

التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجاً -

د. عدنان محمد¹، عدنان مريزق²¹ المدرسة العليا للتجارة (الجزائر)، mohamedayoub3@yahoo.fr² المدرسة العليا للتجارة (الجزائر)،

تاريخ الاستلام: 2022/04/21 ؛ تاريخ القبول: 2022/05/10؛ تاريخ النشر: 2022/06/30

ملخص:

مهما كان مصدر التغيير التنظيمي المقرر، فعلى المؤسسة أن تنمي قدراتها للاستجابة للتغيرات الخارجية والداخلية.

وبهدف تغيير تنظيم المؤسسات الصحية في إطار التحسين، فيتمثل رهان المسير في إيجاد وسائل لتوحيد أصحاب المصلحة حول مشروع التغيير، وقيادتهم وحشدتهم بصورة كبيرة ومستمرة من أجل إدانة التغيير في سياق التحسين المستمر.

الكلمات المفتاحية: التغيير التنظيمي، المؤسسة الصحية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

Résumé

Quelle que soit l'origine du changement organisationnel envisagé l'entreprise doit développer en elle les capacités de réagir aux modifications externes par des changements internes.

Afin de changer l'organisation des établissements de santé dans l'optique d'une amélioration, le défi gestionnaire consiste à trouver les moyens de fédérer les acteurs autour du projet de changement, de piloter celui-ci tout en les mobilisant de façon importante et continue pour pérenniser le changement organisationnel dans une perspective d'amélioration continue.

Mots clés : changement organisationnel, établissements de santé, établissement public de santé de proximité.

المقدمة

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.

وتتطلب مواجهة 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

1 المؤلف المرسل: عدنان محمد، الإيميل: mohamedayoub3@yahoo.fr

الصحية بشكل يتصف بالتميز. كما أن المؤسسة الصحية اليوم بحاجة ماسة إلى إعادة هندسة تمكنها 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 والهياكل خارج الاستشفائية، حيث يتمثل الهدف الجوهرى من التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الاستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.

وبناء على ما سبق تتمحور إشكالية البحث في السؤال الجوهرى الآتي:
ما هو مضمون التغيير على مستوى المؤسسات الصحية بالجزائر؟

وتفرع عن السؤال أعلاه جملة من الأسئلة، نعرضها فيما يلي:

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

للإجابة على الإشكالية المطروحة، ارتأينا تقسيم البحث إلى جزئين: سيتناول الجزء الأول التغيير التنظيمي على مستوى المؤسسات الصحية. أما الجزء الثانى، فسيعرض للتغيير التنظيمي في المؤسسة العمومية للصحة الحوارية كنموذج للتغييرات التي مست قطاع الصحة بالجزائر.

وتتحلى أهمية الموضوع في كونه يتعرض للتغيير في المؤسسة الصحية التي تهتم بأعلى وأثنى ما يملكه الإنسان والمجتمع الصحيح السليم المعافى هو مجتمع قوى اقتصاديا؛ اجتماعيا و ثقافيا.

أولا: التغيير على مستوى المؤسسات الصحية

سوف نتطرق في الجزء الأول من هذا البحث لدوافع التغيير في المؤسسات الصحية، ثم لجملة من النقاط: ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية، ميادين التغيير وأنواعه في المؤسسات الصحية، إدارة التغيير في المؤسسات الصحية، استراتيجيات التغيير، معوقات تنفيذ التغيير، على النحو التالى:

1- دوافع التغيير في المؤسسات الصحية

تشهد المؤسسات الصحية الكثير من الانتقاد وعدم الرضا من طرف العامة والخاصة، من حيث نوعية الخدمة أو حتى في ظل الظروف التي يعمل فيها الموظفون، ومن خلال هذا المطلب سيتم التعرف على النقائص التي دفعت للمطالبة بالتغيير.

1-1- تدني المستوى الخدماتي للمنظمة الصحية: 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 المداخليل...) ويمكن حصر هذه النتائج فيما يلي:

- انخفاض التكفل بالطلبات الصحية ضمن الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، المالية... أثر سلبا على مخطط الصحة، فبالرجوع إلى الحالة الصحية لسنوات السبعينيات في الجزائر تبين عودة "الدفتيريا" بعدما قضي عليه في نهاية السبعينيات وهذا نتيجة لانقطاع التمويل بالتلقيح في بداية التسعينيات (1).

- عدم توازن الموارد والوسائل والمناطق الموزعة عليها، مما أفرز معه عدم فعالية الهياكل الصحية، إذا ما نزلنا إلى الشمال نجد تركز معظم المراكز الجامعية، وكلما انتقلنا إلى الجنوب والمناطق الداخلية لا نجد تغطية إلا بنسبة 10-15 % حيث تبقى مهمتهم الرئيسية في تحويل المريض نحو الشمال لتبقى بذلك 50% من الهياكل غير عملية (2).

- جل الأجهزة معطلة لعدم وجود سياسة صيانة فيها، مما يؤدي إلى انخفاض معدل عمر الأجهزة.

- انتظار طويل للمريض يفوق ساعات وساعات في قسم الاستعجال، وسوء التكفل والاستقبال.

1-2- صعوبة الظروف العملية: إذا ما تم التدقيق مليا في النتائج الوخيمة التي آلت إليها المؤسسات الصحية، يمكن تصنيف أهم الأسباب التي أنتجت هذا الفشل في (3):

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

- غياب المشاركة في اتخاذ القرارات التي تهم موظفي المؤسسة.

- غياب متابعة للقدرات والفعاليات الفردية والجماعية.

- 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.

2- 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 أولا، وتواجه منافسيها ثانيا، وتكون قادرة على مسايرة الأوضاع لتجد لها مكانا يؤهلها للبقاء والنمو.

1-2- التغيير ضروري لنمو وتحسين خدمات المؤسسات الصحية: تعاني المؤسسات الصحية من رداءة وضعف خدماتها، ولهذا فالتغيير من شأنه أن يخلف نموا وتطورا فيها، هذا النمو يتمثل في (4):

- خلق الفعالية، ومضاعفة العطاء والخدمة 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.

2-2- 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، وتغير الأوضاع وأساليب العمل الحديثة، وكذلك ظهور ما يسمى بالخصوصية كان لزاما على المؤسسة الصحية أن تدرك هذه الضرورة في تغيير مسارها الحالي فأحسن وسيلة لشكل جديد، من التفكير في تطوير ونمو القدرات تتطلب العمل على تغيير المؤسسة نحو ما يسميه المختصون بالتنظيم المتمرن أين تصبح فكرة التغيير ضرورية وهاجسا للجميع، حيث تتمركز شيئا فشيئا في الفكر، السلوك والمعاملة، لتأخذ معها مراجعة دائمة للسياسات المعتمدة في تسيير المؤسسة. ففي معظم الأحيان عدة أشكال للتغيير تتحد فيما بينها ليكون برنامج تغيير جذري للإجابة على حالة أزمة، متبوع بسياسات إصلاحية متزامنة. وفي حالة أخرى مشروع إداري يطبق بصفة منتظمة على المؤسسة لتتبعه مراجعة عامة لنوع سياسة التسيير، وهكذا فالتغيير يجب أن يكون دوما مستمرا بتحسين برنامج العمل ويدفع بالموظفين بعيدا نحو التغيير الأحسن.

3- ميادين التغيير وأنواعه في المؤسسات الصحية

سيتم عرض ميادين التغيير التنظيمي ومختلف أنواعه، على النحو التالي:

3-1- ميادين التغيير في المؤسسات الصحية

يمكن أن يمس التغيير التنظيمي عدة ميادين في المؤسسات الصحية ووسيتم تناول اثنين منها: التغيير على مستوى الهياكل والتغيير على مستوى العنصر البشري في حد ذاته.

- **التغيير على مستوى الهياكل:** فهو يحدد التغيرات الداخلية في التنظيم، من حيث إعادة تنظيم الأقسام الإدارية، مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وإعادة تعديل العلاقات بين الإدارات والأفراد وغيرها(5).

- **التغيير على مستوى العنصر البشري:** يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة، فباستقامته تستقيم الأوضاع وباعوجاجه تتعقد المشاكل. ولهذا يمكن القول أن تطور الهياكل وتغيرها لا يأتي إلا بتغير وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل.

أول نقطة يمكن التركيز عليها في تغيير العنصر البشري هي كيفية التأثير في تصرفات الموظفين وإدخال عوامل جديدة تدفعهم إلى تقديم مساهمات أكثر، لكن الأمر يبدو صعبا خصوصا، فالكل يعلم أن من أصعب الأمور التي تتطلب جهودا أكبر وإقناعا أكثر هو تكوين ذهنيات جديدة وتوجيه الأفراد وفق متطلبات المنظمة، لأن الفرد أو الموظف ينطلق من ثقافته وبيئته ويستعمل الأساليب التي يعرفها والمتعود عليها فليس من السهل إقناعه بالتخلي عن المبادئ التي رسخت في ذهنه وتعويضها بأفكار جديدة.

ويمكن التغيير في سلوكات الموظفين عن طريق تغيير إجراءات التوظيف وطرق التدريب والتكوين وتحسين وسائل الاتصال بين الموظفين، لكن هذه الطريقة تعتبر من أصعب الطرق، باعتبار أن هناك اختلافا في الذهنيات ومستويات التكوين الثقافي.

أما في حالة امتناع أي موظف عن تقبل الإجراءات الجديدة بطرق ديبلوماسية، فعلى الإدارة اللجوء إلى العقاب بصورة استثنائية(6).

ومن الأمور التي تساعد الموظف على تقبل الجو الجديد للعمل هو جعله يحس فعلاً أنه ينتمي إلى مؤسسته، وهذا بالنظر في مشاكله والاستماع إليه والتغلب على الخلافات الداخلية. وبهذا تصبح الأهداف مشتركة بين جميع الموظفين، بالإضافة إلى تحسيسهم بأهمية آراءهم والأخذ بها أحياناً واعتبارهم الثروة الأولى والأخيرة لنجاح مؤسستهم. وبالنظر إلى المنظمة الصحية يمكن القول أن العنصر البشري مشقت الأفكار، فمن جهة الطبيب يفكر لوحده وكذلك الشبه طبي، فيلاحظ عدم تواجد اتحاد فكري منهجي والأهداف تكاد غير واضحة ومشتركة.

3-2- أنواع التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية

يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المؤسسات الصحية إلى أنواع كما يلي(7):

- **التغيير الفني:** ينصب هذا التغيير على الوسائل وليس على الغايات، ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة. فعلى سبيل المثال، فإن قرار تغيير جهاز تصوير إشعاعي بآخر ذي قدرة إنتاجية أعلى يتضمن كلفة قليلة للمنظمة وأثراً قليلاً أيضاً. في حين أن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسل الكلى في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة.

إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة المختلفة، حيث سيحدث طلباً على هذه الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة، والهندسة والصيانة وغيرها.

وبالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر فكلاهما يمثل تغييراً في الوسائل ولا يمثل التغيير في الأهداف الأساسية للمنظمة.

- **التغيير التعديلي:** وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل، حيث ينصب على أهداف المؤسسة دون تغيير في الوسائل الجوهرية، فقرار المستشفى مثلاً بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزاً للتعليم الطبي والصحي هما مثالان للتغيير التعديلي، حيث إن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين موجودة أصلاً لدى المؤسسة، وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المؤسسة وتركيزها، وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة.

- **التغيير التكتيقي:** ويتضمن تغييراً في كلا الوسائل والغايات معاً، وهذا النوع لا يحدث في المؤسسة الصحية بشكل متكرر. وعندما يحدث، فإنه يتضمن تعديلاً جوهرياً في توجه المنظمة (الغايات والأهداف)، وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة.

4- إدارة التغيير في المؤسسات الصحية

تعتبر إدارة التغيير في منظمات الرعاية الصحية إحدى أهم المسؤوليات الإدارية للمدير الصحي، مما يستوجب عليه امتلاك مهارات أساسية لقيادة التغيير والتي تساعده على اختبار الإستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير في منظمته وكذا القدرة على مواجهة الصعوبات التي تحول وتطبيق التغيير في المؤسسة الصحية.

لكي ينجح قائد التغيير في الدور الذي يؤديه، يجب أن يملك مجموعة من المهارات تساعده في التأثير والاستمرار في توجيه سلوك الأفراد، وتصنف هذه المهارات في أربعة فئات رئيسية كما يلي:

- **المهارات الفنية:** وتتضمن مجموعة المهارات المتعلقة بفهم جوانب العمل الإداري وكل ما يتعلق بالعمل، وهي مهارات محددة ومألوفة وسهلة في اكتسابها وتنميتها مقارنة بالمهارات الأخرى.

ومن أهم السمات والقدرات التي ترتبط بالمهارة الفنية للقائد على سبيل المثال القدرة على تحمل المسؤولية، الفهم العميق والشامل للأمور، والإيمان بالهدف وبإمكانية تحقيقه(8).

- **المهارات الإنسانية:** تتعلق هذه المهارات بقدرة القائد على تفهم حاجات ودوافع العاملين معه ومقدرته على إشباعها والتي تلعب دورا مهما في تحديد مدى رضا الفرد لعمله(9).

تؤدي القدرة على معرفة حاجات الأفراد ورغباتهم إلى فهم المثيرات والسلوك الصحيح الذي يؤدي إلى التعامل معها ومعرفة ردود الآخرين اتجاهها مما يؤدي إلى فعالية أكثر وإنتاج أفضل(10).

ومن سمات المهارات الإنسانية الاستقامة وتكامل الشخصية، الأمانة والإخلاص والخلق الطيب، والقدرة على التعامل مع الأفراد(11).

- **المهارات الفكرية:** وتشمل مهارات التحليل والتشخيص وحل المشكلات واتخاذ القرارات والإبداع والابتكار(12).

- **المهارات التنظيمية:** وتتضمن هذه المهارات معرفة نظريات التنظيم والتطوير التنظيمي، والاستعانة بها لتفسير الظواهر الإدارية والتنبؤ بالاحتياجات المستقبلية(13).

5- استراتيجيات التغيير

توجد العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم، وسيتم تناول أهم هذه الاستراتيجيات على النحو الموالي(14):

5-1- استراتيجيات إعادة التعليم

تعتمد هذه الإستراتيجية على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل موضوعي، حيث إنح لا تقرر بشكل مسبق خطة للمنظمة بل تستعمل في الأصل كمصدر لتوليد النقاش والأفكار حول معالجة الفجوة بين ما تفعله المنظمة حاليا وما يتوجب عليها عمله ومن الاستراتيجيات الشائعة في منظمات الرعاية الصحية.

- **استراتيجيات التعليم المستمر:** وتستعمل هذه الإستراتيجية بشكل خاص للأطباء والمرضات، حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والتفجر المعرفي في العلوم الطبية والصحية التركيز على التعليم المستمر كمدخل لتفعيل عملية التغيير.

- **إستراتيجية التغذية الراجعة للدراسات المسحية:** تتمثل الفكرة الأساسية في هذه الإستراتيجية في البدء بعملية التغيير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول أنشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين في المنظمة. ومن ثم يتم تغذية النتائج لمجموعة من الأفراد لإعطائهم فرصة لاستكشاف معاني ومضامين هذه النتائج والخلوص إلى استنتاجات والوصول إلى إجراءات تصحيحية. ثم يصار إلى جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراء التصحيحي ويعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراء التصحيحي(التغيير).

وتتمثل الوظيفة الأساسية لعملية التغذية الراجعة في إظهار التناقض بين ما تفعله المنظمة وما يتوجب عليه فعله وجعل هذا التعارض واضحا للمشاركين في المنظمة، وتؤثر التغذية الراجعة على السلوك عن طريق توليد الطاقة عند الأفراد وحفزهم للبدء باتخاذ إجراء تصحيحي لأنها تقدم للأفراد والجماعات في المنظمة معلومات تتعارض مع إدراكهم ومعتقداتهم.

فعلى سبيل المثال تعتقد قيادة الهيئة الطبية عادة بأن الأطباء يقدموا لمرضاهم خدمات رعاية طبية جيدة، إلا أنه عند جمع البيانات عن مؤشرات جودة الرعاية في المنظمة الصحية كمعدل التهابات ما بعد الجراحة ومعدل الإقامة في المستشفى، فقد نجد أن هذه المعدلات مرتفعة قياسا بالمعايير المقبولة مما يحفز قيادة الهيئة الطبية على التفكير باتخاذ إجراء تصحيح.

5-2- إستراتيجيات الإقناع

على عكس استراتيجيات إعادة التعليم تحاول استراتيجيات الإقناع إحداث التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد، فالتركيز هنا هو على بيع الفكرة المراد تبينها والتي قد تركز على معلومات أساسية أو على معلومات مفبركة إضافة إلى التلاعب بالأفراد والتأثير على مواقفهم من خلال المناورة والسياسة وهذه الاستراتيجيات شأنها شأن استراتيجيات إعادة التعليم أكثر ما تكون أهمية في المراحل الأولى لعملية التغيير أي مرحلة إدراك المشكلة ومرحلة تحديد ما يجب عمله أو في المرحلة الأخيرة أي مرحلة القبول بالتغيير. ففي المراحل المبكرة لعملية التغيير تركز معظم استراتيجيات الإقناع على مواقف الأفراد بهدف إقناعهم بالتغيير، وهناك أساليب مختلفة للإقناع منها التقريب المتتابع، أسلوب التشابه، أسلوب تشتيت الذهن.

5-3- استراتيجيات التيسير

وتمثل هذه الاستراتيجيات التدخلات التي يتم القيام بها لتسهيل تنفيذ التغيير المطلوب. ويقوم استعمال هذه الاستراتيجيات على افتراض أن المنظمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج، وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير. ومن بين أهم الاستراتيجيات المستعملة في هذا السياق أسلوب بناء الفريق، حيث إن منظمات الرعاية الصحية تعتمد إلى حد كبير على فرق العمل في أداء مهامها والتي يجب أن تعمل بتناغم وتعاون لضمان تقديم خدمات رعاية طبية جيدة. ورغم ذلك توجد درجة عالية من النزاع والخلاف والغموض بين مجموعات العمل داخل هذه المنظمات في عالم الواقع مما ينعكس سلبا على فاعلية المجموعات وعلى قدرتها على المشاركة الفعالة في عملية التغيير. ويعتبر أسلوب بناء الفريق مدخلا لدعم الأداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفاعلة فيها.

5-4- إستراتيجيات القوة

تقوم هذه الاستراتيجيات على استعمال العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان الفرد للتغيير. وتستعمل استراتيجيات القوة وبشكل خاص عندما تفشل المنظمة أو إحدى الوحدات التنظيمية فيها إدراك الفجوة الأدائية (ما تفعله وما يتوجب فعله)، حيث تفشل في البدء بعملية التغيير المطلوب. إلا أنه يعاب على هذه الاستراتيجيات وبشكل واضح أنها وإن كانت تضمن تنفيذ التغيير إلا أنها لا تضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة.

6- معوقات تنفيذ التغيير

تواجه منظمات الرعاية الصحية صعوبات تتمحور في عدة عوامل سيتم ذكر بعضها(15):

- **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. تحمل هذه الخصائص مضامين هامة بالنسبة لتنفيذ التغيير التعديلي والتكيفي، حيث ينظر إلى هذه التغييرات بأنها ذات أثر مباشر على الأفراد المعنيين بإنتاج وتقديم الخدمة الطبية. ومن جهة أخرى فإن منظمات الرعاية الصحية لديها الميل وبشكل مسبق لتقويم كفاءة التغيير المقترح مسبقاً فلا مجال للمخاطرة في الممارسة الطبية.
- **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 لابد من التركيز على الأفراد الرئيسيين في المنظمة. وحقيقة الأمر أن الكثير من الأفراد ممن هم خارج نقاط السلطة الرسمية يمتلكون قدراً كبيراً من القوة والقدرة على التأثير مثل الأطباء، حيث إن الفشل في استشارة هؤلاء منذ البداية يمكن أن يفشل أو يعرقل جهود التغيير.
- **طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين 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.
- **تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية:** حيث تضع منظمات الرعاية الصحية أهمية واهتمام كبير 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.
- بالإضافة للمعوقات السالفة الذكر، يعد مصدر التغيير من أهم العوامل التي ترفع من مقاومة الفاعلين له ذلك أن أي تغيير يفرض على الفاعلين من الخارج أو من القمة سوف يكون مثيراً للمعارضة لأنه يهدد مراكزهم وسلطاتهم ولاسيما إذا لم يكن بناء على طلبهم، لأنه يحمل في طياته معنى ضمناً بأنهم لا يؤدون أعمالهم على أكمل وجه، الشيء الذي يجعلهم يفسرونه في صورة نقدٍ موجه لهم ولظروف عملهم وسلوكهم الذي تعودوا عليه وتطبعوا به مما يرفع من درجة مقاومتهم له وتنعدم مساعدتهم إلى القائمين به. أما إذا كان هذا التغيير بناء على طلبهم فإنهم ينظرون للقائمين به على

أنهم يعملون لصالحهم . كما يؤدي التنظيم غير الرسمي دوراً كبيراً في الرفع من درجة المقاومة للتغيير عند الفاعلين ولا سيما المتتمين إليه، حيث يعتمد إلى خلق الشكوك عندهم في نيات الإدارة، ويبرز احتمال ظهور نتائج سيئة مترتبة عليه، ويستمد قوته من بعض العيوب الشائعة والأخطاء المتكررة في المنشآت الرسمية وأهمها : ظاهرة تركز السلطة، وعدم افتتاح قنوات الاتصال بين مستويات المنشأة، وقلة تدفق المعلومات السليمة من قمته إلى قواعدها، وضعف أساليب القيادة والإشراف وعدم قدرتها على تحفيز الفاعلين . وقد أوضحت عدة دراسات أن إقناع قادة التنظيم غير الرسمي وجلب ثقتهم وانخراطهم في مشروع التغيير قد يؤدي إلى نجاح صيرورة تنفيذه، الشيء الذي لم يكن ممكناً تحقيقه بالاعتماد على الأسلوب الرسمي، ويمكن أن نستخلص أن مقاومة جماعات العمل تكون أكبر من مقاومات الفاعلين مجتمعة لأن سلوك الجماعة لا يمثل سلوكاً مماثلاً ومطابقاً لسلوك الفاعل فهو مضاعف من حيث القوة، كما يلاحظ أن أثر التغيير المقترح في الجماعة غالباً ما يكون أكبر من أثره في الفاعل، وتكون المقاومة متطابقة مع حجمه : فإذا كان بسيطاً فإنه سيخلق معارضة بسيطة نسبياً، أما إذا كان كبيراً فإن إمكانية ظهور مقاومة شديدة من جانب الجماعة تكون كبيرة، كما تكون الآثار المترتبة عنه على مراكز السلطة والاختصاصات ومسؤوليات الفاعلين الذين يتعلق بهم كبيرة أيضاً(16).

ثانياً: التغيير في المنظومة الصحية الجزائرية

تتميز المنظومة العمومية للصحة ببعض الاختلالات، الشيء الذي أدى إلى إعادة التفكير في تنظيمها. وسيتم إبراز خلفيات التغيير في المنظومة العمومية للصحة من خلال التعرض إلى العناصر الآتية:

1- أسباب التغيير

تتمثل أهم أسباب التغيير في المنظومة العمومية للصحة في السببين الرئيسيين الآتيين:

السبب الأول، ويتمثل في تكريس القطاع الصحي لأهم موارده لصالح المستشفى أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية والذي نجم عنه سلبات تتمثل فيما يلي(17):

- اتجاه المواطن بالدرجة الأولى للمستشفى العام الذي وجد نفسه يؤمن خدمات العيادة الخدمات.

- تركز الطلب على العلاجات أكثر خصوصية مثل (الأورام، جراحة القلب والأوعية طب العيون) في بعض المستشفيات.

- اكتظاظ المستشفيات الجامعية والمتخصصة.

- اللجوء إلى العلاج في الخارج بالرغم من أنه عرف تناقصاً خلال السنوات الأخيرة.

السبب الثاني، ويتمثل في عدم التوازن في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن، حيث أن الجزائر العاصمة تستحوذ على نسبة 55% من المؤسسات العمومية للصحة، والشرق على نسبة 22%، والغرب على نسبة 20%. في حين منطقتي الجنوب الشرقي والغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي 2% و 1% على التوالي(18).

والجدير بالإشارة أن عدم التوازن لم يقتصر فقط على اللامساواة في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بل شمل أيضاً عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية، حيث أن معظمها متركزة في الشمال وبالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55% تاركة المناطق الأخرى منكوبة خاصة الجنوبية منها.

2- أهداف التغيير

يتمثل الهدف الرئيسي في تقريب الخدمات الصحية من المواطن ولتحقيق هذا الهدف تم اتخاذ الإجراءات التالية:

- تقريب الهياكل خارج الاستشفائية التي تهتم بالوقاية والعلاج القاعدي من المواطن.
- إحالة المريض من الهياكل خارج الاستشفائية إلى المستشفى يكون بقرار من الطبيب العام أو من الطبيب المختص.
- الوصول إلى العلاجات المتخصصة والدقيقة يكون بقرار من الطبيب المسؤول عن الهيكل الإستشفائي.
- وانبثق عن الهدف الرئيسي مجموعة من الأهداف الفرعية تتمثل في:
- تحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.
- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المتخصصة وذات المستوى العالي.
- تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.

إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 تحولت القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية وعددها 192 ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية ويبلغ عددها 271 مؤسسة.

وتتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية Etablissement public de santé proximité من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغيرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة. وسيتم في هذا العنصر التعرض إلى كل من قاعة العلاج والعيادة المتعددة الخدمات من خلال تعريفها ومهامها.

2-1- قاعة العلاج: تتمثل قاعة العلاج الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية، أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية أو الأولية.

ولتمكين المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية، يجب تكثيف شبكة قاعات العلاج، بحيث يتم تجهيز على الأقل قاعة علاج واحدة في كل حي في الوسط الحضري وكذلك في الأحياء القروية والريفية. يمكن توضيح المهام التي تقوم بها قاعة العلاج في النقاط أدناه:

- تأمين فحوصات الطب العام وذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام وممرض.
- ضمان تواجد قاعة للعلاجات العامة كتغيير الضمادات، الحقن.
- ضمان وظائف الوقاية الآتية:

- متابعة البرامج الوطنية للصحة.
- متابعة الوظيفة الوقائية الخاصة بالأم والطفل مثل متابعة الأمهات الحوامل، التطعيم.
- مكافحة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة.
- مراقبة نظافة الوسط.

وبهدف ضمان المناوبة المستمرة للطبيب والمساعد، تم تحسيس البلديات بضرورة توفير إقامتين سكنيتين لكل واحد منهما.

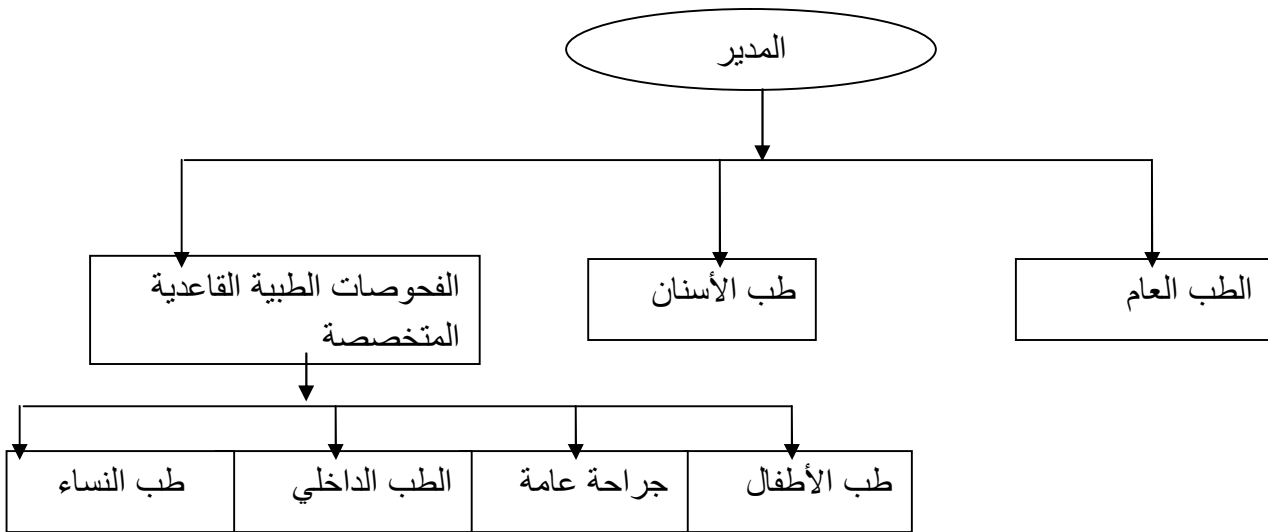
2-2- عيادة متعددة الخدمات: تمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية، وهي مرتبطة إداريا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، ويمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها. تغطي هذه الوحدة الصحية في الوسط الحضري 25000 مواطن، و3000 إلى 4000 مواطن في الوسط القروي. ويرجع هذا التفاوت في التقسيم إلى عدة أسباب منها (احتياجات السكان، القيود الاجتماعية الاقتصادية، الجغرافية، التضاريس، وكذا عزلة بعض المناطق).

باعتبار العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الاستشفائية يجب عليها تنظيم وضمان الوظائف المالية:

- وظائف الطب العام.
- وظائف طب الأسنان.
- الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية وتشمل:
 - الجراحة العامة.
 - الطب الداخلي.
 - التوليد.
 - طب الأطفال.

والشكل الموالي يوضح الهيكل التنظيمي الوظيفي للعيادة متعددة الخدمات.

الشكل (1): التنظيم الوظيفي للعيادة متعددة الخدمات



المصدر: تم إعداد الشكل بناء على التقرير:

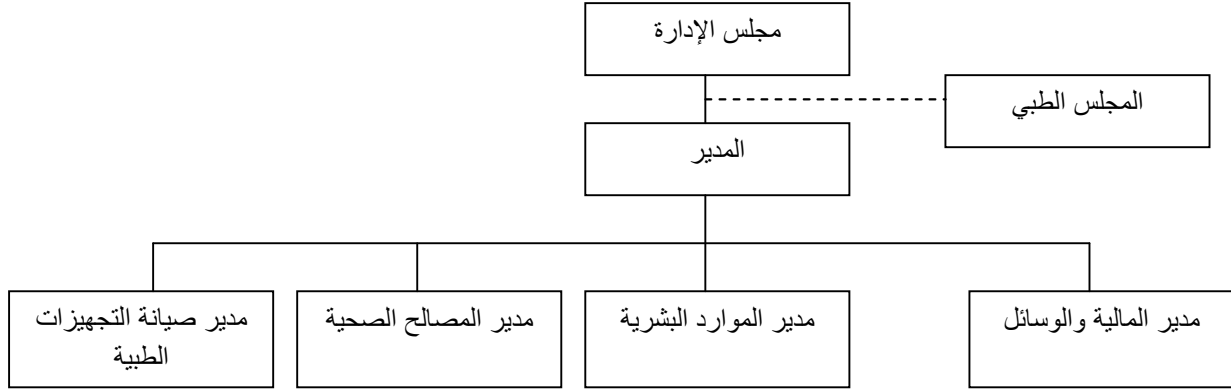
Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008, p7.

من خلال الهيكل التنظيمي أعلاه يتضح أن العيادة متعددة الخدمات تقوم بالمهام المالية:

- توفير الفحوصات المتخصصة على حسب الأطباء المتخصصين المتاحين وذلك بالتنسيق مع المؤسسة العمومية الاستشفائية الأقرب إليها.

- ضمان الأنشطة شبه الطبية مثل تغيير الضمادات، الحقن... إلخ
- التكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية وذلك من خلال ضمان المناوبة الدائمة أي 24 س/ 24 سا وتوفير على الأقل سيارة إسعاف وكذا توفير أسرة من أجل مراقبة المريض أو في حالة بقاءه للاستشفاء، وهذا الإجراء يكون بقرار من الوزارة الوصية في حالة ما إذا كانت المنطقة بعيدة أو معزولة.
- تأمين الأنشطة الوقائية من خلال:
 - . تطبيق ومتابعة البرامج الوطنية والمحلية للصحة العمومية.
 - . تطبيق ومتابعة الأنشطة المتعلقة بالأم والطفل.
 - . متابعة الأمراض المعدية وغير المعدية.
- ضمان الوظائف المساعدة على التشخيص كمخبر للتحاليل الطبية لفحوصات الدم، الأمصال، البيوكيميائية، البكتيريا ومركز للأشعة.
- والجدير بالذكر أن العيادة متعددة الخدمات تهدف إلى تحقيق جملة من الأهداف الموالية:
 - تحديد الأولويات في تقديم العلاجات الأساسية.
 - إعادة ترتيب الأنشطة الصحية من أجل تلبية احتياجات السكان.
 - العمل على تحسين الاستقبال ونوعية العلاجات المقدمة.
 - تقوية وتكثيف الأنشطة الوقائية.
 - تقوية علاقة الطبيب بالمريض من أجل تحقيق مفهوم " طبيب الأسرة ".
 - تصحيح التفاوت في توزيع الهياكل خارج الاستشفائية من أجل الضمان الأحسن للطب الجوّاري.
- وفي الأخير، يجب التنويه إلى أن عدد العيادات متعددة الخدمات ازدادت بـ 18 عيادة، حيث كان عددها سنة 2007 يقدر 1477 وصار سنة 2008 يبلغ 1495، أما فيما يخص قاعات العلاج فعددها بقي ثابتا 5117.
- 3- الإجراءات البشرية والمالية المصاحبة للتغيير**
- تطلبت عملية تجسيد الخريطة الصحية الجديدة إعادة تنظيم الموارد البشرية وتعزيز إمكانياتها وتخصيص غلاف مالي معتبر. وسيتم من خلال هذا الجزء تسليط الضوء على كل من الإجراءات البشرية والمالية.
- 3-1- الإجراءات البشرية:** تعتبر الموارد البشرية المحرك الأساسي لتجسيد الخريطة الصحية الجديدة، ولذلك تم إتخاذ عدة إجراءات بخصوص إعادة هيكلتها، تكوينها وتوظيفها.
- **إعادة هيكلة الموارد البشرية:** وفقا للمرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007: تنظم المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوّارية حسب الهيكل التنظيمي الموالي:

الشكل (2): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية



المصدر: تم إعداد الشكل بناء على التقرير:

Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008, p10.

بالإضافة إلى التأطير الإداري الموضح في الهيكل التنظيمي في المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية يجب توفير مجموعة من الموظفين المكلفين بتسيير مصالح المؤسسات، بالتركيز في المقام الأول على الموارد البشرية المتوفرة في القطاع الصحي سابقاً، حيث تتم إعادة تنظيمها وفقاً لاحتياجات كل مؤسسة ومهامها أما بالنسبة للمدراء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فقد تم اختيارهم من بين الأطباء المنسقين للقطاعات الصحية السابقة.

- **إعادة التكوين والتكوين المستمر للموارد البشرية:** من أجل تجسيد الخريطة الصحية الجديدة، وتعزيز القدرات التسييرية للإطارات تم وضع مخطط للتكوين المستمر يضم **57000** عون صحي من مختلف الفئات. كما تم وضع برنامج خاص سنة **2007** استهدف مجموع الإطارات المسيرة للمؤسسات الجديدة (المدراء ونوابهم) وبالخصوص إطارات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية والذي يبلغ عددهم **1354** منهم **1084** نائب مدير و **271** مدير، حيث تم تكوينهم في المجالات الموالية (19):

- التسيير العام.
- تقنيات الاتصال.
- نظام المعلومات الاستشفائية.
- الاقتصاد العمومي والصحي.
- الصحة العمومية / علم الأوبئة.
- تسيير العمليات.
- مالية ومراقبة التسيير.
- تسيير المصالح.
- التسيير التطبيقي للموارد البشرية.

والجدير بالإشارة أن هذا التكوين الخاص الذي مدته ستة أشهر كان تحت إشراف إطارات من القطاع الصحي، أساتذة جامعيين جزائريين، وإطارات من إسبانيا، بلجيكا فرنسا.

- **التوظيف:** بهدف التجسيد الفعلي للخريطة الصحية الجديدة وتعزيز الإمكانات البشرية للمؤسسات العمومية للصحة تم في مطلع 2007 تخصيص ما يلي:
 - **6000** منصب عمل لتعيين الأعوان الشبه الطبيين للسنوات القادمة.
 - **3200** منصب عمل لتعيين الممارسين الطبيين.
- ومن جهة أخرى تم تعيين 2000 طبيب اختصاصي في المستشفيات العامة في الهضاب العليا والجنوب، و**60** إطار مسير متخرج من المدرسة الوطنية للإدارة ما بين **2006-2007**.
- أما في سنة 2008 فقد تم التنبؤ بتعيين:
 - **2551** شبه طبي.
 - **3400** ممارس طبي.
 - **1200** ممارس اختصاصي.
 - **30** إطار مسير متخرج من المدرسة الوطنية للإدارة.
- والجدير بالذكر أن منذ سنة **2007**، تم إستغلال كل القدرات البيداغوجية لمدارس التكوين الشبه طبي من أجل تحسين نسبة التغطية الشبه الطبية.
- 3-2- الإجراءات المالية:** تطلب تجسيد الخريطة الصحية الجديدة غلافا ماليا معتبرا، وذلك من أجل القيام بكل العمليات المتعلقة بإعادة تنظيم الهياكل الصحية، ويمكن حصر هذه العمليات في الآتي:
 - إتمام عمليات جرد أثاث وبنائات المؤسسات المعنية.
 - وضع مجموعة الدعائم المحاسبية والتسييرية.
 - تعيين محاسبين على مستوى المؤسسات الجديدة وذلك بالتعاون مع مصالح وزارة المالية.
 - وضع مكاتب الدخول.
 - توزيع موظفي القطاع الصحي السابق بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.
 - تكوين المدراء المنسقين من أجل تسليمهم وظائفهم.
 - إعداد موازنات التسيير لكل ولاية لسنة **2008**.
- والجدير بالإشارة أنه تم تخصيص مبلغ مالي يفوق **164** مليون دينار من أجل تجسيد الخريطة الصحية الجديدة، وفيما يلي عرض لكيفية توزيع هذه الميزانية(20).
- **توزيع موازنة التسيير لسنة 2008 للمؤسسات العمومية للصحة حسب طبيعة المصاريف:** تتمثل مختلف مصاريف المؤسسات العمومية للصحة في مصاريف الموظفين، التكوين، التغذية، الأدوية، الوقاية، الوسائل الطبية، مصاريف للبنية التحتية الصحية، مصاريف أخرى للتسيير، اجتماعية، البحث الطبي.
- والجدول الموالي يوضح الحصة المالية المخصصة لكل نوع من هذه المصاريف.

الجدول(1): توزيع موازنة التسيير لسنة 2008 للمؤسسات العمومية للصحة حسب طبيعة المصاريف.

طبيعة المصارف	المبلغ مليون دينار جزائري	النسبة %
الموظفون	81 969 000	49.77
التكوين	4000 000	2.43
التغذية	5 605 470	3.4
الأدوية	39 487 000	23.97
الوقاية	5 190 000	3.15
الوسائل الطبية	9 000 000	5.46
مصاريف للبنية التحتية الصحية	7 000 000	4.25
مصاريف أخرى للتسيير	10 690 000	6.49
مصاريف اجتماعية	1 720 000	1.04
البحث الطبي	50 000	0.03
المجموع	164711470	100

source : Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière ,12/01/2008, p12

يتضح من خلال الجدول السابق أن أكبر نسبة من موازنة التسيير توجه إلى الموظفين بنسبة 49.77% وهي بالتقريب تمثل 50% من الموازنة، ثم تليها المصاريف المخصصة للأدوية بنسبة 23.97%. كما يلاحظ أن النسبة المخصصة لكل من التكوين والبحث الطبي ضئيلة جدا مقارنة بأهميتها حيث بلغت على التوالي 2.43%، 0.03%. والشكل الموالي يبين التمثيل البياني لتوزيع موازنة التسيير لسنة 2008 للمؤسسات العمومية للصحة حسب طبيعة المصاريف.

توزيع موازنة التسيير لسنة 2008 حسب كل نوع من أنواع المؤسسات العمومية للصحة: يوضح الجدول الموالي كيفية توزيع موازنة التسيير حسب كل نوع من أنواع المؤسسات العمومية للصحة (مركز استشفائي جامعي، مؤسسة إستشفائية عمومية، مؤسسة إستشفائية متخصصة، مؤسسة عمومية للصحة الجوارية).

الجدول (2): توزيع موازنة التسيير لسنة 2008 حسب نوع المؤسسة العمومية للصحة.

المؤسسات الصحية	المبلغ مليون دج	النسبة %
مراكز استشفائية جامعية (CHU)	39 538 400	24
مؤسسات عمومية استشفائية (EPH)	65 234 770	39.61
المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)	18 223 800	11.06
مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP)	41 714 500	25.33
المجموع	164 711 470	100

source : Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008, p13

من خلال الجدول أعلاه، يتضح أن المؤسسات العمومية للصحة الجوارية خصص لها ربع الموازنة، كما حظيت المؤسسات العمومية الاستشفائية بنسبة معتبرة من الموازنة مقدرة بنسبة 39.61%.

- توزيع المناصب لسنة 2008 حسب نوع المؤسسة العمومية للصحة: يبين الجدول الموالي كيفية توزيع المناصب لمختلف الفئات (الممارسين المختصين، الممارسين العامين، الموظفين الشبه الطبيين، المناصب العليا، مناصب الهيئات المشتركة) بين مختلف المؤسسات العمومية للصحة (المؤسسة العمومية الاستشفائية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة).

الجدول (3): توزيع المناصب الجديدة لسنة 2008 حسب نوع المؤسسة العمومية للصحة.

الموظفون	مركز استشفائي جامعي	مؤسسة استشفائية عمومية	مؤسسة استشفائية متخصصة	مؤسسة عمومية للصحة الجوارية	المجموع
الممارسون المختصون	_____	760	200	40	1000
الممارسون العامون	_____	200	50	3150	3400
الموظفون الشبه طبيون	60	650	300	1690	2700
المناصب العليا	_____	40	40	759	839
مناصب الهيئات المشتركة	_____	300	200	461	961
المجموع	60	1950	790	6100	8900

source : Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, 12/01/2008, p:13

يلاحظ من خلال الجدول أن عدد المناصب المخصصة لكل من المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية مرتفعة نسبيا مقارنة بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة والمركز الاستشفائي الجامعي، كما يلاحظ أن هذا الأخير لم يشهد زيادة إلا في عدد المناصب المخصصة للموظفين شبه الطبيين.

وخلاصة لكل ما سبق ذكره، يمكن القول أن مضمون المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية جاء ليحقق فكرة الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارج الاستشفائية، وهي تعتبر مبادرة جيدة كونها تسعى لحل مشكل اللاتوازن في توزيع

الوسائل البشرية والمادية بين مختلف الهياكل الاستشفائية وخارج الاستشفائية وحتى بين مختلف جهات الوطن، إلا أن المقرر الوحيد لنجاح أو فشل هذا المشروع هو متلقي الخدمة الصحية.

الخاتمة

- 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 يساعد 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 الإستراتيجية 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.
- 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.
- على وزارة الصحة الإصغاء إلى الشكاوى المقدمة من موظفي المؤسسات العمومية للصحة والعمل على إيجاد الحلول المرضية، وتدارك الغلطات في أسرع وقت ممكن.
- إعطاء امتيازات أكثر للموظفين الصحيين من أجل العمل في المناطق الداخلية والخارجية للوطن.

الإحالات والمراجع:

- 1- حليلة درياس، نحو أسس جديدة لإستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التدرج، تخصص إدارة أعمال المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2000-2001، ص 2.
- 2- الطعامة محمد، مخيمر عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، القاهرة، 2008، ص 71.
- 3- حليلة درياس، مرجع سبق ذكره، ص 4.
- 4- Jisette Hart- Sylvie Lucas, Management Hospitalier: stratégie nouvelle des cadres, Edition Lamane, France, 2002, p 51.
- 5- سيد محمد جاد الرب، السلوك التنظيمي موضوعات وتراجم وبحوث إدارية متقدمة، مطبعة العشري، جمهورية مصر العربية، 2005، ص 642.
- 6- حليلة درياس، مرجع سبق ذكره، ص 2.
- 7- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، 2008، ص ص 313-314.
- 8- محمد براق وعمر حوتية، القيادة وإدارة التغيير بالمؤسسات الاقتصادية، ورقة عمل مقدمة في المنتدى الوطني الثاني للمؤسسات: تسير التغيير في المؤسسة الاقتصادية، جامعة باجي مختار، عنابة- الجزائر، 30 نوفمبر - 1 ديسمبر 2004، ص 9.
- 9- محمد الطعامة وعبد العزيز مخيمر، مرجع سبق ذكره، 2003، ص 61.
- 10- فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، 2008، ص 290.
- 11- محمد براق وعمر حوتية، مرجع سبق ذكره، ص 9.
- 12- جاد الرب سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار العشري، مصر، 2008، ص 8.
- 13- محمد براق وعمر حوتية، مرجع سبق ذكره، ص 11.
- 14- فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، 2008، ص ص 319-325.
- 15- فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، 2008، ص ص 326-328.
- 16- جمال بن زروق، التغيير التنظيمي داخل المنشأة ومدى مساهمة النسق الاتصالي في إنجاحه، مجلة جامعة دمشق - المجلد 26 العدد الأول والثاني 2010، ص ص 415-416.
- 17- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, Op.Cit, 12/01/2008, PP: 1-2.
- 18- Amel Laribi , Actualité du système National de santé (2005-2007), laboratoires de recherche, école National de santé publique El- Marsa, Mai

2008, sur le Site: [www. Santé, Dz.](http://www.Santé.Dz) Mai 2008, date de consultation : 04/04/2009

- 19- Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, ,12/01/2008, p11.
- 20- Application de la nouvelle carte sanitaire, élaboré par le ministère de la population et de la réforme hospitalière, ,12/01/2008, p12.