

البناء الاجتماعي للمؤسسة الاستشفائية.

بلقاسم مزينة

جامعة باجي المختار . عنابة

b.mezioua@gmail.com

الملخص بالعربية

يعد الطابع البنائي والوظيفي من أهم السمات التي تتميز بها المؤسسات الاستشفائية، إذ من خلاله تنعكس العلاقات القائمة داخلها وكذا علاقاتها بالمجتمع، حيث يمثل البناء الاجتماعي لهذه المؤسسة نسق من العلاقات التي تربطها أخلاقيات مهنة الطب والتمريض والتخصص المهني العلمي الدقيق، في شكل تراتبي محدد ومرتبطة بأدوار يلتزم بها كل العاملين، ويترتب من خلال أداء هذه الأدوار تبعات ومسؤوليات ومزايا وصلاحيات، وفي هذا المقال سنحاول مناقشة الخصائص التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية، وكيفية أدائها لوظائفها في ظل نسق السلطة المزدوج وتقسيم العمل المتطرف، وفي الأخير عرض المقال مراحل تطور المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية.

الكلمات المفتاحية: (الخصائص التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية، أداء الوظائف، نسق السلطة المزدوج، تقسيم العمل، مراحل تطور المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية)

The social structure of the hospital institution**Abstract**

The hospital institutions are characterized by structural and functional character, which reflects on the relationships within, as well as its relations to society, so the social construction of this institution is representing a pattern of relationships related by medical ethics, nursing and so on, as well as the rigorous scientific professional specialization in an ordinal specific and linked to roles abided by all employees entailing consequences and responsibilities and giving them advantages and powers.

In this article, we will try to discuss the organizational characteristics of the hospital Foundation, and how the performance of its functions under the dual-format power and

extreme division of labor, in the end, the article displays the evolution of the Algerian public hospital institution

The Key words: (organizational characteristics of the hospital Foundation, performance of its functions, under the dual-format power, extreme division of labor, evolution of the Algerian public hospital institution)

=====

المؤسسات الاستشفائية في كل المجتمعات مكون أساسي له طبيعته البنائية والوظيفية التي تنعكس على منظومة العلاقات التي تنشأ داخلها وعلى علاقتها بالمجتمع ككل، وطبيعتها كتنظيم تشكلت في جانب منها عبر التاريخ، انتقالا من بيئة ثابتة نسبيا تتسم بسلوك تنظيمي تكيفي موروث عن الماضي، تكاد تكون فيه الاحتمالات التي يمكن انجازها من أجل تقديم الرعاية الطبية للمرضى معروفة ومحددة تماما، وصولا إلى بيئة أكثر دينامية يتسع فيها مجال الاحتمالات التي تقدمها العلوم الطبية المتطورة مع اتساع الاحتياجات الاجتماعية المتغيرة.

وحتى تكون المؤسسات الاستشفائية قادرة على الاستجابة المباشرة للاحتياجات المتغيرة في البيئة والتكيف معها كان لزاما عليها التمسك بالإدارة الرشيدة، «إذ يمثل البناء الاجتماعي لها نسق من العلاقات التي تربطها أخلاقيات مهنة الطب والتمريض وغيرها، وكذلك التخصص المهني العلمي الدقيق في شكل ترتيبي محدد ومعتبر ومرتبط بأدوار يلتزم بها كل العاملين داخل المؤسسة الاستشفائية أو المرفق الصحي، ويترتب عليهم تبعات ومسؤوليات وتعطيهم مزايا وصلاحيات رغم الاختلاف الكبير بين هذه المؤسسات ليس فقط من حيث المباني والحجم والموارد المتاحة لها، وإنما أيضا من حيث البرامج وما تقدمه لمرضاها في إطار الرعاية الصحية، وكذا قيمة الموارد البشرية المتوفرة لديها والهيئات التابعة لها والبيئة الاجتماعية التي تتواجد بها... الخ»⁽¹⁾.

أولاً: الخصائص التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية

I. أهداف المؤسسة الاستشفائية

تسعى المؤسسة الاستشفائية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف التنظيمية والاجتماعية والاقتصادية، ما يجعلها نموذجاً للتنظيم المتعدد الأهداف المتمثلة في تقديم خدمات الرعاية الطبية والتعليم والتدريب والبحث، إذ أن الغاية من إنشاء معظم المؤسسات الاستشفائية تتمثل في توفير خدمات الرعاية الطبية لمرضاها، وفي الوقت نفسه تسهر على تلبية احتياجات التدريب الأساسي لعمالها على اختلاف انتماءاتهم الفئوية، كما تركز موارد هائلة لمشكلات البحث العلمي، ما يجعل منها مؤسسة متميزة من حيث الإدارة والتنظيم والأهداف، ورغم أن رعاية المرضى غالباً ما تدرج في مقدمة أهداف المؤسسة الاستشفائية، إلا أنها بالإضافة إلى ذلك فهي تسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف الثانوية، كاستقرار الاقتصادي والحفاظ على خفض التكاليف مع تقديم الرعاية الأفضل بقدر الإمكان، وفي نفس الوقت تسعى الهيئة الطبية إلى التركيز على نوعية المرضى المقيمين باعتبارهم حالات مناسبة للدراسة دون إعطاء أهمية لموضوع التكاليف.

وقد يرى البعض أن محاولة إنجاز وتحقيق هذه المجموعة من الأهداف المترابطة يبقى عبئاً ثقيلاً على الإدارة التي تتحمل مسؤولية التنسيق بين الجهود المختلفة للأفراد العاملين، على اعتبار أن المؤسسة الاستشفائية «تتميز بالتعقيد كونها تقوم على ترتيبات تنظيمية معقدة لاختلاف أهداف ومسؤوليات الفئات المهنية العاملة فيها، الأمر الذي صعب التنسيق بين تلك الفئات المتفاوتة على المستويين الثقافي والوظيفي، وكذا الحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يخص حياة الإنسان، وما يتبع ذلك من توتر نفسي واجهاد جسدي طوال فترة العمل، ما يزيد من تعقيد نظام المؤسسة الاستشفائية»⁽²⁾.

ومن هذا المنطلق يمكن الإشارة إلى اختلاف أهمية أهداف المؤسسة الاستشفائية من فرد لآخر باختلاف طبيعة النشاط الذي يقدمه كل فرد والدرجة

التي يكون فيها معني بهذا الهدف، فالهيئة الاستشفائية تركز مثلاً: على أن توفر الهيئة الإدارية وسائل تكنولوجية ذات التقنية المتطورة لضمان تقديم الرعاية الصحية في أرقى صورها، والاستفادة من هذه الوسائل قدر الامكان في مجال التدريب، في حين تسعى الهيئة الإدارية وتحرص على توزيع مواردها وتخفيض التكاليف مع الحرص على تقديم الرعاية الصحية الأفضل للمريض، وهكذا يظهر التشعب في الأهداف التي تسعى المؤسسة الاستشفائية إلى تحقيقها، وتختلف باختلاف الانتماءات الفئوية للأفراد العاملين بها بالرغم من أن الهدف الأساسي هو تقديم الرعاية الصحية المتطورة للمريض.

II. نسق السلطة المزدوج:

إن التكامل والانسجام بين العاملين ومن يمتلكون سلطة القرار يؤدي إلى تماسك جماعة العمل وتعاونهم في تأدية مهامهم، فمن الصعب في مؤسسة خدمية كالمؤسسة الاستشفائية تقديم خدمات في جو يفتقر إلى التماسك والترابط، لأن شعور العاملين بانتمائهم للمؤسسة يجعلهم يتمسكون بعضويتهم وعملهم في سبيل تحقيق هدف مشترك.

والملاحظ على الخريطة التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية أن التدرج الهرمي لهذه الأخيرة يسير في الاتجاه الأفقي أكثر منه في الاتجاه الرأسي، لأن السمة التي تميزها عن غيرها من المؤسسات الأخرى هي «وجود خطين اثنين للسلطة، من ناحية يوجد التنظيم التعليمي للهيئة الاستشفائية وفيه ترتب الهيئة هرمياً وطبقاً للتخصص والمكانة، ومن ناحية أخرى الترتيب البيروقراطي للوظائف والذي يتشكل من الإدارة، ونتيجة لهذا الترتيب تطرح المؤسسة الاستشفائية نسقاً مغايراً لعلاقات السلطة يعرف بـ :

"ازدواجية السلطة"، إذ أنه في الغالب تكون الهيئة الاستشفائية مسيطرة على زمام السلطة على الأقل في الموضوعات المتعلقة برعاية المريض بما يساعدها على توجيه نشاط أغلبية العاملين، بينما تنحصر سلطة الإدارة وتتركز في

الموضوعات المتعلقة بتوفير الوسائل التي يمكن بواسطتها تنفيذ أوامر الهيئة الاستشفائية على نحو يحقق الأهداف المرجوة»⁽³⁾، وهذا ما يبرز خصوصية وحساسية المؤسسة الاستشفائية باعتبارها نظاما اجتماعيا يشتمل عدد من الأبنية البيروقراطية وعدد من المراكز التسلسلية وظهور خطين اثنين للسلطة، سلطة إدارية منجهة وسلطة مهنية (الهيئة الاستشفائية) منجهة ثانية.

وتتمثل السلطة الإدارية داخل المؤسسة الاستشفائية في «الهيئة الإدارية وعلى رأسها مدير المؤسسة ووظيفتها تسيير وتحديد الأهداف المرسومة، من خلال اختيار السياسات وتوفير الوسائل المادية والمالية والإنسانية وإعداد البرامج والإجراءات اللازمة للوصول إلى هذه الأهداف، كما تقوم بتحديد مهام الأفراد وتوجيههم ومراقبة السير الحسن لأداء الأعمال والأنشطة وفقا للخطط والسياسات الموضوعية، أما السلطة المهنية فهي تلك السلطة المستمدة من خلال الخبرة الفنية المعترف بها، وترتكز أساسا على عنصري الكفاءة والمسؤولية، والكفاءة هنا لا تعني امتلاك المعرفة التقنية فحسب، بل أيضا القدرة على التنظيم والتسيير والتوجيه وكذا التنسيق والمراقبة لضمان تنفيذ الأوامر، والسلطة المهنية في المؤسسة الاستشفائية تتمثل خاصة في الأطباء، إذ أن تمتع هؤلاء بالخبرة والمهارات والمعارف التقنية في مجال اختصاصهم يسمح لهم باتخاذ القرارات المتعلقة برعاية المريض، بالإضافة إلى توجيه نشاط باقي العاملين في إطار تقديم الخدمة الصحية وتحقيق الأهداف المرجوة، وبالتالي التأثير على القرارات التي تصدرها الهيئة الإدارية، وهذا ما يجعل الصلاحيات تتداخل بين سلطة إدارية وأخرى مهنية»⁽⁴⁾.

فهيئة التمريض مثلا: باعتبارها تتلقى الأوامر فيما يتعلق بالمرضى الذين تستقبلهم المؤسسة الاستشفائية من الهيئة الطبية وهي ملزمة بتنفيذ الأوامر على نحو يحقق الأداء الفعال والنوعي، وفي نفس الوقت تعد هذه الفئة من العاملين المشاركين في المؤسسة ونتيجة لذلك تخضع للقواعد التنظيمية والترتيبات البيروقراطية المعمول بها، وغالبا لا تتمكن من إنجاز متطلبات رعاية المريض في إطار القواعد الإدارية

خاصة عندما تكون ذات طبيعة اضطرارية، فتجد نفسها أمام صراع توقعات الهيئة الطبية التي تمدّها بالتعليمات من ناحية والإجراءات الإدارية التي يجب التقيد بها من ناحية ثانية.

وتجدر الإشارة هنا إلى الطبيعة التسلطية للمؤسسة الاستشفائية نتيجة النشاطات التي تمارسها والمتعلقة بإنقاذ حياة المريض، وذلك لوجود قرارات تستلزم التنفيذ دون مناقشة أو مجادلة خاصة فيما يتعلق بالقرارات التي تكون فيها حالة المريض طارئة، إذ أنه في مثل هذه الحالات يجب العمل بدون تردد أو انتظار للإجراءات الإدارية المفروضة، وبالرغم من أن الحالات الطارئة تعد حالات قليلة نسبيا إلا أن المؤسسة الاستشفائية يجب أن تكون مستعدة دائما لمثل هذه الحالات.

وهكذا فإن هدف التدرج الهرمي الصلب إلى حد ما وقنوات السلطة المميزة بوضوح في البناء الإداري والقواعد الإجرائية المدونة كتابة، يظهر انطلاقا من مساعدة الهيئة الاستشفائية في التعامل مع الحالات الطارئة والحالات العادية في نفس الوقت، وهذا النوع من السلطة يشبه نموذج السلطة في التنظيمات العسكرية وينهض على أساس من القوة المتمركزة في مناصب معينة داخل المؤسسة الاستشفائية.

III. تقسيم العمل المتطرف:

من الخصائص التي يتميز بها تنظيم المؤسسة الاستشفائية هو تقسيم العمل المتطرف لوجود هيئة إدارية وأخرى استشفائية وأحيانا هيئة تقنية وأخرى للعمال المهنيين، وتسهر كل هيئة على تأدية مجموعة من الوظائف المتناسقة والمتكاملة يفترض أن تعمل في مجموعها على إبراز الأهداف المرجوة وتحقيقها، من هنا كان لزاما على المدير التنسيق بين الفئات المختلفة والمتباينة الأدوار في سبيل إيجاد نوع من النظام الرشيد.

وقد أدى تطور التخصصات التي تمارس على مستوى المؤسسة الاستشفائية إلى نوع من التدرج الهرمي بين العاملين فيها، وهذا عبر خطوط مهنية تقسم مبدئياً إلى واجبات عمل استشفائية وأخرى إدارية وثالثة تقنية وأخرى تتعلق بالعمال المهنيين، ما يجعل الاهتمام والولاء يكون عادة إلى جماعات التخصص وليس بالضرورة إلى القسم أو المصلحة التي يسهم العامل فيها بإنجاز الأنشطة المسندة إليه، فمثلاً قد نجد مراقباً عاماً مسؤولاً عن مراقبة مدى إنجاز الواجبات الضرورية في مجموعة من الوحدات، متبوع برئيس الوحدة الذي يعد بمثابة المدير اليومي للنشاطات التي تتم على مستوى الوحدة، وقد يكون لرئيس الوحدة نائباً ينوبه في مباشرة المهام أثناء غيابه، كما نجد عمال هيئة التمريض ممن يقدمون الرعاية للمرضى وهم في الأسرة، وكذا طلاب التمريض من المتربين الذين تسند إليهم رعاية المرضى لفترات متباعدة، ونجد في الوحدة نفسها عمال تسند إليهم أنشطة تتعلق بالجوانب غير المباشرة في الرعاية الطبية للمريض كعاملات النظافة وعمال الوقاية والأمن وغيرهم، كما تسند مهام إعداد وحفظ الوثائق والتقارير الضرورية لإدارة الوحدة إلى عون مكتب، دون أن ننسى قائمة الأفراد العاملين في الوحدة من وقت لآخر كالأخصائيين والأطباء المقيمين وعمال الصيانة والكهربائيين... وغيرهم، كل هؤلاء الأفراد وعلى اختلاف انتماءاتهم الفتوية يؤدون أدوار هدفها الأساسي هو مد الرعاية الصحية اللازمة للمريض.

وبالرغم من أن هذا التقسيم المتميز بدرجة عالية من التطور يعتبر على الإطلاق التقسيم الذي يساهم في إقامة شبكة من الاتصالات الفعالة والضرورية لتنسيق العمل إلا أنه من الممكن أن يخلق بعض المشكلات، «فضلاً عن أن الأفراد الذين يلعبون أدواراً متماثلة يميلون إلى الارتباط والاتصال ببعضهم البعض على نحو أكثر سهولة عما يحدث بينهم وبين غيرهم من أصحاب الأدوار غير المتماثلة، ذلك أن هؤلاء الأفراد لديهم إيديولوجيات ومطامح مهنية متماثلة»⁽⁵⁾، كما أن التنسيق بواسطة التنظيم الإداري صعب ومعقد في الأعمال غير الروتينية والغير مبرمجة، ومن

المستحيل الاعتماد اعتمادا كليا على الاجراءات الإدارية والقواعد التنظيمية لغايات التنسيق بين الأنشطة المسندة لأفراد المؤسسة الاستشفائية بمختلف انتماءاتهم الفئوية، لذلك فإن إحدى الوسائل الأساسية لتحقيق التكامل بين الأنشطة المتعددة والمختلفة هو التنسيق التطوعي والرغبة من جانب مختلف المشاركين في التعامل بشكل فعال مع الأعمال غير العادية وغير الروتينية.

ثانيا: البناء الاجتماعي وأداء المؤسسة الاستشفائية لوظائفه

إن الرغبة في التركيز المباشر على البناء الاجتماعي للمؤسسة الاستشفائية يقودنا بالضرورة إلى تفحص أنماط العلاقات الاجتماعية السائدة بطريقة أكثر عناية، واستنادا إلى النمط التنظيمي السائد فإنه من المتوقع أن تكون مسؤوليات الدور والمكانة وقواعد السلوك بمثابة جوانب هامة في البناء الاجتماعي، من هنا فنسق السلطة المزدوج وتقسيم العمل المتسم بالصلابة في المؤسسة الاستشفائية له تأثير ملحوظ على البناء الاجتماعي لهذه الأخيرة وعلى ما يجري من تفاعل داخلها، ويتجلى هذا التأثير أساسا في نمو قنوات الاتصال، بمعنى أن يقوم البناء الاجتماعي بتحديد الوجهة العامة للتفاعل في مواقف معينة، وذلك بتحديد الجماعات التي تمثل جوانب هامة في هذا البناء.

وفي هذا الإطار من الممكن تحديد جماعات رئيسية ممثلة في: (الهيئة الإدارية، الهيئة الاستشفائية، الهيئة التقنية وهيئة تتعلق بالعمال المهنيين)، ومن خلال هذا التحديد للجماعات الفاعلة يمكن تحليل العلاقات الاجتماعية التي تركز على المشكلات التنظيمية الناشئة عن الترتيب البنائي للأدوار والوظائف، فرغم أن الهدف الأول لكل الفاعلين الاجتماعيين بالمؤسسة الاستشفائية هي تقديم الرعاية الصحية للمريض في أحسن الظروف وأرقى صورها، « إلا أن كل من نسق السلطة المزدوج وتقسيم العمل المتطرف تعد مصدرا خصبا للصراع على الأهداف التنظيمية، حتى وإن كانت بعض ميادين السلطة مرسومة الحدود بوضوح ومعتزف بها، وفي نفس الوقت ينبغي التسليم بأن الطبيعة الكاريزمية لسلطة الأطباء والمنزلة التي تضفيها

عليهم نمو القدرات والمعارف الجديدة لديهم، فإن تأثيرهم يكون نافذاً إلى حد يتجاوز قدرتهم الفعلية، إذ قد تتعدى مهامهم اسداء النصح للإدارة عن كيفية تنظيم مكتب المشتريات لتصل إلى اقتراح ما يجب شراؤه، وهذا ما يفسح المجال واسعاً لظهور اهتمامات ومستويات السلطة المتداخلة بين الهيئة الإدارية والهيئة الاستشفائية بما يزيد فرص ظهور الصراع»⁽⁶⁾.

فمن ناحية يوجد هناك الإداري والسلطة مخولة له قانوناً ويضع في المقام الأول حساب التكاليف وتخفيض المصاريف الناتجة عن تقديم الرعاية الصحية للمرضى، من خلال السهر على تطبيق وتنفيذ القواعد التنظيمية الرسمية وترتيب إجراءات رشيدة والزامية اتباعها، في حين تنظر الهيئة الاستشفائية للمؤسسة على أنها موقع مناسب لتقديم خدمات الرعاية للمرضى على أساس كفاءة العلاج وليس على أساس مقدار تكلفة العلاج، وأكثر من ذلك فالمفيد للهيئة الاستشفائية أن يتوافر في المؤسسة عدد محدد من الأسرة لتعليم الطلاب والأطباء المقيمين، ما قد يزيد من المتاعب المالية للمؤسسة.

وفي ظل هذا النسق المزدوج للسلطة نجد منظورات مختلفة للجماعات المتباينة فيما يتعلق بمن يمسك زمام السلطة وفي أي مجال؟

I. التدرج الاجتماعي ووظائف المؤسسة الاستشفائية

إن الفصل الواضح بين واجبات وأنشطة الأفراد بالمؤسسة الاستشفائية أدى إلى ظهور التدرج بين الجماعات الصغيرة وبخاصة تدرج المكانة الذي ينهض على درجة المهارات والمعارف المكتسبة والدرجة التي يتعامل بها الأفراد مع المرضى، حيث يفرض التدرج الصارم قيود شديدة على كيفية تقدم الفرد في مساره الوظيفي وضمن جماعة معينة.

إذ يمكن للفرد أن يرقى عبر فترة زمنية طويلة من مستوى العامل إلى مستوى رئيس قسم أو فرع في إطار جماعة معينة، ولكن من النادر جداً أن يرقى الفرد من جماعة خاصة إلى أخرى من دون تلقي تدريب رسمي فمثلاً عامل الصيانة لا

يستطيع الوصول إلى مستوى المختص في علم من العلوم الطبية، ولا يصبح أفراد هيئة التمريض أطباء، ولا المختصين في الإلكترونيات يرقون في المستويات الإدارية، «وهذا ما يفسح المجال لاستمرار الأفراد ذوي الفرص المحدودة في المؤسسة لالتزامهم بأهداف التنظيم أكثر مما يستمر غيرهم من ذوي المطامح الشخصية، وفي الوقت نفسه قد يعيل التدرج في المؤسسة الاستشفائية إلى إعاقه عملية تنمية قيام الفريق بوظائفه، من خلال إعاقه محاولات الأفراد للتنسيق بين أوجه النشاطات المتباينة التي يؤديونها، إذ يتطلب عمل الفريق في أي موقع تنظيمي وضوح خطوط السلطة وكذا قنوات اتصال تتدفق بحرية وسلاسة، وقد أوضحت الدراسات المختلفة أنه كلما كان نسق السلطة أكثر تدرجاً كلما زاد احتمال تعطل عمليات الاتصال وسارت قنواته عبر خطوط المهنة الواحدة، فمثلاً أعضاء الجماعات المتمثلة في جماعة الأطباء وجماعة هيئة التمريض وجماعة الإداريين وكذا جماعة غير المهنيين يتكرر تفاعل أفراد كل جماعة فيما بينهم أكثر من تفاعلهم مع باقي الجماعات»⁽⁷⁾، وهذا ما يتسبب في تدرج طبقي من المحتمل أن يثير الصراع بين الصفوة الفنية والإدارية وبين مختلف الفئات العمالية بالمؤسسة الاستشفائية، كما أن جمود التدرج في الأدوار والمكانات بالمؤسسة الاستشفائية من الممكن أن يقلل من تفاعل أفراد الجماعات على اختلاف انتماءاتها الفئوية، ويتسبب في قصور قنوات الاتصال ويجعلها محصورة في نطاقها.

II. البناء غير الرسمي للمؤسسة الاستشفائية

«والميزة الثانية التي تظهر من خلال خصائص البناء الاجتماعي وأداء وظائف المؤسسة الاستشفائية هو نمو بناء غير رسمي وأنساق اتصال غير رسمية، أين لا يكتفي الأفراد والجماعات المختلفة بالأدوار التنظيمية على مستوى البناء الاجتماعي الرسمي، وإنما يتعدى ذلك إلى بروز اهتمامات غير تنظيمية مشتركة تكون في الغالب أكثر عمق وحرية في تدفقها، وتدور حول قنوات الاتصال الرسمية المغلقة، وهذا ما قد يخفف من التدرج الذي ينشأ عن الخطوط المهنية الرسمية

الصارمة، وبالتالي تجنب أو تقليل حدة الصراع الناجم بين الجماعات المتعارضة حول بعض القضايا التي تهمها، كما قد تعمل العلاقات غير الرسمية على التمسك بالرعاية الصحية للمرضى على أكمل وجه، فمثلا: قد يتفق كل من الطبيب وممرض قسم معين حول الطريقة التي يعالجون بها بعض المرضى، رغم أن هذه الطريقة من بين ما يمتاز به الطبيب في العلاج وغير متاحة في ضوء القواعد التنظيمية الرسمية للمؤسسة الاستشفائية»⁽⁸⁾.

وهكذا من الممكن تفادي بعض مواقف الصراع، أي أن الخصائص البنائية للمؤسسة الاستشفائية تجعل امكانية حل الصراع واردة، رغم أن الأطباء من ناحية يختلفون فيما بينهم فيما يتعلق برعاية المريض لعدم التيقن المطلق في اتخاذ القرارات الطبية، ومن ناحية أخرى فهم يعتمدون في أداء الأنشطة المسندة إليهم على أطراف أخرى كهيئة التمريض وكذا الهيئة الإدارية وهيئة غير المهنيين، وهذا ما قد يحتم عليهم في بعض الحالات الابتعاد عن فرض وجهة نظرهم واللجوء إلى اقناع وتجنب دخول الصراع معهم، وهذا لا يعني أن الصراع لا فائدة ترجى منه بل تفضيل تطوير شبكات تفاعل غير رسمية، تمكن المؤسسة من القيام بوظائفها التنظيمية بطريقة فعالة.

ثالثا: مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر

مرت السياسات الصحية في الجزائر بعدة مراحل أهمها:

المرحلة الأولى: مرحلة تسيير الأزمات الصحية (1962-1974)

بعد الجلاء الفرنسي ورثت الجزائر وضعية متأزمة في جميع المجالات، اتسمت بقلّة الموارد المادية والبشرية وكذا عدم توازن تركيبتها وتوزيعها، وازدادت خطورة المشكلة الصحية بعد الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين، ونقل المعدات والآلات المستخدمة، وترك المستشفيات دون تسيير إداري وتقني، هذه الوضعية حتمت القيام بعدة إصلاحات على المنظومة الصحية التي كانت في صورة مشوهة، ومن أجل مواجهة هذا الوضع استعانت الجزائر بإطارات من بعض الدول كبلغاريا

ورومانيا وروسيا... الخ، إضافة إلى إرسال العديد من الأطباء إلى الخارج من أجل تكوينهم وتدريبهم، كما أدى النقص في المعدات الصحية ورؤوس الأموال إلى خلق روح التعاون بين المؤسسة الاستشفائية الجزائرية والدول المتطورة لإعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار ليتماشى مع الوضع الجديد.

« ومن أهم الإصلاحات في هذه المرحلة نجد انتداب العديد من المسؤولين إلى المستشفيات الجامعية بمختلف ولايات الوطن بموجب القرارات المؤرخة في 26-27 نوفمبر إلى 07 ديسمبر 1965، وفي 22 فيفري و 07 مارس 1965 صدرت جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة العمومية ومن ضمن قراراتها أن هؤلاء المسؤولين يمارسون فترة تدريبية بالمراكز الاستشفائية الجامعية، كما تم إنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات التابعة للمساعدة الطبية والاجتماعية بقرارات من وزير الصحة في 07 مواد تم خلالها إيضاح التقسيم الإداري للمهن واختصاص كل شخص من هؤلاء المسؤولين، كما تعمل هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين وكذا اعداد قائمة الاجتماعات واللوازم والمستشفيات»⁽⁹⁾.

« وفي هذه الفترة من تطور المؤسسة الاستشفائية كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي، وكان نظام التشغيل مبنيا على لجتين واحدة طبية استشارية والأخرى إدارية تداولية مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منهما، كما يشترك ممثلو صناديق الضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الإدارية، ولم يكن هدف هذه المؤسسات الربح وإنما تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بأقل تكلفة، كما يتم وضع الميزانيات انطلاقا من معطيات محددة ومبررة»⁽¹⁰⁾.

ومجمل القول بالنسبة لهذه الفترة أو المرحلة من تاريخ المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، أنه بالرغم من وجود نصوص ومراسيم رسمية، وكذا موافق الثورة الجزائرية، كبرنامج طرابلس سنة 1962 وميثاق الجزائر سنة 1964، إلا أن السياسات

الصحية في هذه المرحلة لم تكن بارزة المعالم، بل جاءت كنتيجة حتمية لوضعية ورثتها الجزائر عن الاستعمار، والهدف منها هو الخروج من الأزمة التي كانت تعاني منها البلاد في شتى المجالات، أكثر منها كسياسة تستجيب للبناء الاجتماعي للمؤسسة الاستشفائية ويتلاءم والأهداف الدقيقة لها، وبقيت الصلاحيات متداخلة بين الفئات العمالية المختلفة لهذه المؤسسة، ما جعل خطوط وحدود السلطة بين مختلف الفاعلين الاجتماعيين غير واضحة بالشكل الذي يجعل من تأدية المهام والأنشطة أمرا غير ميسور، وهذا لاختلاف البيئة التعليمية وثقافتها وقيمها بين الأفراد بمختلف انتماءاتهم الفئوية، وبالتالي عدم توازن وتوزيع التركيبة البشرية، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى نقص الموارد المادية والمالية والهيكل والمنشآت الضرورية لتحقيق الأهداف والغايات المرجوة من المؤسسة الاستشفائية.

كل هذه العوامل ساهمت في أن لا تظهر استراتيجية واضحة المعالم لعملية الاتصال بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية، لأن الهدف الأول كان الخروج من الوضعية المزرية التي خلفها الاستعمار الفرنسي، دون البحث عن ترشيد علاقات العمل والبحث عن إرضاء الفاعلين الاجتماعيين بها.

المرحلة الثانية: مرحلة مجانية العلاج وتطبيب المشكلات الصحية (1974-1980)

عرفت المؤسسة الاستشفائية في هذه المرحلة عدة تطورات، وذلك بتطبيق مجانية العلاج وفقا لمرسوم 28 نوفمبر 1973، إذ شكّلت مجموعات عمل متعددة الاختصاصات وكلفت بالمساعدة في تنفيذ المخطط الرباعي الثاني، وإعداد البرامج الصحية وشبه الصحية، وفي هذه المرحلة اهتمت الجزائر بتطوير المنظومة الصحية من خلال مشروع الميثاق الوطني سنة 1976، إذ تتكفل الدولة بضمان الوقاية لتحسين صحة الأفراد، ومنه فإن عمل أو نشاط المؤسسة الاستشفائية العمومية يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار كعنصر مهم في التطور السوسيو-اقتصادي للمجتمع الجزائري، كما شكل الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الاستشفائية

الجزائرية، مع اقتراح تنظيم الوظيفة الطبية وتوزيع الأدوية، بالإضافة إلى إنشاء المراكز الطبية الاجتماعية والمخابر اللازمة خاصة في المناطق النائية، وتدعيم البنية التحتية وتلاحم الهياكل الإدارية بحكم التزايد المستمر للسكان وإصلاح السلك الطبي والشبه الطبي، وإعطاء الأولوية للمناطق التي تعاني نقص في التأطير الطبي وتطوير وقاية الأم والطفل بالمراقبة الطبية المستمرة بطريقة تعطي للصحة العمومية محتوى اجتماعي صارم.

وتواصلت التطورات في النظام الصحي الجزائري حيث أدخلت المراكز الصحية إلى الأرياف وتزايد عدد المستشفيات في المدن وتجددت مركزية العلاج، وشهدت هذه الفترة تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين بالقدر الذي انعكس إيجابا على الوضع الصحي بصفة عامة، حيث ارتفع أمل الحياة وانخفض معدل الوفيات بين الأطفال الرضع، وتقلصت وتيرة وحدة الأمراض المعدية.

«والملاحظ أن هذه المرحلة تميزت بتراجع الدولة في الإنفاق على الصحة، ففي سنة 1979 كانت الدولة تساهم بحوالي 61 % من الإنفاق على الميزانية المخصصة لإنشاء وتسيير القطاعات الصحية في حين كان صندوق الضمان الاجتماعي يساهم في نفس السنة بـ 38.5 %، غير أن هذه النسب تغيرت مع حلول سنوات الثمانينات، كما تميزت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة للسلطة، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، كما أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، وقد ساعد على ذلك ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة، إضافة إلى غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي ما أدى إلى عدم القدرة في حل المشكلات الصحية للمواطنين وهجرة هؤلاء لهياكل العلاج القاعدية، وقد تسبب ذلك في اكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا مع تدهور نوعية العلاج»⁽¹¹⁾.

ورغم دعوة المخططين الرباعين الأول والثاني الداعية إلى مبادئ المشاركة العمالية في التسيير واتخاذ القرارات، إلا أن ذلك بقي مجرد قوانين ولوائح جامدة ووجد العمال أنفسهم بين المركزية الشديدة والفئات المتصارعة من أجل القبض على زمام السلطة، جراء سوء توزيع الموارد المالية بين القطاعات الصحية، وعدم وضع استراتيجية تهتم ببناء العلاقات الاجتماعية للمؤسسة الاستشفائية وتسيير وإدارة مواردها البشرية، وعدم التقسيم الدقيق للعمل وتحديد المسؤوليات والأدوار داخل المؤسسة الاستشفائية، ما جعل قنوات الاتصال غير واضحة رغم تطور إمكاناتها المادية والبشرية في هذه المرحلة عنه في المرحلة السابقة.

المرحلة الثالثة: مرحلة السياسة الصحية الجديدة (1980-1995)

لا تختلف هذه المرحلة عن سابقتها فهي الأخرى عرفت تغيرات نوعية في تطور المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، وكانت بمثابة تقييم للسياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر ومن ضمنها السياسة الصحية، حيث تم وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل من خلال إصلاح القطاع الصحي، «ولعبت الحكومة آنذاك دورا بارزا في سبيل إصلاح هذا القطاع، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث في الثمانينات انعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية، وركزت اهتمامات هذه الفترة على التثقيف الصحي للسكان بالاعتماد على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة لتبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع، كما تميزت هذه المرحلة باستقلالية المستشفيات الجامعية، حيث أصبحت لها ميزانية خاصة وظهور مشاريع رسمية لفتح عيادات طبية وجراحية خاصة، أي أن هذه المرحلة اتسمت بانفتاح المؤسسة الصحية وليبرالية العلاج»⁽¹²⁾.

الملاحظ على هذه الفترة من تطور ونمو المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية أنها تميزت بمركزية السلطة على مستوى أجهزة الدولة التي كانت الراعي الرسمي في إدارة وتسيير هذه الأخيرة، وبمجرد بداية انفتاح السياسة الصحية على

اقتصاد السوق وليبرالية العلاج، بدأ نزوح الإطارات الطبية والشبه طبية إلى القطاع الخاص، نظرا لقلّة الحوافز المادية والمعنوية المختلفة التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية العمومية للعاملين، كما ساهمت الإصلاحات المعتمدة مساهمة كبيرة في تغذية الصراعات القائمة على مستوى هذه المؤسسة والقطاع الصحي بصفة عامة، هذا الأخير شهد تناقضات عديدة حالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها، « ولا يعود ذلك إلى الأساليب التسييرية فحسب بل أيضا إلى الذهنية المؤسساتية في المجتمع الجزائري، التي أقل ما يقال عنها أنها لم تتخلص من الفعل الثقافي التقليدي وهيمنة القيم المجتمعية المتناقضة في مجملها مع قيم ما جاء به الفعل التحديثي»⁽¹³⁾، كما أن الإصلاحات التي عرفتتها المؤسسة الاستشفائية الجزائرية ارتكزت على محاولة تطوير المنشآت والهياكل وعصرنتها، دون الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية للعمل والعنصر البشري الذي يعتبر المحور الأساسي لكل عملية تغييرية وتطويرية.

المرحلة الرابعة: مرحلة إصلاح المنظومة الصحية (1995- إلى الوقت

الحاضر)

عرف قطاع الصحة بداية من جوان 2002 إضافة تسمية جديدة على الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية ليتسع أكثر فأكثر مجال عملها ونشاطها، ألا وهي "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات" والغرض منها الوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون نمو هذا القطاع الاستراتيجي والحساس، وإيجاد الحلول المناسبة لإنعاشه عن طريق تطبيق مبدأ إصلاح المستشفيات العمومية من الداخل، بمعنى البحث عن ميكانيزمات جديدة تسمح بتسيير وتمويل هذه المنشآت الصحية ذاتيا أي لامركزية التمويل والتسيير.

وحاليا تم اعتماد صيغة جديدة في تسيير المؤسسات الاستشفائية الجزائرية تعرف بنظام التعاقد وهي شكل عصري من المجانية المسيرة أو المنظمة، وهذا لتحقيق المساواة في مجال الصحة بين مختلف جهات الوطن، بحيث تتوفر كل المناطق على

نفس الإمكانيات البشرية والتجهيزات والأدوية واتاحة إنشاء وكالات جهوية تتكفل مباشرة دون وصاية الوزارة بتوفير إمكانيات العلاج على مستوى المناطق التابعة لها، باستثناء بعض التخصصات التي مازالت محل بحث، والتي يتطلب الأمر فيها التنقل إلى المراكز الكبرى، وعدى هذه الاستثناءات تبقى كل إجراءات التكفل متوفرة بالمنطقة الصحية.

«وفي هذه المرحلة عرفت اصلاحات المؤسسة الاستشفائية الجزائرية عدة تغييرات على هيكل الصحة العمومية الجزائرية، حيث تشير الإحصائيات الواردة من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى ارتفاع عدد المستشفيات من 156 سنة 1962 إلى 240 مستشفى سنة 2008، كما أثرت إعادة الهيكلة خلال سنة 1998 على البنية الأساسية للصحة، حيث أنشئت المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (E.H.S) إلى جانب المستشفيات الجامعية (C.H.U)، ويتفاوت نظام تقديم الرعاية الصحية بدرجة كبيرة من حيث التوزيع المادي والبشري العادل للموارد الصحية بين مختلف جهات الوطن، حيث يوجد 13 مركز استشفائي جامعي ومؤسسة استشفائية جامعية واحدة و62 مؤسسة استشفائية متخصصة، كما تشير إحصائيات سنة 2005 إلى وجود أكثر من 50000 طبيب، إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لا تزال هشة وتعرف نقائص كبيرة»⁽¹⁴⁾.

في النهاية يمكن القول أن المؤسسة الاستشفائية الجزائرية ورغم التغييرات والتطورات التي شهدتها منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، سواء من حيث عدد العاملين، أو من حيث الهياكل الصحية، إلا أنها تعرف حاليا عدة تناقضات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي وجدت من أجلها، لأن الإصلاح ارتكز على محاولة تطوير المنشآت والهياكل وعصرنتها دون الاهتمام بالعنصر البشري فيها وطبيعة العلاقات الاجتماعية للعمل بالمؤسسة الاستشفائية، كما ظهرت سيطرة الدولة جلية على زمام السلطة وسيرورة هذه

المؤسسة وعدم منحها الاستقلالية اللازمة في اتخاذ القرارات، فبقيت الإصلاحات المتخذة في المجال الصحي رهينة لقرارات تصدر من القمة، دون العودة إلى المؤسسة المعنية ومعرفة ما يلزمها وما يجب أن يتخذ من قرارات في شأنها.

فالبحث عن تناول علمي وعملي في تسيير وإدارة المؤسسة الاستشفائية ليس بالأمر السهل بل يتطلب الكثير من البحث الشاق، غير أن هذه المشكلة لا تمنع من تقديم نقد عام يساهم في فهم المشكلة التنظيمية للمؤسسة الاستشفائية الجزائرية، إذ يمكن تلخيصها من وجهة نظرنا في النقاط التالية:

❖ اسناد عملية إدارة المؤسسة الاستشفائية إلى أفراد تكنوقراطيين لا يملكون النظرة التنظيمية والخيال الفكري والعلمي في إدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية المعروفة ببنائها الاجتماعي وخصائصها التنظيمية المتميزة عن غيرها من الخصائص في المؤسسات الأخرى.

❖ إقامة إصلاحات يغلب عليها الطابع الأيديولوجي دون مراعاة الجوانب التنظيمية وطبيعة العلاقات الاجتماعية الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية.

❖ الخلط بين مفهوم السياسة الصحية التي هي من صلاحيات الدولة ومفهوم الطريقة التنظيمية التي هي من صلاحيات المؤسسة الاستشفائية، باعتبارها شخصية معنوية متميزة تتطلب طريقة تنظيمية ومنهجاً خاصاً لإدارة مواردها البشرية.

❖ رغم المناداة بتطبيق مبادئ المشاركة العمالية واتخاذ القرارات ولا مركزية التسيير بالمؤسسة الاستشفائية، إلا أن ذلك بقي مجرد قوانين ولوائح جامدة، ووجد العمال أنفسهم بين المركزية الشديدة والفئات المتصارعة من أجل القبض على زمام السلطة، جراء سوء توزيع الموارد المالية بين القطاعات الصحية.

❖ تمسك القائمين بشؤون المؤسسة الاستشفائية بمفهوم سلطة الخضوع بدلا من سلطة التفاوض التي تقوم على المعارف والمهارات والكفاءات وليس على الوضعية الهيكلية في السلم التنظيمي.

❖ تخلي النقابات العمالية عن دورها الأساسي المتمثل في تعديل وضبط العلاقات التي ترتبط بحاجات المؤسسة الاستشفائية من جهة، وحاجات الموارد البشرية من جهة أخرى.

❖ عدم وجود استراتيجيات واضحة المعالم لمختلف المتغيرات والعمليات التنظيمية المرتبطة بعمل المؤسسة الاستشفائية كالسلطة والإشراف والقياد والاتصال وغيرها، وكذا عدم تحليل ومناقشة مختلف العلاقات القائمة بين مختلف الفئات العمالية أثناء تنفيذ هذه العمليات.

من هنا يمكن القول أن هذه العوامل ساهمت وبشكل كبير في تأزم المشكلة الصحية في الجزائر وفسحت المجال واسعا لتفشي الصراعات بين أفراد المؤسسة الاستشفائية على اختلاف انتماءاتهم الفئوية.

الهوامش و المراجع المعتمدة:

1. عبد السلام بشير الدويبي: علم الاجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص71.
2. أروي مصطفى أحمد سيف: نمط السلطة ودورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، 1996، ص- ص14-15.
3. علي عبد الرزاق جلي: علم اجتماع التنظيم (مدخل للتراث والمشكلات والموضوع والمنهج) دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص- ص187-188.
4. مزينة بلقاسم: السلطة والرضا الوظيفي لدى العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية، دار الوسام العربي للنشر والتوزيع، عنابة، الجزائر، 2011، ص74.
5. عبد الرزاق جلي: مرجع سبق ذكره، ص190.

6. طارق السيد: أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2007، ص121.
7. عبد الرزاق جلي: مرجع سبق ذكره، ص- ص199-200.
8. طارق السيد: مرجع سبق ذكره، ص126.
9. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية: الجريدة الرسمية، القرارات المتضمنة حركة موظفي الصحة العمومية، العدد الأول، 1966، ص- ص341-342.
10. بن لوصيف زين الدين: تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، أبحاث روسيكادة، جامعة سكيكدة، العدد الأول، الجزائر، ديسمبر 2003، ص- ص148-137.
11. مزبوة بلقاسم: السلطة والرضا الوظيفي لدى العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص59.
12. نورالدين بوالشرش: التحول من مفهوم اليد العاملة إلى الرأسمال البشري في المؤسسة العمومية الجزائرية. المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية. نموذجاً، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة باجي مختار. عنابة. 2011-2012، ص191.
13. مزبوة بلقاسم: الجامعة الجزائرية بين الوظيفة التقليدية والوظيفة الاستراتيجية، مجلة آفاق علمية، منشورات المركز الجامعي تلمراس، العدد06، الجزائر، فيفري 2012، ص310.
14. نورالدين بوالشرش: مرجع سبق ذكره، ص202.