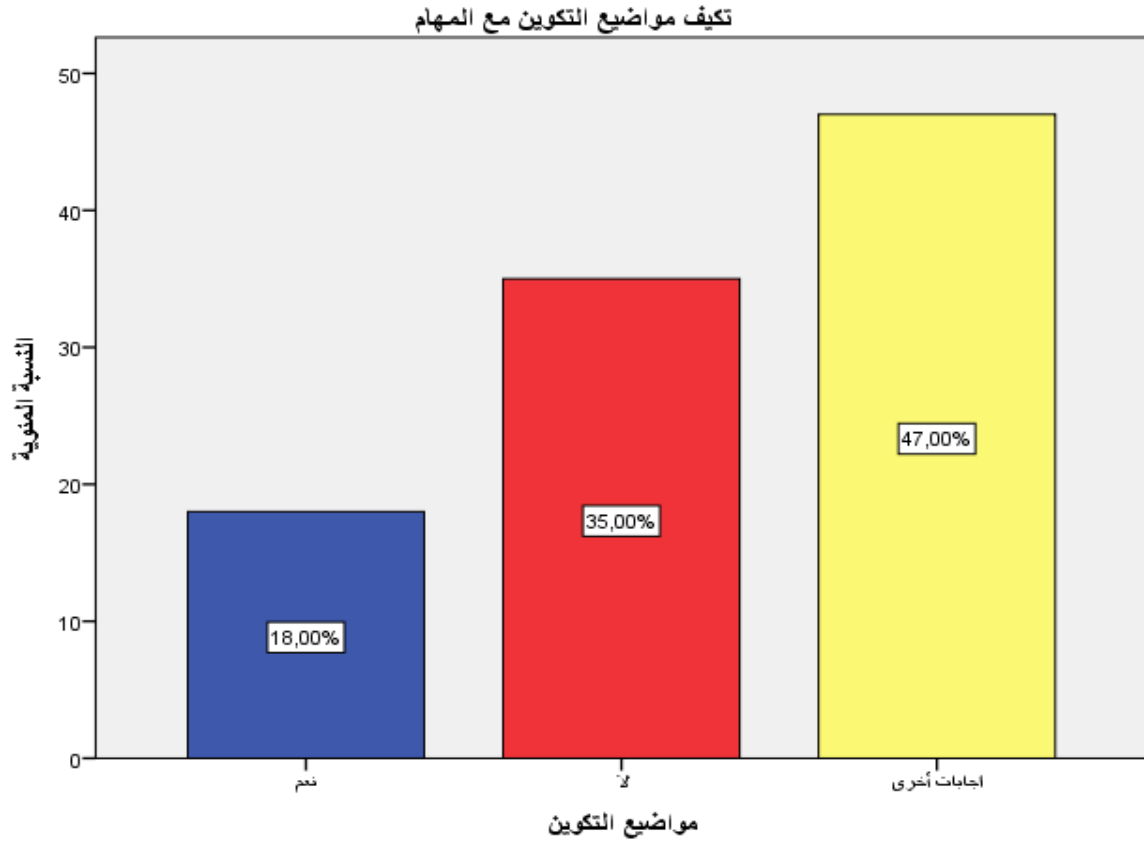
الفرع الثاني : التكوين .

إن التغيير يثير متطلبات جديدة سواء في طريقة التسيير أو في محتوى العمل و في تطوير الكفاءات، ويثير طبيعة جديدة للعمل المعتاد عليه أو للمعارف الناتجة عن التكوين الأصلي، وهذا الذي يخلق اصطداماً و الذي يأخذ شكل مقاومة للتغيير.

فإن هذا التغيير لا يتعلق بتدعيم في جهود العمل وإنما هو تغيير يثير مقاومة أصلها بسلوكيات التي تؤثر على تقبل الأفراد والذي يضع فكرة المعرفة وإتقان الدور الجديد محل تساؤل ومحل تخوف من طرف الأفراد، الأمر الذي يجعل ضرورة إعطاء التكوين أهمية كبرى لتحقيق تغيير ناجح، ومن

أجل تسهيل تأقلم الأفراد مع التغيرات الهيكلية التي تمس منظمة العمل، فالتكوين يخلق فرصة في اكتساب مهام مختلفة أكثر تعقيدا وأكثر نوعية.

شكل رقم (69): تكيف مواضيع التكوين مع المهام



■ 47% من المستخدمين غير مستفيدين من دورات تكوينية، تعبر على أن التغيير لم يرافقه سياسة تكوينية، فالتكوين إلى جانب أهميته الكبيرة في تجديد المعلومات و في تحقيق دفع بيسيكولوجي وتحديد للأفكار، و أهميته في التعرف على جانب آخر من التنظيم فإنه يعطي رغبة لدى الموظفين لتطبيق ما تلقوه، و في تنمية الإحساس بالاعتبار، فهو أيضا عامل مهم في إدماج مفاهيم التغيرات التنظيمية الاستشفائية المهمة و التي تعد غريبة بالنسبة للموظف، أي أنه يمكن استغلال التكوين لإدماج الأفكار الجديدة ضمن سلوكيات الأفراد، هذا لم يتم إتباعه من طرف المؤسسة و عليه من الطبيعي ركود المؤسسة بدلا من تطورها .

■ مخططات التكوين التي تعد سنويا تتم بطريقة روتينية، وليس لها أبعاد تخدم أهداف الإصلاحات، ولا يتم تطبيقها، فهي مجرد تقرير يرسل إلى الوزارة، إجراءات التكوين التي تتم في أغلب

الأحيان تكون باقتراح من الوزارة التي ترسل إلى المؤسسة يوم التكوين وموضوع التكوين بطريقة غير مخططة مسبقاً، وعلى المؤسسة أن تجد بطريقة سريعة واعتباطية الشخص الذي يريد الذهاب إلى هذا التكوين.

■ خطط التكوين لا تحمل رؤية استراتيجية ومخططه للمواضيع، فهي تقام بطريقة فردية وليست تشاورية وبطريقة اعتباطية، فالمواضيع بعيدة كل البعد عن المواضيع التي أتى بها الإصلاح منها ما يتعلق بنوعية العلاج والتواصل مع المريض.

■ إن التحضير للإصلاحات الاستشفائية شرع به منذ سنوات عديدة، إلا أننا نلاحظ أنه لم يتم التفكير على المستوى المركزي بإدراج مواضيعه ضمن التكوين الأصلي للأسلاك الطبية والشبه الطبية، كدورهم في ضرورة التحكم في النفقات، نوعية العلاج مواضيع حول النظام التعاقدية وتطوير العلاقة بين المعالج والمريض.

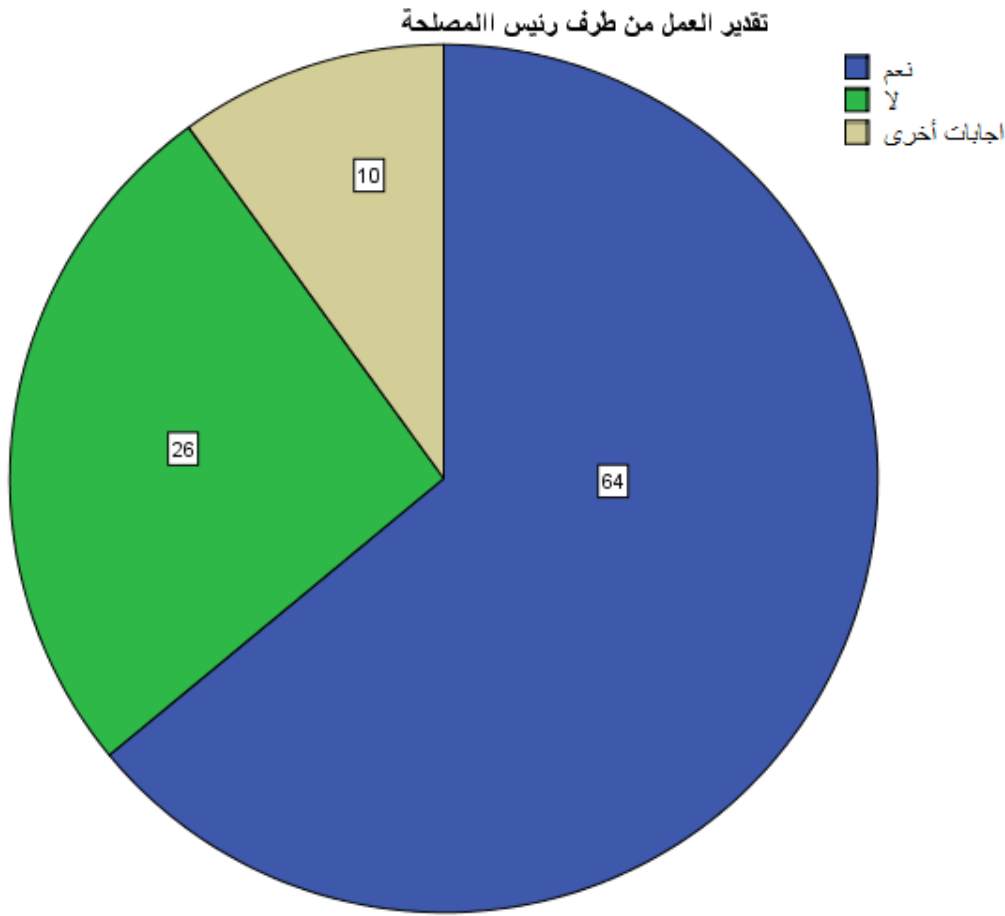
كما لاحظنا أن الأيام التكوينية التي تقام، لا يتم تعميمها على مستوى المصالح، الأمر الذي يجعل المعلومة حكرًا على الشخص الذي استفاد من التكوين.

الفرع الثالث : التحفيز المعنوي

إن التحفيز المعنوي يلعب دوراً مهماً في انجاز المهام فإن تقدير العمل من طرف الرئيس يمنح تشجيعاً للعامل على مواصلة المهام وتأديتها على أحسن وجه، فكلما أثق فيك أو أتكلم عليك، كافية للتأثير على العامل بتحسين أدائه.

فأهداف العاملين تختلف فهناك من يريد أن يصل أهدافه الخاصة منها بتطوير المهارات أو بالعلاج وتطويره والاستفادة من الخبرة إلا أن هناك حواجز مادية وأكثرها معنوية تعترضه، ومنها عدم التقدير وعدم العدل بين الفريق الواحد الذي يخلق روح التنافسية السلبية بين المستخدمين وروح الاتكالية، عدم التقدير يقلل من روح المبادرة لدى العاملين ويؤدي إلى التقوقع حول العمل الروتيني بدلاً من البحث عن أفق أخرى يظهر تأثيرها حتى على العلاقة بين الطبيب والمريض.

شكل رقم (70): تقدير العمل من طرف رئيس المصلحة



نسبة معتبرة تبين تقدير العمل من طرف رئيس المصلحة وهو مؤشر جيد على أداء المهام وعلى العلاقات في فريق العمل.

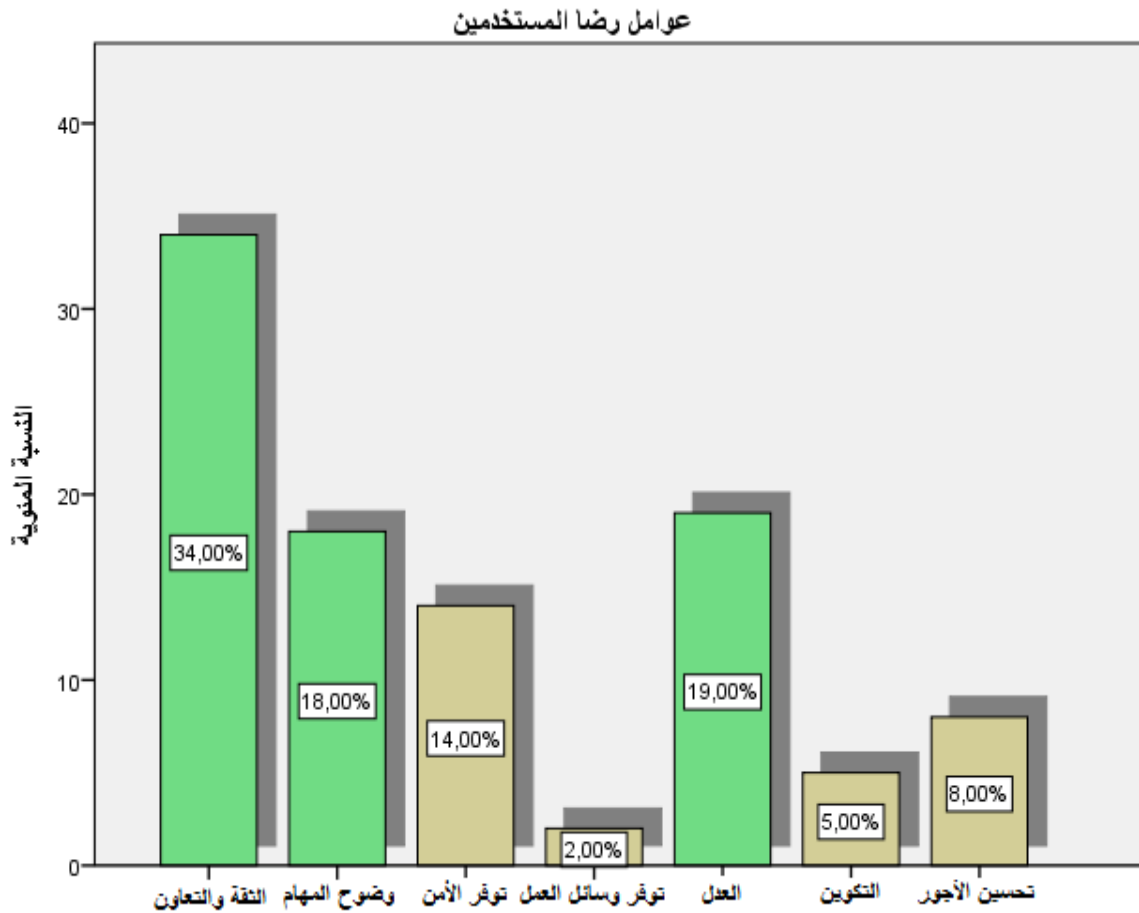
ولكن وبشكل عام فإن تقدير العاملين قد لا يخضع دائما إلى شروط موضوعية ولا يعتمد على أداء المهام الموكلة بقدر ما يتعلق بدرجة الولاء والإطراء وجلب الأخبار خاصة في ظل غياب معايير موضوعية لأداء المهام.

كما أنه أحيانا وحفاظا على توازن القوى، العناصر التي تثير البلبلة يتم تهدئتها من طرف الإدارة للتحكم بها وبالأطراف اللصيقة بها بالترقية أو ووعد بالترقية، وهنا يبدأ الجيل الجديد برسم علاقاته طبقا لهذا النموذج والذي يوصله إلى أهدافه.

بالإضافة إلى أن العاملين يخافون إظهار مهاراتهم الكاملة خوفا من عدم ترقيةهم واحتياج المسؤولين الدائم لهم والاعتماد الكلي عليهم، بل يخافون من عدم منحهم للعطل في الوقت الذي يريدونه، بالإضافة إلى عدم اقتراحهم مناصب مسؤولية لنفس السبب.

ومن خلال دراسة العوامل الحقيقية التي تحفز المستخدمين، تتمثل حسب العناصر التالية:

شكل رقم (71): عوامل رضا المستخدمين



نلاحظ أن أهم عامل يشعر المستخدمين بالارتياح في العمل هو توفر علاقات الثقة والتعاون ثم العدل وبدرجة أقل منها التقسيم الواضح للمهام والأمن، أكثر من باقي العوامل، في الفترة الأخيرة زادت روح الأنانية وتفضيل المصالح بين العاملين بقوة ربما يعود إلى أزمة مجتمع بأكمله على حساب ارساء التعاون و تقاليد العمل و الذيظهر جليا من خلال النتائج في عدم و جود التعاون الآلي في أغلب الاحيان و بتدخل الادارة في حين كان يمكن أن تكون العلاقات أكثر مرونة ، بالرغم من وجود مرونة في الاستخلاف بين العاملين ، وهو يعبر عن جذور البيروقراطية التي يتبناها الأفراد في

تقسيم العمل المتطرف على حساب التعددية في انجاز المهام والتعاون ضمن الفريق الواحد أو بين المصالح الاستشفائية .

إن فكرة المسيرين دائما ما تنصب حول التحفيزات المادية و التجهيزات أكثر من تدعيم العلاقات المعنوية والتعاون بين أفراد المستخدمين على عكس ما يراه المستخدمون بأن التعاون هو أكثر عامل يشعره بالراحة في العمل وبعده بدرجات متقاربة يأتي العدل والأمن ، الإحساس بعدم العدل بدلا من أن تحفز الإنتاج و على أداء الأعمال حسب الأهداف المنشودة ، فإنها توزع عشوائيا ما يشجع على التقاعس في أداء المهام و عدم معاقبة المخطئين ، وهذا ما يؤدي إلى لجوء العاملين إلى عوامل تحفيزية عرفية فيما بينهم كتقسيم ساعات العمل وعدم اظهار كامل القدرات لعدم استغلالهم من أجل حماية أنفسهم و تقدير مجهوداتهم بطريقتهم الخاصة.

ولقد ختمنا دراستنا التطبيقية بسؤال عام من خلاله نعرض الاقتراحات المقدمة من طرف المستخدمين لتقريب المرضى من المؤسسة الاستشفائية والمتمثلة في:

- التوعية الصحية والقيام بحملات تحسيسية للمواطن وتوفير الاتصال لتعريف المواطن ما يعانيه المرضى.
- المعاملة الجيدة مع المرضى؛
- النظام وتصنيف الأولويات؛
- الثقة والمصادقية مع المريض؛
- التسيير الجيد وتقدير الاحتياجات؛
- حماية العامل من المخاطر وتقديره؛
- إعطاء اعتبار للقابلية؛
- تقدير ظروف العامل؛
- التكوين؛
- تحسين ظروف العمل.

نتائج الفرضية الثالثة

بعد تحليل الإجابات المتعلقة بالاستبيان والملاحظات استخلصنا النتائج التالية:

1- علاقة المستخدمين مع الإدارة:

لاحظنا نقص الثقة الواضح بين الإدارة والمستخدمين الأمر الذي يعتبر خللاً تنظيمياً سواء كان ذلك ضمن التسيير اليومي وبصورة أكبر ضمن مجريات التغيير، ذلك أن إقامة تغيير حقيقي يجب أن يظهر على سلوك الأفراد من خلال التعاملات اليومية وفي التعامل مع المواطن والمرضى أو في العلاقات بينهم، بحيث تدمج عملية التغيير بطريقة سلسلة.

وهذه الآلية تفرض وجودها أكثر خلال التنظيمات الصحية لأسباب تتعلق بميكلها التنظيمي المعقد ولكثرة القرارات التقنية، فمهما بلغت درجة الرقابة على أداء النشاط يصعب تحديد مكان المسؤولية في أي مستوى من المستويات وعلى مستوى أي سلك من الأسلاك، فذلك يعتمد على اتصال قوي والإدارة بالمشاركة وعلى توطيد علاقات الثقة بين الإدارة وباقي الأفراد.

فلا يمكن إقامة التغيير دون إرساء الثقة، خاصة في التنظيمات البيروقراطية أين تكثر العراقيل المفتعلة وتأخذ عدم الثقة مظاهر وأبعاد منها إثارة البلبلة وإعطاء معلومات خاطئة ومقاومة كبيرة للتغيير وصلت إلى حد العنف بين المرضى والمستخدمين وما زاد من هذا الاختلال هو:

- نقص التكفل بالانشغالات المستخدمين والاستماع إليهم، كما أن أغلب الانشغالات لا تعبر عن المشاكل الحقيقية بقدر ما تتعلق بالانشغالات التي أصلها نزاعات، وبالرغم من وجود ضغط كبير على الإدارة وثقل الإجراءات الإدارية والبيروقراطية مع البيئة الخارجية من جهة وعدم تنظيم المعلومات داخلياً وعوامل العرقلة الذي يسبب عدم التكفل بالانشغالات، عدم تفهم مشاكل المستخدمين يرجع أساساً إلى ضعف التواصل الداخلي الذي جعل المستخدمين غير مندمجين في حقيقة المشاكل اليومية التي تعاني منها المؤسسة الممثلة في الإدارة ولا في حقيقة عملية التغيير التي يعدوا جزءاً منها، كل هذه الاختلالات في التواصل جعل المستخدمين يندفعون نحو العلاقات غير الرسمية وتوسيع السلطة غير الرسمية على حساب السلطة الرسمية وتشكيل أهداف موازية وقوانين خاصة ونشأة مظاهر مختلفة لمقاومة التغيير يصبح عدم التحكم فيها أمراً صعباً.

- وجود المجالس الإدارية والطبية كهيئات إدارية واستشارية في حياة المنظمة المفروض أن يساعد على اتخاذ قرارات موضوعية وعقلانية من أجل عدم تبذير الموارد وتوجيهها نحو الأهداف المرجوة،

وأنتكون مرافقة لعملية التغيير ، بحكم تشكيلتها القانونية و مهامها إلا أنه واقعيادورها لا يتعدى التصويت على أرقام الميزانية و مناقشة مشاكل المناوبة وشخصنة العلاقات وعدم الالتزام الحيادية في التعامل مع المصالح الاستشفائية ، وعدم التطرق إلى العلاقة بين المواطن و التنظيمات الاستشفائية و تحسين الخدمات الصحية ، وبعيدة عن واقع المريض والمستخدمين ولم تستطع تغطية المشاكل التقنية ضمن مسار العلاج، حتى مع وجود ممثل للجمعيات المرضى ضمن التشكيلة.

2- الجانب التنظيمي والعلاقات:

أهم المشاكل التنظيمية التي تؤثر على فعالية الخدمات تمثلت في:

- نقص الأمن خاصة لدى السلك الطبي حتى إبرام عقود مع الشركات الخاصة لم يستطع حل هذا المشكل خاصة في ظل تزايد التعبير بالعنف وغياب التنظيم وتصحر اليد العاملة المتعلقة بالعمال المهنيين التي عرفها القطاع الصحي في السنوات الأخيرة.

- مازال العامل يعاني من نقص الإمكانيات بالرغم من تزويد المؤسسات بميزانيات كبيرة وحل مشكل الاحتكار، إلا أن عدم التكيف مع الاحتياجات وعدم التسيير الموضوعي القائم على دراسة الاحتياجات والأولويات واستغلال الوسائل التسييرية الحديثة وعدم وعي الأفراد بأهمية النفقات واستغلالها موضوعيا ساهم في زيادة النفقات الصحية دون الوصول إلى تحسين الخدمات وعدم كفاية الموارد كما أن سيادة منطق العروشية والشخصية وكذا القرارات الفجائية من الوصاية أو المجالس المنتخبة ساهم في سوء توجيهها.

- تداخل الصلاحيات الذي يعتبره المستخدمون من بين أهم المشاكل التي ساهمت في ضعف التكفل بالعلاج وساهم إلى حد كبير في إثارة الفوضى في أداء المهام وظهور النزاعات وعدم تحديد المسؤولية، تداخل في الصلاحيات يأخذ مظاهر متعددة منها بين السلك الطبي والسلك شبه الطبي، بين المرضى في العلاج والمتخصصين في الأشعة، بين المرضى المؤهلين وبين مساعدي تمريض والمرضى الحاصلين على شهادة الدولة، بين العمال الدائمين والمؤقتين.

هذا التداخل زاد من التكتلات غير الرسمية والبحث عن إنشاء نقابات متفرعة حسب كل تخصص وحسب كل رتبة، والانضمام إليها من طرف المستخدمين بهدف البحث عن حدود عملهم وحماية حقوقهم، هذا التدفق والتفتح على النقابات وبين حادثاتها وأهداف بعضها البحث عن السيطرة ساهم في التدخل في الشؤون الإدارية والذي يعتبر تداخلا في الصلاحيات أخذ منح

تصاعديا وعميقا باعتباره متعلقا بالقرارات الاستراتيجية للمؤسسة، غابت مع هذا التدفق كثير من تقاليد العمل واحترام السلم الإداري.

التداخل في الصلاحيات بأشكاله المختلفة جعل من ازدياد العمال بدلا من أن يحل مشاكل التغطية الصحية فإنه أدى في أغلب الحالات إلى التقسيم المتطرف للعمل من طرف الأفراد تقسيما إراديا غير رسمي ونمو روح الاتكالية بين العمال بدلا من التعددية في انجاز المهام والبطء في تقديم الخدمات وتأصل البيروقراطية، ويظهر هذا الخلل الأكبر في حال الغياب والعطل مما يؤثر على النوعية في تقديم الخدمات ويطرح مشكل المسؤولية الطبية والقانونية.

والضغط الذي يعاني منه المستخدمون أثناء العمل أسبابه تنظيمية أكثر من نقص المستخدمين، بالرغم من أن المؤسسة مازالت تعاني من نقص الأطباء الأخصائيين، والمرضين المتخصصين مثل مشغلي الأشعة، إلا أن غياب تقدير الاحتياجات عدم التخطيط المسبق لجدول المناوبة والعطل وما زاد الأمر صعوبة هو طبيعة العمل في حد ذاته وإيداع العطل المرضية المفاجئة وسوء تنسيق بين المصالح، فالعمل يكاد يكون وفق التسيير بالأزمات دون تسيير وقائي لتفادي الوقوع في الأخطاء خاصة أثناء المناوبات الليلية.

فيما يخص طبيعة العلاقات ومدى تكيفها مع طابع التغيير فقد لاحظنا:

- العلاقات تفتقر إلى التعاون، ما أدى إلى التنافس السلبي بين المستخدمين بالمصالح الاستشفائية فيما بينهم ركود العلاقات وزيادة العراقيل وروح الإهمال، وعدم التطور المهني للأفراد خاصة أن المؤسسة تعرف معدلا ضعيفا لدوران المستخدمين، إذ لا يمكن أن نحل مشاكل التنظيمات البيروقراطية وتشابك العلاقات المعروفة لدى التنظيمات الاستشفائية ما لم نخلق روح التعاون بين فرق العمل ليس في المصلحة الاستشفائية الواحدة ولكن أيضا بين المصالح الاستشفائية والتقنية وتفعيل كافة الوسائل التسييرية التي تدعم هذا المناخ.

- وجود روح استقلالية كبيرة لدى الأفراد هو مؤشر جيد، تحتاج إلى تنميتها وتنظيمها ضمن أهداف التغيير التنظيمي.

- العمال يفضلون الطرق غير الرسمية في التعامل منها الاستخلاف، تسلم المهام بدلا من إتباع الطرق الإدارية ما يطرح مشكل الانضباط والمسؤولية القانونية وتحديد المهام وفوضى في تحديد المهام والتنسيق.

- يواجه المستخدمون العديد من المشاكل بين المصالح الاستشفائية والتقنية وأهمها إرسال المرضى دون إقامة التحاليل اللازمة والأشعة والاعتناء بملفهم الطبي ما ينقص من نوعية الخدمات، ويؤدي إلى ظهور النزاعات بين المصالح وسوء تنسيق سوء تحديد المهام وسيادة روح الاتكال واللامبالاة، بالإضافة إلى عدم المبادرة بإعطاء استشارات للمريض محددة مسبقا لتفادي تكرار مجيء المريض للاستفسار أو للعلاج أو وثائق تسهل المهام بين المصالح الاستشفائية.

- أصبح الاتجاه تدريجيا للعلاقات الكتابية أثناء العلاج بين الأطباء والمرضى في ظل تصاعد وعي المرضى والخوف من المسؤولية القضائية.

- العلاقات ليست قائمة على الاحترام الكلي للقوانين بقدر ما هي قائمة على شبكات العلاقات الاجتماعية وسيطرة علاقات القرابة حتى في تغطية الخلافات، بالإضافة إلى وجود السلطة الحقيقية ضمن شبكة العلاقات التي تدير الأفراد، وسيطرة السلطة الكاريزماتية لدى بعض المرضى باعتبار عددهم المعتبر وباعتبارهم أبناء المنطقة.

- لا وجود لعناصر كتابية للمهام أو مصلحة تعبر عن تدعيم الاتصال الداخلي داخل المؤسسة.

3-تسيير الموارد البشرية والتحفيز:

من دعائم التغيير إقامة تسيير الموارد البشرية لتحديد الاحتياجات والأولويات وسياسة تحفيزية ترافق عملية التغيير، إلا أنه واقعيًا فإن فكرة تسيير المستخدمين هي السائدة من خلال النقائص التالية:

- غياب رؤية استراتيجية للتوظيف حسب الاحتياجات، حيث تتم بصفة عشوائية في بعض الأحيان، يتم التفكير في الهيكل غالبًا أو التوظيف ثم التفكير في مكان التعيين دون دراسة ومناقشة الاحتياجات في مجال التوظيف ودراسة الأولويات على حسب عدد النشاطات الاستشفائية وتقديرها مستقبلا.

- سوء تسيير الغياب سواء في نسبة الغياب الكبيرة المسجلة أو في تسييرها بطريقة غير عادلة والذي يعتبر مؤشرا قويا عن الخلل التنظيمي وعلى التوازن الاجتماعي ضمن المؤسسة وهو يعبر عن مقاومة التغيير.

- نسبة الغياب الكبيرة التي سجلت مع اختلافها بين الأسلاك ترجع إلى التعرض إلى أشكال عديدة في العلاقات بين المصالح وفي العلاجات الاصطدام مع عدة سلوكيات، الجهد الفيزيائي والنفسي وازدياد نسبة المرض ونوع المرض بازدياد الحالات المستعصية التي تتطلب جهدا، ضرورة تقييد الإجراءات والاختلاف في طرق التكفل بالعلاج، التفتح على القطاع الخاص، الأمر الذي جعل التعلق بالقطاع

العام أقل وقد يرجع إلى التصادم بين التكوين النظري والتطبيقي، سيادة روح الفردانية والمقارنات بين القطاع الخاص والعام.

- عدم العدل في تسيير الغياب أدى إلى ظهور صراعات، استنزاف للطاقات الايجابية بعدم إظهار كامل الكفاءات، الإحساس بالظلم الذي قلل من الطاقة المعنوية والجهود المبذولة لمعالجة المرضى.
- المؤسسة تعاني أيضا من الغياب الخطير المتمثل في حضور العاملين بدون القيام بعمل فقط الحضور لإثارة بلبلة في وسط العاملين ما يشكل إرهاقا لدى المستخدمين المجدين.

- سياسة التحفيز لا ترقى إلى حجم وعمق التغيرات فبالرغم من احترام شروط الترقية وكذا الرضا النسبي الذي يحس به المستخدم عن أداء عمله وتقديره من طرف رئيس المصلحة المباشرة إلا أنها تشهد نقائص جوهرية والمتمثلة في:

- أهم الشروط التي عبر عنها المستخدمون التي تشعرهم بالراحة في العمل تتمثل في الثقة والتعاون والتقسيم الواضح للمهام في حين أن تسيير التحفيز عادة ما يعتمد على الشروط المادية المقيدة بقوانين مركزية، وإهمال الجانب المعنوي والتنظيمي.

- وجود اعتراف وتقدير الجهود من طرف رئيس المصلحة هو أمر إيجابي إلا أنه بشكل عام فإن تقدير المستخدمين يخضع لمعايير شخصية منها الولاء والاحاطة بالمعلومات.

- نمو ظاهرة لدى أوساط العاملين نتيجة لضعف سياسة التحفيز والتي ليست قائمة على العدل وتوزيع المنح حسب النشاطات أو حتى في تسيير الغياب والتي تتمثل في كبت بعض المستخدمين لأفكارهم وجهودهم خوفا من الاتكال الكلي عليهم وإنقاص حقوقهم، فالأشخاص المقربون من السلطة الرسمية وغير الرسمية تستفيد من الامتيازات أما الذي يعمل بجد فإنه يتكل عليه حتى في أيام العطل ولا يتم ترقيته خوفا من فقدان المكانة.

- التكوين بالرغم من دوره في إعطاء دافع إيجابي سواء في خلق حركية بين الأفراد وتبادل الأفكار والخبرات وإثارة قطيعة بين النشاطات والعادات القديمة واكتساب قاعدة معلوماتية في إعطاء الثقة، إلا أن عدم تعميم المعلومات بين العاملين وعدم إرجاعها في حال الاستفادة من تكوين لا يعمم الفائدة إلى كافة المؤسسة، كما أن مواضيع التكوين بعيدة عن واقع التغيرات وأهدافها وحتى التكوين الأصلي بالرغم من الإصلاحات التي بدأت منذ سنوات لم يتم تغيير محتواها حسب أهداف التغيرات.

- مخططات التكوين لا يتم تطبيقها لغياب إرادة حقيقية ولكثرة الإجراءات الإدارية.

4- العلاقة بين المستخدمين والمرضى:

- البيئة الثقافية تلعب دورا كبيرا في إخلال هذه العلاقة بعدم الالتزام بالتعليمات سواء باحترام مواعيد زيارات المرضى أو المتعلقة بالتغذية و الوصفات المقدمة والقواعد المقدمة ، ما يؤدي إلى مشاكل تنظيمية و أزمات في التعامل و ظهور سلوك العنف ، عادة ما يأتي المريض بعدة مرافقين ما يؤدي إلى مشاكل في التكفل و الضغط و مشاكل النظافة الاستشفائية ، ما يقلل الانضباط هوثفادي العنف ، تتأثر هذه العلاقة بعدم الالتزام بتعليمات الطبيب ما يؤدي إلى إرجاع المريض بحالة صحية أسوأ ، عدم الالتزام بالنظام الغذائي وقواعد النظافة سواء من طرف المرضى أو الزوار و مرافقيهم . - نقص الثقة في الخدمات المقدمة يؤدي إلى إخلال هذه العلاقة ورفض بعض التعليمات الوزارية. - نقص الانضباط.

- العلاقة بين المريض والمعالج تتأثر بضغوطات نفسية وتنظيمية فعدم التفاهم بين أعضاء الفريق أو سوء تسيير الفريق له آثار سلبية مباشرة على المريض.

التغييرات التنظيمية بالرغم من زيادة الهياكل و الموارد لم تستطع التكيف مع الاحتياجات الكمية والنوعية والتكيف مع البيئة ، إذ أن العمل بالقطاع الصحي له خصائص بالنسبة للقطاعات الأخرى باعتبار أنه يضمن المداومة ما يحتاج إلى إعادة النظر في الوسائل التسييرية بتدعيمها بالموارد البشرية و تنظيم أوقات العمل ما يناسب التي يكثر فيها نسبة المرضى وعدم وجود نشاط يتكفل بفرز الحالات الاستعجالية و الفحوصات وكذلك عدم التنسيق بين المصالح الاستعجالية و الاستشفائية و المصالح الخاصة بالفحوصات ما يؤدي إلى فوضى في التكفل بالمرضى سواء في الحالات الاستعجالية أو المبرجة، بالإضافة إلى تفهم المشاكل الصحية ذات الأولوية من ناحية التكلفة الاجتماعية والاقتصادية وتبذير للنفقات .

عرف بعض المستخدمين نوعية العلاج بأنها تعني تشخيص جيد واحترام شروط الإنسانية وتوفير الوسائل اللازمة إلا أن أغلب المستخدمين لم يستطيعوا الوصول إلى تعريف لنوعية العلاج وأكثرها كانت سلبية في حين عبر الآخرون بأنه لا يمكن الوصول إليها وهذا يعبر عن عدم وجود سياسة اتصالية للتعريف وإدماج المستخدمين ضمن نوعية العلاج الذي هو في قلب التغييرات التنظيمية الاستشفائية.

أسباب عدم التحصل على نوعية العلاج بالنسبة للمستخدمين لا تبتعد عن العوامل التي تشعرهم بالارتياح مع بعض التغييرات من ناحية الأولوية، إذ يعتبرون أن هناك مشكلا في التنسيق، ولو أنه بالنسبة للتنظيمات الاستشفائية ونمو التخصصات بها فهي تحتاج إلى التعاون والمرونة في أداء المهام والعامل الثاني يتمثل في تداخل الصلاحيات والذي يشكل مشكلا تنظيميا يؤثر على أداء المهام وعلى التكفل الصحيح بالمرضى سواء في تضييع الوقت خاصة في الحالات الحرجة، التشخيص الخاطئ، كثرة النزاعات..

-الاقتراحات لتقريب المرضى من المؤسسة الاستشفائية تمثلت في التوعية الصحية والقيام بحملات تحسيسية للمواطن وتوفير الاتصال لتعريف المواطن ما يعانيه المرضى المعاملة الجيدة مع المرضى والنظام وتصنيف الأولويات التسيير الجيد وتقدير الاحتياجات بالإضافة إلى الثقة والمصادقية مع المريض والمطالبة بحماية العامل من المخاطر وتقدير ظروف العمل وتخفيفه.

هذا التشخيص الذي أحصينا من خلاله المشاكل والأسباب سواء على مستوى الجانب التنظيمي والعلاقات بين المستخدمين والظروف التي يعمل بها المستخدمون خلال التكفل بالمرضى، بينت وجود خلل يبعدهم عن الوصول إلى المفاهيم الجوهرية للتغيرات المتعلقة بتحسين الخدمات الصحية وتحقيق نوعية في العلاج وبأن المؤسسات تسيير وفق تقسيم الي وبيروقراطي في الوقت الذي تريد أن تصل إلى عصرنة الإدارة، وهذا ما يؤكد فرضيتنا بأن المشكلات التنظيمية التي تعاني منها التنظيمات الاستشفائية تعكس التعارض بين البيئة التنظيمية غير مهياة مع التغييرات التي تعرفها

إن الوصول إلى النوعية يتطلب من الإدارة المتابعة المستمرة لمعرفة مصدر المشاكل التنظيمية التي قد تؤثر على معاملة المريض معاملة جيدة، ويتطلب تقديم تحفيز متباين، كما أن التفاهم وتنظيم العمل ضمن الهيئة المعالجة له دور مهم في تقديم صورة ايجابية لدى المريض، إذ أن التحلي بروح المرفق العمومي والتضامن والتعاون عادة ما يكون محفزا لتقديم الأفضل للمريض.

الاستنتاج العام:

إن حقيقة التغيير تحمل العديد من التعقيدات و التي بينت العديد من الاختلالات التنظيمية ولم تكف الجهودات و الموارد البشرية و المادية التي عرفتھا التنظيمات الاستشفائية الوصول إلى الأهداف المبتغاة للتغييرات التنظيمية الاستشفائية ، فمقارنة بالنظريات حول التغييرات التنظيمية الاستشفائية و قواعد عصرنه الادارة فإن التنظيمات تشكو من نقائص تبين عدم تطور مكانة المريض، سواء المتعلقة بالشفافية و الاستقبال تحسين مسار المريض، تحسين شروط التكفل به، وشروط الإقامة وكذا العلاقة التفاعلية التشاركية و تطور حقوقه وذلك يعود إلى سياسة التغيير التي تعتمد على اجراءات وقتية و جزئية دون تعمق و تحضير مسبق استراتيجي يعتمد على تعبئة الموارد حسب الأهمية وعمق هذه التغييرات و كذا الاعتماد على الجانب الشكلي الاجرائي دون الجانب المعنوي الاستراتيجي القائم على سياسة اتصالية تحفيزية.

كما تظهر قوة المقاومة الثقافية وتنوع أساليبها التي تظهر حتى في أبسط اجراءات التغييرات والتي يتبناها المريض من جهة والمستخدمين مهما كانت ربتهم.

المكانة القوية للسلطة غير الرسمية ومدادها ساهم في اضعاف السلطة القانونية وقوة اجراءاتالتغييرات التنظيمية الاستشفائية.

التضارب بين السلطة التقنية والادارية وبين السلطة التقنية والتقنية للمعالجين تجعل مسار المريض سلسلة من العلاقات التفاوضية التي تؤخر التكفل بالمريض.

تناقض التشخيص يظهر ضعف الثقة بين المريض والمعالج ويظهر قوة الطب التقليدي ونقص الوعي وتأثير البيئة الثقافية في نمط هذه العلاقة، مسارالعلاج الذي يتميز بضعف الوصول إلى العلاج وضعف مبدأ التدرج في العلاج وسوء التنسيق بين المؤسسات وعدم وضوح هذا المسار واعطاء معلومات على مراحل للمريض

افتقار العلاقة التشاركية والتفاعلية بين المريض والمعالج، هذه العلاقة تتميز بنقص المعلومات من الطرفين، الاهتمام بالملف الطبي أكثر من الكشف الجيد القائم على المشاركة والتحاور، التحفظ لعدم تجاوز الحدود المرسومة وعدم تقدير الجهود المبذولة والمشاكل التي يواجهها المعالج من جهة أخرى.

عدم وجود هيئة خارجية لتقييم الاجراءات النوعية على الأقل المتعلقة بتحسين الاستقبال في الوقت الحالي والتداخل في المهام ساهم في خلق فوضى في أداء المهام العلاجية، استعمال ميكانيزمات البيروقراطية واستغلال المناطق الشك من طرف المستخدمين داخل المسار العلاجي، ساهم في التأخر في انجاز المهام حتى مع ارتفاع الموارد البشرية.

لم تؤد الجمعيات والمجتمع المدني والمجالس المنتخبة دورها في تقريب العلاقة بين التنظيمات الاستشفائية والمريض.

إن اتخاذ القرارات داخل التنظيمات الاستشفائية أثبتت صعوبتها وأن الوصول إلى العقلانية أمر أصعب حيث أن استعمال ميكانيزمات البيروقراطية والتجاذب بين السلطة الرسمية وغير الرسمية يحد منها، اعتراف المسيرين بالنقائص الموجودة يؤكد الهوة الموجودة بين التنظيمات والمريض وعدم القدرة إلى الوصول إلى تغيير صورة المريض والنظرة المسبقة عن التنظيمات الاستشفائية مهما بذلت من جهود. ونقص ثقافة الأرقام والمعلومة التي لا تعطى لها أهمية كبيرة والتي لا يهتم بها من طرف التقنيين تكاد تكون هناك لغة غير أكيدة، كما أن الأرقام والاحصاءات تخضع للتغيير خاصة ما إذا تعلق الأمر بالتقييم من طرف السلطات المركزية.

القرارات التي يتخذها المسير ليست طبقاً لمؤشرات وإنما أغلبها تتخذ لتفادي النزاعات والخوف من فقدان التوازن الاجتماعي وفقدان مكانة وخاصة في ظل عدم التعاون الإيجابي للهيئات الاستشارية التقنية.

ثقل الاجراءات الادارية والتعامل مع التنظيمات الصحية مثل باقي المؤسسات في تسوية الاجراءات الادارية والتناقض في تفسير النصوص القانونية، يعتبر في حد ذاته عرقلة للإجراءات ولسير المؤسسة وبالتأثير المباشر على نوعية العلاج وعلى المريض منها المتعلقة بالأدوية والاطعام وغيرها من اجراءات التموين.

وجود مقاومة كبيرة بين مختلف الرتب و استعمال البيروقراطية بأشكالها المختلفة ، احترام الاجراءات بدلا من النتائج ،استغلال ندرة الموارد و الاستعجالية لإضعاف السلطة القانونية ، ضعف الرقابة على النشاطات التقنية والتحجج بنوعية معينة في التجهيزات المستويات التقنية الوسيطة والمشرفين على الهيئات تسعى إلى توسيع رقعتها ضمن الجماعات والتي تجلب لهم سلطة أقوى من الاعتماد على المعايير الموضوعية.

الفصل التاسع: تجليات التعارض بين البيئة التنظيمية وسياسة التغيير

قوة الجماعات ضمن المصالح تظهر مقاومة حتى في تحويل المستخدمين و رسم استراتيجيات مستقبلية لرفض التغييرات ،اقامة التحالفات مع المحيط الخارجي خاصة في ظل علاقات القرابة والعروضية ، يجعل المسير يبحث داخل هذه العلاقات للبحث عن مكانته و غلبة القرارات الروتينية نظرا لوجود ثقافة التقرب إلى المسير لطرح المشاكل غير الحقيقية و حلها بالطريقة التي يراها الفاعل تناسبه وكذلك التهرب من المسؤولية يجعل المشاكل تمر بين مختلف درجات السلم الاداري ككرة بينهم دون حلها الحل الموضوعي و تشكل عبئا و تشكيل شكلا من أشكال المركزية البيروقراطية .

اجراء اتفاقات داخلية غير رسمية لتوسع رقعة التفاوض خاصة في ظل تعقد التنظيمات وصعوبة تحصيل المعلومات مما يحرف القرارات عن أهدافها.

تعدد النقابات خلق جوا من التنازع في الأحقية في اتخاذ القرار وتجاوز المهام المحددة لهم والتدخل في المهام القانونية للمسير.

التعامل مع المسيرين من طرف الادارة المركزية وفقا لآلية التفتيش بدلا من التقييم والمراقبة، تجعل العلاقة تفتقر إلى المصادقية وعدم الاحساس بالأمان بالإضافة إلى عدم التكيف مع الاحتياجات.

كما استنتجنا إلى أن المشكلات التنظيمية التي يعاني منها المستخدمون الطبيون و الاداريون وشبه الطبيين والتي ترجع أساسا الى عدم الاعتماد على الادارة بالمشاركة و سياسة اتصالية وتحفيزية ما شجع الأفراد حول الالتفاف حول الجماعات غير الرسمية من أجل فرض السلطة وإيجاد سبل للحماية ، الادارة بالأزمات التي تتحكم في اعطاء أبعاد و علاقات جديدة ضمن العلاقات إلى غاية ظهور أزمات جديدة تفرض علاقات أخرى تعتمد على غلبة العلاقات الكتابية و الابتعاد عن الثقة في المعاملات و في نفس الوقت اجراء التحالفات لضمان الحقوق في حال المسؤولية ،وما ساعد على ذلك عدم وضوح المهام وتداخل المهام الذي أخذ أبعادا متنوعة بين السلك الشبه الطبي و الطبي و بين مرافق المرضى و بين الممرض في الاعتناء بالمرضى و بين رتب الشبه الطبي

غياب علاقات التعاون والاتصال الأفقي ساهم في تنميط العلاقات والدخول في روتين التنظيمات والتقسيم المتطرف للعمل مع زيادة عدد المستخدمين من أجل التكفل بالمرضى، مما يعطي بأنه تسيير بيروقراطي بتغيير حديث، وتحسيد الروتين الذي يظهر في معدل دوران المستخدمين الضعيف والمشاكل بين المصالح فيما يخص التوجيه والتنسيق، وعدم استغلال الاستقلالية وعلاقات غير الرسمية لتمرير أهداف التغييرات.

كما أن سياسة التحفيز وتسيير الموارد البشرية التي مازالت تسيير وفق تسيير المستخدمينا ترقى إلى مستوى خدمة أهداف التغييرات التنظيمية فعدم العدل خاصة في تسيير الغياب أدى إلى اخفاء الأفراد لكفاءتهم وسيرهم وفق نمطيضمن مصالحهم ووفق حد معين للخدمات لا يتعارض مع مبدأ الجماعات مادام أن الذي يعمل ليس له امتيازات مقابل الذي يخلق مشاكل وجعل العاملين يخلقون أطرا عرفية للعمل تتوافق مع ميولاتهم كتحفيز آليضمن حقوقهم من جهة ويضمن استكمالهم للمهام المنوطة لهم.

ولهذا فإنه يصعب تنفيذ تغييرات في بيئة تتجسد فيها مظاهر البيروقراطية وتكثر فيها مناطق الشك والمناورة.

خاتمة

خاتمة

إن دراستنا تعتبر دراسة نوعية شهدت مختلف مراحل التغييرات التنظيمية منذ الشروع بها بمختلف تفاعلاتها وللواقع التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة، وهي فترة سمحت لنا بإعطاء تصورات عن طبيعة وكيفية التعامل مع هذه التغييرات، وعن تفاعل البيئة الداخلية والخارجية باستعمال الأدوات المنهجية المتنوعة الموجهة للمريض والمستخدمين بمختلف رتبهم وللمسيرين للوقوف على حقيقة التغيير بمختلف جوانبه.

لقد حاولنا الامام بكافة عناصر التغيير التنظيمي بتعاريفه المختلفة و بمقاومة التغيير، كما وقفنا على أهم التطورات التاريخية والنظرية والامبريقية التي ساهمت في تجسيد صورة المؤسسة الحديثة وعلى شروط التغيير التنظيمي وطموحات التنظيمات المعاصرة في تحقيق نوعية الخدمات و الفعالية في التسيير، وكيف ساهمت التحولات في التلاحم بين علم الادارة وسوسيولوجيا التنظيمات و تطورها بإيجاد الحلول حول الإنتاجية و في اثراء المدارس والنظريات و الدراسات الامبريقية ، ومساهمة الحركات التحررية والنقابية في تكوين فكرة المواطنة وحقوق العمال، وظهورهم كفاعلين ، حيث أصبح من شروط التغيير التنظيمي المعاصر الاعتماد على المداخل القائمة على المشاركة لضمان تعبئة ومشاركة الأفراد ضمن مشروع مشترك وعلى التفاوض مراعاة لاستراتيجية الفاعل التي تكلم عنها كروزي في تكوين الأفراد لاستراتيجيات حسب منافعهم، وبأن الأفراد يمكنهم استنباط قواعد بيروقراطية من طرف التنظيم قد تكون مخالفة لقيم التنظيمات، حسب ميرتون.

بالإضافة إلى التعرف علمظاهر البيروقراطية وأنواعها ومفهوم القرارات وأنواعها التي تتماشى مع التغييرات المعاصرة، تكون مع التطورات تصورا سوسيولوجيا جديدا للتنظيمات الاستشفائية يتميز باحتلالها لمكانة اجتماعية مهمة، قربها للمواطن، وجعل المريض فاعلا حقيقيا ومستقلا ومشاركا عن طريق الهيئات والجمعيات، وهذا التطور أدى الى انخفاض الرمزية واضمحلال العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج، حيث أصبح تغير مرتبطة بالمكان وضمها لمختلف المقاربات الصحية ذات الطبيعة الاجتماعية والاقتصادية والبيولوجية.

التنظيمات الاستشفائية مع التطور اكتسبت تعقيدا وتقسима متطرفا أصبحت فيه المنافسة بين السلطة الإدارية والتقنية وأمر التنسيق أمراً عقداً، ولهذا فإنه تم اقتراح حلول سوسيولوجية في تجسيد معنى التعاون بدلا من التنسيق وفكرة تهمين المورد البشري.

في ظل هذه التحولات، فإن النظام الصحي الجزائري بالإضافة إلى خصوصيته التي تشكل عائقا أمام التغييرات فيما يخص الازدواجية الابدميولوجية ، فإن التغييرات عرفت خللا تنظيميا بارزا في تسييرها ، الذي يعود من الناحية الاستراتيجية إلى أن هيئة الوصاية لا تعتمد في اتخاذ القرارات على الجانب الوقائي و ضعف ثقافة الأرقام و الخوف من إعطاء المعلومات ، عدم وجود قاعدة بيانية طبية و تقنية ، وضعف التربية الصحية و ضعف الرقابة على القطاع الخاص، عدم التوازن في التعامل بين القطاعين ، التعامل مع التغييرات بنفس المشاركين وبقوائم محددة لا تسمح باستخراج مشاركة فعلية حقيقية سواء للمشاكل الحقيقية أو اقتراح الحلول التي تضمن قابلية تطبيقها ميدانيا.

لم تتكيف التغييرات التنظيمية الاستشفائية مع الواقع التنظيمي للمؤسسات ولا مع واقع المريض وما يعيشه خاصة في المناطق التي تعاني من الأمراض البدائية، سواء من خلال دراسات كيفية ونوعية وإقامة سياسة تخطيطية مبنية على مؤشرات موضوعية متعلقة بالتغطية الصحية وعلى توجيه الموارد والهياكل والتجهيزات طبقا لمعايير موضوعية وهذا الذي جعل الكثير من التعليمات مستحيلة التطبيق أو تطبق شكليا.

ارتباط بعض الإجراءات بسياسة الوزراء الذين تداولوا على الوزارة جعلها تتأرجح بين التطبيق وتوقيفها وإعادة بطرقة جديدة، ما أفقدت أغلب التعليمات هدفها الجوهرى كما أن بقاء المركزية في التسيير، فالتسهيل في بعض الإجراءات لم يبلغ طرقة التسيير مع التنظيمات بطرقة مركزية وقائمة على التفتيش بدلا من التقييم والمراقبة ورسم خارطة لتقييم الاحتياجات ورسم الأهداف وعدم القدرة على تقييس وتحيين تكاليف النشاطات، الأمر الذي أدى الى صعوبة ارساء معايير موضوعية كما أن القرارات تتخذ بطرقة جزافية وغير عميقة ونتيجة لأزمات أحيانا لتهدة الرأي العام بدلا من البحث عن مصادر المشاكل وتحسين شروط العمل والتحضير للتنسيق بين القطاعات المعنية.

وعلى مستوى التنظيمات الاستشفائية تظهر بعدم تطور مكانة المريض بما تقتضيه قواعد تحديث التنظيمات، حيث يظهر جليا الفراغ بين المفاهيم النظرية والواقع التنظيمي، التي تظهر المقاومة الثقافية التي ينتهجها الأفراد واستعمال الميكانيزمات البيروقراطية وإلى قوة علاقات السلطة التقنية- التقنية والسلطة التقنية-الإدارية أكثر من باقي العوامل المتعلقة بالنقائص، التناقض في التشخيص الذي يدخل المريض في متاهات البحث عن القرار الصائب ما يستنزف جهدا وطاقة تتخللها لحظات يأس قد تؤدي إلى ترك العلاج أو تفاقم الحالة الصحية، التناقض وكثرة الإجراءات يدعم الاتجاه نحو زيارة الطب الشعبي وتجرب وصفات مرضى آخرين، خاصة في ظل تأثير البيئة الثقافية.

عدم احترام مبدأ التدرج في العلاج وعدم وضوح مسار المريض، سواء عن طريق إجراءات ومبادرات داخلية لتنظيم هذا المسار أو عن طريق هيئات خارجية متخصصة يتم من خلالها تقييم النوعية ووضع إجراءات نموذجية لتسهيل مسار المريض، إعلام المريض يتم تدريجيا بالإجراءات وعلى مراحل يبين تأصل البيروقراطية السلبية، فالمريض عادة لا يعرف ما هي الإجراءات التي يجب عليه القيام بها منذ البداية وإنما يتم إعلامه بطريقة غير وافية على مراحل.

كما أن العلاقة بين المؤسسة و المريض تفتقر إلى الجانب التشاركي التفاعلي حيث تظهر سيادة العلاقة الأبوية الصارمة بين الطبيب والمريض ، حتى في الحالات غير الحرجة و الاستعجالية وتفتقر إلى إعطاء المعلومات الكافية أثناء العلاج من الطرفين ، ووجود تخوفي أغلب الأحيان لدى الأطباء لفتح مجال الحوار بينه وبين المريض للدفاع عن العلاقة الأبوية ، البيئة الثقافية تسهم في إضعاف العلاقة التشاركية ، فالمعالج يهتم برسم خيوط العلاج أكثر من الإصغاء إلى المريض وشرح حالته الصحية ، والتعامل مع الملف الطبي أكثر من جانب العلاقات، هذه العلاقة تخضع لمعطيات بيئة بيروقراطية خلال مسار العلاج تتأثر ليس فقط بالشروط التنظيمية وشروط العمل المتعلقة بالإمكانات، ولكن أيضا بشبكة العلاقات غير الرسمية وكذا العراقيل المفتعلة التي تجعل سلطة الطبيب أمام المريض في محل ضعف يحاول إخفاءها بطلب اجراءات أخرى كالتحويل أو إعادة توجيه.

بالنسبة لدور المريض كفاعل، فإن البيئة الخارجية والداخلية ليست مستعدة بما يكفي في الوقت الحاضر لهذا التغيير، بالإضافة إلى أن حداثة وتفتح المجتمع على الجمعيات والتي البعض منها تفتقر إلى الوعي بدورها الاستراتيجي بينها وبين المؤسسة كهمزة وصل في تلبية احتياجات المرضى وإقامة

مشاركة حقيقية، مما أدى إلى إحداث هوة بينها وبين المرضى في نقل ما يعانيه المريض فعليا من جهة، وعدم تفهم المشاكل والأولويات التقنية للمؤسسة من جهة أخرى.

ومن الصعوبات أيضا التي تواجهها التنظيمات و يواجهها المسير في اتخاذ القرارات، هو المقاومة الشديدة الناتجة عن التجاذب بين السلطات التي تؤثر على عقلانية القرارات ، حيث أن المسير لا يملك زمام القرار كله، فالقرار هو عبارة عن مجموعة من قرارات الفاعلين الفاصلة و الجزئية والتي ترتبط فيما بينها ترابطا بحيث أن أبسط قرار له تأثير على باقي القرارات ، الذين لهم سلطة أقوى في فرض القرارات و تحريف القرارات الرسمية من خلال التحكم في ميكانيزمات البيروقراطية والتي من مظاهرها التجاذب بين السلطة التقنية المهنية و بين السلطة القانونية والتي تستعمل لتحديد عدد المرضى، استغلال اللغة التقنية لفرض إجراءات غير قانونية ، واستغلالها للتهرب من الرقابة أو للتهرب من ضغط العمل واستعمال وسائل كالتعلل بعدم وجود موارد نوعية عالية الدقة ، طلب موارد تعجيزية، ندرة بعض الأسلاك و التخصصات المهنية ما يؤدي إلى إقامة علاقات تفاوضية والتقليل من الصرامة في القرارات ويؤثر على نوعية الخدمات، الأمر يزداد صعوبة في ظل غلبة السلطة غير الرسمية لمداها القوي و كذلك لعدم تمييز مكان من الضعف أو الخطأ خلال هذه السيرة أو تحديد المسؤولية بسهولة ، كما أن التعبير عن المشاكل غير الحقيقية للحصول على مكانة واختلاق مشكل وحله بالطريقة التي يراها صاحب المشكل ، استغلال صعوبة اجراء الرقابة على النشاطات التقنية.

قوة الفاعلين تؤثر سلبا حين يتعلق الأمر بتدخلات غير موضوعية وبعيدة عن واقع التنظيمات، ولهذا فإن القرارات لا تتخذ طبقا لمعايير علمية موضوعية بقدر ما تتخذ تفاديا لحصول نزاعات وعدم إثارة المشاكل مع الفاعلين داخليا وخارجيا، إرساء قواعد التسيير الحديثة لم تستغل نظرا لنقص ثقافة التقييم وعدم تغيير في الثقافة المترسبة والتأصل البيروقراطي عند كل المستويات وخاصة عند المستويات التي يعول عليها في إقناع وتوسيع دائرة المعلومات وتغيير السلوكات.

طبيعة العلاقات بين المستخدمين غير مبنية على التعاون تؤكد الخلفية البيروقراطية، وبمعدل دوران ضعيف بالرغم من أن التعاون في العلاقات يعتبر الطريقة المثلى في التعامل ضمن التنظيمات العنقودية و في مواجهة كبر وتوسع التخصصات الطبية وشبه الطبية ، الأمر الذي جعل التنظيمات تركز بدلا من أن تتغير، و قد دعم ذلك تحول في العلاقات في السنوات الأخيرة نحو الفردانية والخوف من تحمل المسؤولية القانونية بين الأسلاك المختلفة من أجل توسيع رقعة الحماية كعامل من عوامل

فرض السلطة ، بالرغم من زيادة الموارد البشرية و المادية إلا أن ذلك لم ينتج تطورا في العلاقات التي عرفت نمو روح الاتكالية والتقسيم المتطرف للعمل وظهور المنافسة السلبية واحتكار المعلومات واحتباسها.

الحلقة المفرغة التي يدخل فيها المسير مع المصالح الخارجية خاصة مع مصالح المالية، كسلطتهم كفاعل بالتحكم في الإجراءات، حدثات الهيئات التمثيلية كالنقابة و جمعيات المجتمع المدني كتجسيد لروح العصرية ساهمت في سوء استعمالها من طرف البعض لإثارة البلبلة وفرض السيطرة تتعدى الحدود المرسومة ضمن واجبات و مهام هذه الهيئات ، واستغلالها من طرف فاعلين بالمؤسسة نتيجة صراعات للسيطرة على القرار، غابت مع هذا التدفق كثير من تقاليد العمل واحترام السلم الإداري وأدى إلى الدخول ضمن حلقة القرارات الروتينية البعيدة عن أهداف التغييرات التنظيمية.

إن المستخدمين يعانون من مشاكل تنظيمية تبين عدم استعداد البيئة التنظيمية لحجم هذه التغييرات والمتمثلة أساسا في نقص الثقة بينهم وبين الإدارة، عدم أداء اللجان التقنية والادارية الدور الحقيقي في نقل الانشغالات للمستخدمين أثناء مسار العلاج.

تداخل الصلاحيات، الذي يأخذ مظاهر متعددة منها بين مختلف الأسلاك والرتب، هذا التداخل شجع انضمام المستخدمين إلى التكتلات غير الرسمية والبحث عن إنشاء نقابات متفرعة حسب كل تخصص وحسب كل رتبة، بهدف البحث عن حدود عملهم وحماية حقوقهم، خاصة في ظل عدم وضوح المهام بين الأسلاك، ما أدى إلى انحراف تقاليد العمل وفوضى.

سياسة التحفيز وتسيير الموارد البشرية منها التسيير غير العادل للغياب لمتروك لحجم هذه التغييرات، بل أدت إلى خلق أطر عرفية في العمل وفي نمط العمل وفي التعامل بين الأجيال المختلفة حسب ما يحقق له الأمان تصل إلى إخفاء الأفراد لطاقاتهم وامكانياتهم.

وهذا ما يتطلب إعادة النظر في التغييرات التنظيمية وضرورة مواكبتها للتغيرات الاجتماعية وللبيئة الداخلية والخارجية وتجنيد لكل القطاعات والتعامل بعمق بدلا من إقامة تجارب منفصلة وغير معمقة، ويتطلب إصلاحا لأنظمة المسيرة للمؤسسة العمومية وتكييفها بشكل يسمح بتمرير المعاملات تكييفا مع استعجالية هذه التنظيمات.

كما يتطلب ضرورة الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية لتكوين الوعي لدى المواطن والأفراد بالمؤسسة بدور المواطنة والمشاركة في التنظيمات بفعالية والاهتمام بالتكوين الأولي حول مواضيع التغيير وإجراء جهود للاستطلاعات وتفعيل دور علماء الاجتماع للتكيف مع البيئة.

ولعل ما تشهده هذه المؤسسة التي حركت قضيتها الرأي العام وكافة المؤسسات على المستوى الوطني، الأزمة الكبيرة الحاصلة بين المواطن وبين المؤسسة سواء في الخلل التنظيمي أو ما يعيشه المستخدمون من مشاكل وهي تعتبر نقطة مفصلية في مسار النظام الصحي الجزائري لإعادة تقييمه من الأعماق للوقوف على المشاكل الجذرية التي يعاني منها المريض والمستخدمين وإيجاد آلية لتقريب المؤسسة العمومية للصحة من المريض.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

الكتب :

- 1- الجوهرى، محمد و شكرى علياء. علم الاجتماع الرفي والحضري . ط2. الاسكندرية: مكتبة دار المعارف، 1983.
- 2- الخولي، سناء. التغيير الاجتماعي والتحديث. ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988.
- 3- الدقس، محمد. التغيير الاجتماعي بين النظرية والتطبيق. ط2. عمان: دار مجدلاوي للنشر، 1996.
- 4- القريوتي، محمد قاسم. الإصلاح الإداري بين النظرية والتطبيق. عمان: دار وائل للنشر، 2001.
- 5- النجار، فريد . إدارة المستشفيات و شركات الأدوية. الإسكندرية : الدار الجامعية، 2007.
- 6- انجرس، موريس. منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية. ط2. ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون. الجزائر: دار القصة للنشر، 2006.
- 7- بدوي، أحمد. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت: مكتبة لبنان، 1978.
- 8- بوفلجة، غياث. بحوث في التغيير التنظيمي وثقافة العمل. الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية، 2014.
- 9- جان بيار ، كوت، و بيار موني جان. من أجل علم اجتماع سياسي. ترجمة محمد هناد. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1985.
- 10- جندلي، عبد الناصر. تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2005.
- 11- دليو، فضيل، وآخرون. أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية. قسنطينة: منشورات جامعة منتوري، 1999.
- 12- حويتي، أحمد. دليل التوثيق في العلوم الاجتماعية. ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2016.
- 13- روبنسون، دانا جاينس وروبنسون جيمس. التغيير أدوات تحويل الأفكار الى نتائج. ط1. القاهرة: مركز الخبرات المهنية للإدارة، 2000.
- 14- سعدون، يوسف. علم الاجتماع ودراسة التغيير التنظيمي في المؤسسات الصناعية. قسنطينة: ديوان المطبوعات الجامعية، 2005.
- 15- سلاطينة، بلقاسم، و الجيلاني حسان. أسس البحث العلمي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2009.
- 16- سلمى، علي. السلوك الإنساني في الإدارة. القاهرة: دار غريب للطباعة، دون ذكر تاريخ النشر.

- 17- سليمان القضاة، حسنصالح. ادارة العلاقات العامة مدخل في ادارة المستشفيات والخدمات الصحية. ط1 عمان: دار وائل للنشر، 2013.
- 18- سيد أحمد عبد الرحيم، سلمى. "تقويم فعالية استراتيجيات ونماذج ادارة التغير لبعض المنشآت الصناعية والخدمية السودانية". أطروحة دكتوراه. جامعة الخرطوم. السودان. 2008.
- 19- سيد علام، ابتسام. البيئة والمرض والعلاج في قاع المدينة. ط1. القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، 2007.
- 20- عبد الرازق جلي، علي. علم اجتماع تنظيم. ط1. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999.
- 21- عبده فليه، فاروق السيد محمد عبد الحميد. السلوك التنظيمي في ادارة المؤسسات التنظيمية. ط1. عمان: دار المسيرة، 2005.
- 22- عثمان الصديقي، سلوى. الصحة العامة والرعاية الصحية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2004.
- 23- عطية، عبد الحميد و محمود جمعة سلمى. النظرية والممارسة. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2001.
- 24- علي، محمد. علم اجتماع التنظيم. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1993.
- 25- علي، محمد، وآخرون. دراسة في علم الاجتماع الطبي. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2009.
- 26- قاسمي، ناصر. سوسيولوجيا المنظمات: دراسات نظرية وتطبيقية. ط1. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2014.
- 27- كعباش، رابع. علم اجتماع التنظيم. الجزائر: مخبر علم الاجتماع الاتصال للبحث والترجمة، 2006.
- 28- محمد علام، اعتماد. علم الاجتماع الصناعي التطور والمجالات. القاهرة: مكتبة الأنجلومصرية، 2010.
- 29- محمد علي عبد الباقي، صلاح الدين. السلوك الإنساني في المنظمات. ط1. الإسكندرية: دار الجامعية، 2001.
- 30- مداح عرابي، الحاج. ادارة الاعمال الاستراتيجية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2015.
- 31- ياسر البكري، تامر. إدارة المستشفيات. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005.
- 32- _____ . التسويق والمسؤولية الاجتماعية. عمان: دار وائل للنشر، 2009.

المقالات :

- 1- عدمان، مريزق و محمد عدمان. التغير التنظيمي في المؤسسات الصحية المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا. ورقة مقدمة إلى الملتقى الدولي حول الإبداع والتغير التنظيمي في المنظمات الحديثة: دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية. 18 و 19 ماي 2011، البليدة.

التعليمات و التقارير:

- 1- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليمية رقم 07 المتعلقة بتدعيم النشاطات الصحية. 23 أوت 2001.
- 2- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليمية رقم 14 المتعلقة بتحسين الخدمات المقدمة للمواطنين. 02 أكتوبر 2001.
- 3- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليمية رقم 16. 22 سبتمبر 2002.
- 4- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليمية رقم 17. 24 أكتوبر 2002
- 5- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. المنشور رقم 04. 07 أوت 2003.
- 6- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. المنشور رقم 06. 21 نوفمبر 2005.
- 7- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليمية رقم 07 المتعلقة بشروط نقل المرضى. 03 سبتمبر 2006.
- 8- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليمية رقم 13 المتعلقة بتنظيم الزيارات. 21 جانفي 2007.
- 9- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليمية الوزارية رقم 20 المتعلقة بضمان الفحوصات الطبية. 24 مارس 2007.
- 10- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. العدد 33، 2007/05/20. الجزائر: المطبعة الرسمية.
- 11- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. المنشور رقم 27 المتعلق بتوسيع قاعات العلاج. 15 جويلية 2007.
- 12- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التعليمية رقم 24 المتعلقة بنشاطات المجمعات الصحية. 20 سبتمبر 2007.
- 13- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات. التقرير السنوي. 2013. الجزائر: وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات.
- 14- وزارة الصحة والسكان. تقرير حول وضعية المديونات المؤسسات الصحية العمومية. 2017، الجزائر.

الدراسات والمذكرات :

- 1- العنبي بن علي، رضوان. "البيروقراطية الادارية ومسألة التقويم التنظيمي". أطروحة دكتوراه. القاهرة: منشورات المنظمة العربية للتنمية الادارية. جامعة الدول العربية. 2015.

- 2- حاروش ،نور الدين. "التشريع الصحي دروس ما بعد التدرج لمناجحت الصحة". المدرسة الوطنية للصحة العمومية. الجزائر، 2005.
- 3- سالم الرقاد، محمد عبد الكريم. "إدارة الصراع على الأداء التنظيمي في مستشفيات القطاعين الخاص والعام في المملكة الأردنية الهاشمية 1996-2000". أطروحة دكتوراه. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. 2003.
- 4- سايجي، عبد الحق. "نظام التعاقد في تمويل قطاع الصحة". حلقة دراسية. المدرسة الوطنية للإدارة. الجزائر، 1999.
- 5- محمد، علوي. "الإشكالية المرتبطة بالثقافة والتغيير التنظيمي والبشري للمستشفى". مذكرة بحث في إطار تكوين طويل المدى. المدرسة الوطنية للصحة العمومية. الجزائر، 1998.
- 6- ميلود حوالف، رحيمة. "تطبيق ادارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى بالمستشفى الجامعي تلمسان". أطروحة دكتوراه. جامعة الدول العربية. القاهرة. 2016.

القواميس و المعاجم

- 1- رمعون ،بودونوو بوريكو فرنسوا. المعجم النقدي لعلم الاجتماع. ط1. ترجمة سليم حداد. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1986.

المواقع الالكترونية :

- 1- بوحنية ، عبد القوي . المجتمع المدني الجزائري: بين أيديولوجيا السلطة والتغيير السياسي. نقلا عن www.djazeera.net
- 2- بورتام، لاست ج، جرين لاندس. قاموس علم الوبائيات، 2008، نقلا عن www.bibalax.com
- 3- هيجان، عبد الرحمان. المجتمع المدني المفهوم والأبعاد. نقلا عن www.ipa.edu.sa، 2003.
- 4- لطيفة عبد اللطيف ،نقلا عن www.ensayat.com

Ouvrage en Français :

Livres:

- 1- Caminel ,Bernard. Manager un centre de responsabilité. Paris : Institut Français de géopolitique, 2004.
- 2- Citeau ,Pierre. Gestion des Ressources Humaines Principes Généraux et cas Pratiques. Paris : Edition Armand Colin, 1997.
- 3- Crozier ,Michel ; et Freidberg. Erhard. L'acteur et le Système. Paris : Edition seuil, 1977.

- 4- D'hautou ,Alphons.Sociologie de la santé. Paris : Imprimerie labellery, 1988.
- 5- Détrie ,Phillipe. Le client retrouvé . Paris :Eyrolles Edition, 2002 .
- 6- Dupuy ,François. Sociologie du changement. Paris : Imprimerie Dunod ,2004.
- 7- Gilbert,Patrick. Gérer le Changement dans l'Administration. Paris : Entreprise Moderne D'édition, 1988.
- 8- Hermel ,Laurent ,et Louyat, Gérard. Qualité et engagements de service. Saint Denis : Afnor Edition ,2003.
- 9- Hosotani,Katsuya, .Les 20 lois de la qualité: Paris : Dunod Editeur , 1994.
- 10- Labardin, Pierre. L'essentiel de l'histoire de la gestion. 3eme Edition. Paris : lextenso édition,2015.
- 11- Landier ,Hubert. L'entreprise face au changement. Paris : Entreprise Moderne D'édition, 1987.
- 12- Mebtoul ,Abderrahmane. L'Algérie face aux Changement de la Mondialisation entre 2005 -2010.Alger: Dar Gharb, 2004 .
- 13- Morrin Eric Delavée, Pierre. Le Manager à l'écoute de Sociologue. Paris: Editions d'organisation, 2002.
- 14- Moulinié, Éric. « Hôpital public en France ». Paris, Conseil économique et social, (2005) .
- 15- Pabsite ,Claude. Management Innovant de L'hôpital et les organes sociales. Paris : Economica, 1998.
- 16- Plane, Jean-Michel. Théorie et Management des Organisations .3eme edition. Paris : Imprimerie Dunod, 2013.
- 17- Sainsaulieu, Ivain,. L'hôpital et ses acteurs .Paris : Edition Belin, 2007.

Revues :

- 1- Ballint ,Michael.« Le Médecin et son Malade et la Maladie »,traduit par J.P Valabrega.Revue Français de Sociologie ,VII-362 ,(Numéro Spécial)(1960) .
- 2- Belmihoub, Mahjoub. La Réforme administrative en Algérie. Document présenté au Forum euro-Mediterranum sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'Administration. Juin 2005, Tunis .
- 3- Benkadi ,Hocine. «Prestation de soins ou prestation de service ».Santé Maghreb ,(2004)
- 4- Bouzidi Abdelmadjid , « L'industrialisation et stratégie des besoins sociaux en Algérie et développement ».Revue Africa , (1985) .
- 5- Brahamia ,Brahim. Eléments de réflexion sur la consommation Algérienne. Document présenté au Séminaire International des Reformes Economiques.2000, Université Mentouri :Consatntine

- 6- Chaulet ,Pierre. Médecine Gratuite et Sécurité Sociale en Algérie: contradiction et convergence. Colloque International sur l'Emergence du Social en Algérie. Oran ,1983.
- 7- Chauvenette, Antoinette. « Idéologie et statut professionnel chez les médecins hospitaliers ».Revue française de sociologie,1, (Numéro spécial) (1973).
- 8- Dahrendorf ,Ralph. « classes et conflits de classes dans la société industrielle » .Revue Population ,3,29(1974) .
- 9- JeanClaude , Claude . « La Médecine du Capital » , Revue Française de Sociologie ,2(1972) .
- 10- Kadar, Miloud. « Financement et Gestion des Secteurs Sanitaires en Algérie », Revue CREAD, (1er trimestre 1988).
- 11- Melbouci,Leila; et Boughanem, Farida. et autres. « La gestion de la Ressource Humaine Hospitalière **cas du CHU de Tizi-Ouzou** ». Les cahiers du Cread , 111(2015) .
- 12- Oufriha, Fatima Zohra. « De quelques éléments d'appréciations sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins » .Revue Cread , 19 (1980) .
- 13- Oufriha, Fatima Zohra. « L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé en Algérie » .Revue CREAD , 13 (premier trimestre, 1988) .
- 14- Oujefoun ,Abdelkarim . « L'épidémiologie et l'aide de décision en santé publique ». Les cahiers de CREAD , (2009)
- 15- Rolland ,Louis. « les droits du patients ». Revue hôpital, son organisation et son fonctionnement, (Juillet 2007) .
- 16- Steudler ,François . « Hopital,profession Médicale et Politique Hospitalière».Revue Française de Sociologie,1,XIV(1973).

Rapports :

- 1- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Assises nationales de la santé: éléments de réflexions le système nationale de santé algérien. Mai1998,Alger: Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.
- 2- Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Rapport annuel. Février 2003,Alger : Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière .
- 3- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Plan cancer, Nouvelle Vision Stratégique Centrée sur le Malade,2015-2019. 2014. Alger : Institut National de Santé Publique.

Etudes

- 1- Belaid , Ali. Système de Gestion. Cours Post de Graduation en Management des Organisations .2004, Ecole Nationale de santé Publique, Alger.
- 2- Bengouffa ,Abdelsamed. « Problématique du changement entre concepts et réalité. Diplôme de Post de Graduation Spécialisé, Ecole Nationale de Santé Publique, Alger, 2005,
- 3- Ezzuby ,Alain . « L'aspect économique de la protection sociale ». Saint Etienne : Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale ,2009.

Sites d'internet

- 1- www.12manag.com
- 2- www.qualité.com
- 3- www.sante.médecine.net.
- 4- www.sante.com .

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01: استمارة استبيان موجه للمرضى

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله -
كلية العلوم الاجتماعية
تخصص تنظيم وعمل



استمارة استبيان

تحية طيبة، وبعد...

نحن بصدد انجاز دراسة علمية حول علاقة المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمرضى بمدى معرفة طبيعتها، دراسة مدى تطور حقوق المرضى ومشاركتهم، وإلى أهم النقائص الملاحظة أثناء وجودكم بالمستشفى ، نرجو منكم الاسهام في اثراء هذا البحث المتواضع بالإجابة على الأسئلة التي بوسعكم الاجابة عنها بوضع علامة X في الخانة المناسبة.
ما يجب الاشارة اليه أن هذه الاستمارة سرية والمعلومات المتحصل عليها سوف تستخدم فقط لغرض البحث العلمي.

لكم جزيل الشكر والاحترام.

إشراف الاستاذ الدكتور:

- محمد بومخلوف

إعداد:

- قاسمي الحسني أشواق

قائمة الملاحق

البيانات العامة

المصلحة: مدة الإقامة: من 2 إلى 10 أيام ☐ من 11 إلى 20 ☐ أكثر من 21 يوم ☐

الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

1- على العموم ، كيف تصف نوعية الاستقبال بالمستشفى ؟	
جيدة	☐
سيئة	☐
عادية	☐
2- عند دخولك للمستشفى ، هل وجدتم أعوان استقبال وتوجيه في استقبالك ؟	
نعم	☐
لا	☐
3- هل وجدتم الجداول الخاصة بنظام العمل و المداومة الخاصة بالمستخدمين الطبيين و الشبه الطبيين معلقة ؟ "الأسماء وكذا ساعات العمل" ؟	
نعم	☐
لا	☐
4- هل تمكنت من التمييز بين المستخدمين الطبيين و الشبه الطبيين و الإداريين و العمال المهنيين ؟	
نعم	☐
لا	☐
5- هل وجدتم إشارات توضح لكم موقع المصالح ؟	
نعم	☐
لا	☐
06- هل الموعد الذي قدم لكم للاستشفاء تم احترامه ؟	
نعم	☐
لا	☐
07- في رأيكم، ما هي الأسباب التي تقف وراء التأجيل أو التأجيل ؟	
طلب العديد من اختبارات الأشعة والتحليل .	☐
توجيهنا إلى أطباء متخصصين خواص .	☐
مشكل تقني	☐
أسباب أخرى.	

قائمة الملاحق

08- في حال تأجيل الموعد ،هل يتم إبلاغكم بذلك ؟	
☐	-نعم
☐	-لا
☐	-بعد الإصرار و التدخل
09- هل تم تشخيص مرضك بسهولة ؟	
☐	-نعم
☐	-لا
10- في حال ردكم السلبي ما هي الأسباب التي أدت إلى تأخير التشخيص؟	
☐	-عدم ثقتك في الطبيب لأول مرة
☐	-ترددك وتخوفك
☐	-التناقض في التشخيص بين الأطباء
☐	-الطلبات المتكررة للتحاليل و الأشعة
11- ما هي الأسباب التي تعود إلى التأخر بالتكفل بكم ؟	
☐	-سوء تنظيم العمل
☐	-فوضى في المواعيد
☐	-نقص التنسيق بين العاملين
☐	-تأخر المستخدمين
☐	-عدم احترام الطابور
12- كيف كان مسار الاستشفاء ؟	
☐	-انطلاقا من العيادة متعددة الخدمات
☐	-انطلاقا من الاستعجالات الطبية الجراحية
☐	-بعد المتابعة من طرف الأطباء المتخصصين
☐	-توجيهي من طرف الأطباء الخواص
13- وهل تم توصلك إلى هذه المصالح بسهولة ؟	
☐	-نعم
☐	-لا

14- إذا تم تحويلك أثناء إقامتك للمستشفى إلى مستشفيات أخرى، ما هي الأسباب التي أعطيت لك كمبرر لذلك؟	
نعم	☐
لا	☐
15- ما هي المشاكل التي واجهتها من أول فحص إلى غاية الاستشفاء ؟	
.....	
.....	
.....	
.....	
16- كيف تصفون الوجبات المقدمة إليكم ؟	
جيدة	☐
متوسطة	☐
سيئة	☐
17- كيف تقيمون نظافة المصلحة ؟	
جيدة	☐
سيئة	☐
عادية	☐
إجابات أخرى	
18- ما هو تقييمكم للمصلحة من ناحية التهيئة؟	
جيدة	☐
متوسطة	☐
سيئة	☐
إجابات أخرى	
19- ما هو متوسط الوقت الذي يستغرقه الطبيب معك أثناء الفحص؟	
15-05	☐
30-15	☐
30 فأكثر	☐

قائمة الملاحق

20 - ماهو معدل مدة الانتظار للتكفل بكم ، خلال الفحوصات؟	
☐	20-10
☐	40-20
☐	40 فما فوق
21. هل يتم متابعتك و تفقدك ؟	
☐	بصفة اعتيادية ودورية
☐	-أحيانا لا يتم تفقدنا إلا بالطلب من طرفي أو من طرف المرافق لي
.....	-إجابات أخرى
22- ما هي الأسباب لوجود مرافق طبي معكم ؟	
.....	
.....	
.....	
.....	
23- ما هي الأسباب التي تجعلك مرتاح مع الطبيب أو الفريق المعالج ؟	
☐	1-لمعاملة الطيبة وإعطاء التفاؤل
☐	-الكشف الجيد وشرح أكثر لحالتي الصحية
24- كيف تقيمون المعاملة بالمصلحة ؟	
☐	-جيدة
☐	-عادية
☐	-سيئة
25- هل تصف المعلومات التي قدمت عن حالتك الصحية "قبل وبعد العلاج؟	
☐	-كافية
☐	-غير كافية
.....	-إجابات أخرى
26- هل يتم إعلامك عند دخولك المستشفى عن حقوقك القانونية ؟	
☐	-نعم
☐	-لا

قائمة الملاحق

27- هل يتم إعلامك بإمكانيات المستشفى للاختيار؟	
☐	-نعم
☐	-لا
☐	-لا خيار لي بما أنه يوجد مستشفى وحيد
28- في حال وجود خيار لك للعلاج، هل تفضل ؟	
☐	-المستشفى العمومي
☐	-المستشفى الخاص
29 - و بماذا تبرر هذا الاختيار ؟	
..... 	
30- هل يوجد سجلات الاقتراحات و الشكاوي ؟	
☐	-نعم
☐	-لا
31- في رأيكم ، هل ملاحظاتكم تؤخذ بعين الاعتبار ؟	
☐	-نعم
☐	-لا
32-هل تتم زيارتكم من طرف الجمعيات ؟	
☐	-نعم
☐	-لا
33- هل تقدمون اقتراحات لهم ؟	
☐	-نعم
☐	-لا
34- ما هي النقائص التي لاحظتموها أثناء إقامتكم بالمستشفى ؟	
..... 	

الملحق رقم 02: دليل المقابلة

دليل المقابلة

البيانات العامة :

السن :

☐

الجنس : ذكر

☐

أنثى

الرتبة:..... المنصب :

الأقدمية :

1- في رأيكم، لماذا المريض غير راض عن الخدمات المقدمة من قبل مؤسستكم؟

.....

2- في رأيكم لماذا المستخدمين بالرغم من زيادة الرواتب والتجهيزات غير راض ومقاوم لتطبيق التعليمات الجديدة حتى وان كانت بسيطة؟

.....

3- هل بإمكانك الادارة لمبادرة بغلق مصلحة استشفائية ترونها غير فاعلة أو تحويل المستخدمين حسب نجاعة المصالح؟

.....

4- ما هو أكثر شيء تأخذونه بعين الاعتبار حين اتخاذكم للقرار؟

.....

5- في رأيكم، لماذا لا تستغل كافة الوسائل المتعلقة بالتسيير الحديث من طرف المسير؟

.....

6- هل ترى بأن وسائل التحفيز لم يعد يتحكم فيها من طرف المسير وأصبحت حق مكتسب لماذا؟

.....

7- في رأيكم، من هم أكثر الفاعلين الذين يحدون من استقلاليتم واتخاذ قرارات موضوعية، على المستوى الداخلي والخارجي؟

.....

8- ما هي نقاط القوة التي يستندون عليها وميكانيزمات التحكم، مع ذكر بعض الأمثلة؟

-
- 9- هل صادف وأن تراجعتم عن قرارات بالرغم من قانونيتها؟
-
- 10- أثناء المداومة أو النشاط اليومي، كم نسبة المشاكل المعبر عنها والتي تعتبر حقيقية؟
-
- 11- كيف تصف الاحتياجات المعبر عنها من طرف المستخدمين، في التجهيزات أو الموارد أغلبه موضوعية أم تستعمل كعامل من العوامل لفرض السلطة أو في حال نشوب صراع؟
-
- 12- على العموم، هل تملك كافة المعلومات الضرورية والدقيقة لاتخاذ القرارات؟
-
- 13- ماهي طبيعة العلاقات السائدة؟
-
- 14- هل القرارات التي تتخذونها في مجملها استراتيجية أم روتينية يومية؟
-
- 15- في رأيك ما هي الأسباب التي تجعل المسير غير قادر على اتخاذ القرارات الاستراتيجية؟
-
- 16- ما هي الأسباب التي تعود إلى عدم الرد على عرائض المواطنين بصفة منتظمة؟
-
- 17- هل تعتقد أن الادارة المركزية في تعاملها مع التغيرات استطاعت أن تتكيف مع الواقع الحقيقي للهيكل الصحية؟
-
- 18- هل يتم استشارتكم والأخذ باقتراحاتكم في تطبيق التغيرات من طرف الهيئات المركزية؟
-
- 19- ما هي اقتراحاتكم لضمان الاستقلالية والموضوعية في القرارات؟
-

الملحق رقم 03: استمارة استبيان موجه للمستخدمين

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الجزائر 2 - أبو القاسم سعد الله -
كلية العلوم الاجتماعية
تخصص تنظيم وعمل



استمارة استبيان

تحية طيبة، وبعد...

نحن بصدد انجاز دراسة علمية حول علاقة المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمريض في ظل التغيرات التنظيمية الاستشفائية، ومن أجل معرفة المشاكل التي يعاني منها المستخدمون التي تؤثر على أداء المهام وعلى فعالية الخدمات المقدمة، نرجو منكم الاسهام في اثراء هذا البحث المتواضع بالإجابة على الأسئلة التي بوسعكم الاجابة عنها بوضع علامة X في الخانة المناسبة.

ما يجب الاشارة اليه أن هذه الاستمارة سرية والمعلومات المتحصل عليها سوف تستخدم فقط لغرض البحث العلمي.

لكم جزيل الشكر والاحترام.

إشراف الاستاذ الدكتور:

-محمد بومخلوف

إعداد:

- أشواق قاسمي الحسني

قائمة الملاحق

البيانات العامة :

☐ السن : أقل من 30 ☐ من 31 إلى 44 ☐ من 45 إلى 60
☐ الجنس : ذكر ☐ أنثى
المصلحة :
الرتبة :
المنصب :
☐ الأقدمية : أقل من 15 سنة ☐ من 16 إلى 25 ☐ من 26 فأكثر
☐ السلك : طبي ☐ شبه طبي ☐ المستخدمين الإداريين والتقنيين

1- هل تشعر بالثقة في الإدارة ؟	
☐	- نعم
☐	- لا
☐	- أحياناً
2- هل يتم الاستماع إليكم و النظر في الشكاوي أو الاقتراحات التي تقدمون ؟	
☐	- نعم
☐	- لا
☐	- أحياناً
3- في رأيكم ، ما هي الأسباب التي تعود إلى عدم الالتزام أو عدم التكفل باقتراحاتكم ؟	
☐	- عدم كفاية الميزانية وثقل الإجراءات الإدارية
☐	- عدم تفهم المشاكل المطروحة
☐	- اجابات أخرى:
4- ما رأيك في دور المجلس الطبي و المجلس الإداري؟	
☐	- يعبر عن المشاكل التقنية التي تعانونها أثناء العلاج .
☐	- بعيد عن واقع المريض و المستخدمين .
☐	- اجابات أخرى:
5- هل تتوفر المصلحة على شروط الأمن ؟	
☐	- نعم
☐	- لا

قائمة الملاحق

6- على العموم، هل الموارد و الوسائل الضرورية للعلاج متوفرة بصفة ؟	
- كافية	☐
- غير كافية	☐
7- لقد استفدتم في الفترة الأخيرة من تجهيزات عالية الجودة"مثل أجهزة الأشعة و التحاليل" ، هل استجابت لاحتياجات المرضى و حسنت من ظروف عملكم ؟	
- نعم	☐
- لا	☐
- اجابات أخرى	
08- أذكر أهم المشاكل التي تواجهونها ، حسب درجة الأولوية والتي تؤثر على فعالية العلاج ؟	
-نقص الأدوية	☐
-الأعطاب المتكررة للتجهيزات	☐
-نقص وسائل العلاج	☐
-نقص المستخدمين	☐
-تداخل الصلاحيات	☐
-ضيق أماكن العمل	☐
09- هل يوجد ضغط عليك في العمل ؟	
- نعم	☐
- لا	☐
-أحيانا	☐
10- في رأيك ما هي أسباب التي تعود إلى هذا الضغط ؟	
.....	
.....	
.....	
11- ما هي المشاكل التي تواجهها مع المريض ؟	
.....	
.....	
.....	

12- خلال السنوات الأخيرة، ومن خلال التعليمات الوزارية المختلفة هل لاحظت أنها كان لها تأثير الايجابي على فعالية الخدمات و على مردودية عملكم ؟	
نعم	☐
لا	☐
أحيانا	☐
13- في حال وجود ضغط في العمل، هل تتلقون مساعدة بصفة آلية من باقي المصالح ؟	
نعم	☐
لا	☐
14- ما هي أهم المشاكل التي تواجهونها بينكم وبين باقي المصالح والتي أثرت على التكفل بالمريض؟	
.....	
.....	
15- في حال وجود مشكل بالمصلحة إلى أي هيئة تلجأ ؟	
الزملاء	☐
المراقب الطبي	☐
رئيس المصلحة	☐
النقابة	☐
16- هل تقومون باجتماعات دورية بين المصالح ؟	
نعم	☐
لا	☐
17- في حال مررت بظرف يمنعك عن العمل هل يتم استخلافك ؟	
من طرف الإدارة	☐
تفاهم ودي بيني و بين زملائي	☐
من طرف رئيس المصلحة	☐
18- هل تحس بالاستقلالية في اتخاذ القرارات أثناء العلاج ؟	
نعم	☐
لا	☐
اجابات أخرى	

قائمة الملاحق

19- كيف تصف طريقة تسيير الغياب ؟	
-عادلة	☐
-غير عادلة	☐
20- كيف تتلقون المردودية ؟	
-بصفة متساوية	☐
-حسب التقييم	☐
21- على العموم ، هل شروط الترقية محترمة ؟	
-نعم	☐
-لا	☐
22- هل استفدت من مواضيع التكوين المتواصل ؟	
-نعم	☐
-لا	☐
-اجابات أخرى	
23- هل تحس بأن العمل الذي تقدم مقدر من طرف رئيسك ؟	
-نعم	☐
-لا	☐
-اجابات أخرى	
24- ما هو العامل الأكثر الذي يجعلك مرتاحا في العمل ، حسب درجة الأولوية ؟	
-التعاون و الثقة	☐
-توزيع واضح للمهام	☐
-الأمن	☐
-توفر وسائل العمل	☐
-العدل بين المستخدمين	☐
-التكوين	☐
-تحسين الأجور	☐
25- ما هي اقتراحاتكم و الحلول لتقريب المريض من المستشفى ؟	
.....	
.....	
.....	