

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة - باتنة 01 -
كلية الحقوق والعلوم السياسية
قسم الحقوق

آلية الحكامة ودورها في تحسين جودة
الخدمات الصحية (دراسة حالة الجزائر).

أطروحة لنيل شهادة دكتورة طور ثالث LMD في العلوم القانونية
تخصص: الحكامة وبناء دولة المؤسسات

إشراف:

إعداد الطالب:

الأستاذة /الدكتوره: شادية رحاب

بريش محمد عبد المنعم

أعضاء لجنة المناقشة

| الاسم واللقب | الرتبة العلمية | الجامعة | الصفة |
|-------------------|----------------|-----------------|--------------|
| ا.د / مبارك دليلا | | جامعة باتنة (1) | رئيسا |
| ا.د / رحاب شادية | | جامعة باتنة (1) | مشرفا ومقررا |
| د / زارة لخضر | | جامعة باتنة (1) | |
| د / حميد هنية | | جامعة بسكرة | عضوا مناقشا |
| ا.د / كيجول بوزيد | | جامعة غرداية | عضوا مناقشا |
| د / حو حورمزي | | جامعة بسكرة | عضوا مناقشا |

السنة الجامعية

2018.2017



﴿ قُلْ لَوْ كَانَ الْبَحْرُ مِدَادًا لِكَلِمَاتِ
رَبِّي لَنَفِدَ الْبَحْرُ قَبْلَ أَنْ تَنْفَدَ كَلِمَاتُ
رَبِّي وَلَوْ جِئْنَا بِمِثْلِهِ مَدَدًا ﴾

﴿ الكهف 109 ﴾

الأهداء

إلى من أخذنا من نفيسهما وأعطيانني
إلى الشمس والقمر والداي الطيبين الكريمين
حفظهما الله ورعاهما ورحمهما كما ربياني صغيرا
إلى صاحب الفكر الراقى والقلب الكبير

.....

إلى البلسم الشافي والقلب الدافئ
أبنائي، اخوتي وأخواتي
إلى زميلي وصديقي

.....

شكر و عرفان

أشكر الله عز وجل وأحمده كما ينبغي وجهه وعظيم سلطانه

أشكر أستاذتي وقدوتي في الحياة الأستاذة الدكتورة

رحاب شادية

فمن عميق وجداني أشكرك بلا حدود على تفانيك في تأطير هذا البحث
المتواضع

يامن أخلاقها كالآلي بل وأنصع لك على دين أعتارف بالعجز عن الوفاء به

فجزاك الله عني كل خير

كما أتوجه بخالص الشكر العرفان والامتنان لأهل العلم والنظر

أستاذتي الأفاضل أعضاء لجنة القراءة والمناقشة

قائمة المختصرات

| الاختصار | العبرة | الترجمة |
|----------|---|---|
| ANSI | American National Standards Institute | المعهد الوطني الأمريكي للمقاييس |
| ASQC | American Society for Quality Control | جمعية ضبط الجودة الأمريكية |
| WHO | World Health Organization | منظمة الصحة العالمية |
| ISO | International Organization for Standardization | المنظمة الدولية للمعايير |
| JUSE | Union of Japanese Scientists and Engineers | الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين |
| ITT | Technical Institute | معهد التكنولوجيا |
| TQM | Total Quality Management | مفهوم الجودة الشاملة |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé | المنظمة العالمية للصحة |
| M G | MINI GMAO | نظام تسيير التجهيزات الطبية |
| MSPRH | Ministère de la santé de la populatin et de la réforme Hospilière | وزارة الصحة والسكن وإصلاح المستشفيات |
| UNICEF | United Nations International Children's Emergency Fund | منظمة الأمم المتحدة للطفولة |
| UNFPA | United Nations Population Fund | صندوق الأمم المتحدة للسكان |
| CCLAT | Convention Cadre Lute Centre le Tabc | إتفاقية إطار ضد التبغ |
| DEVAC | Conduite et surveiller le processus de système de pollinisation | نظام تسيير ومراقبة عملية التلقيح |
| MDO | systeme de déclaration des maladies à déclaration obligatoire | النظام الخاص بالأمراض ذات التصريح الإلزامي |
| SIGP | Système spécifique à la gestion des polycliniques | النظام الخاص بتسيير العيادات متعددة الخدمات |
| NCCOS | National Centers for Coastal Ocean Science | المراكز الوطنية لعلوم المحيطات الساحلية |
| TIO | Organisation Internationale de la Transparence | منظمة الشفافية الدولية |
| ANSI | American National Standards Institute | المعهد الوطني الأمريكي للمعايير |
| ASQC | American Society for Quality Control | الجمعية الأمريكية لمراقبة الجودة |
| CHU | Centre hospitalo-universitaire | المركز الإستشفائي الجامعي |
| EHU | Etablissement hospitalier universitaire | المؤسسة الإستشفائية الجامعية |

قائمة المختصرات

| | | |
|--------|---|--|
| EH | Etablissement hospitalier | المركز الإستشفائي |
| EHS | Etablissement hospitalier spécialisé | المؤسسة الإستشفائية الخاصة |
| EPSP | Etablissement public de santé de proximité | المؤسسة العمومية للصحة الجوارية |
| CAC | Centre Anti Cancer | مركز ضد مكافحة السرطان |
| EPH | Etablissement public hospitalier | المؤسسة العمومية الإستشفائية |
| LNCPP | Laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques | المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية |
| ANS | Agence nationale de sang | الوكالة الوطنية للدم |
| ANDS | Agence nationale de documentation de la santé | الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي |
| CNPM | Centre national de pharmacovigilance et matério vigilance | المركز الوطني لليقظة الصيدلانية وبقظة العتاد |
| SIRH | Système d'Information des Ressources Humaines | نظام المعلومات حول الموارد البشرية |
| UNHCHR | United Nations High Commissioner for Human Rights | المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان |
| NCCOS | National Centers for Costal Ocean Science | المنظمات الغير حكومية |

| مغناه | الاختصار |
|--------------------------------------|-----------|
| قانون الوقاية من الفساد ومكافحته | ق.و.ف.م |
| اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد | إ.أ.م.م.ف |
| قانون العقوبات | ق.ع |
| قانون العقوبات الجزائري | ق.ع.ج |
| الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية | ج ر ج |
| دينار جزائري | د ج |

مقدمة

موضوع الدراسة :

تقوم الإدارة الرشيدة على تجسيد الأبعاد الرئيسية لمهام إدارة الحكم والتي تتضمن بناء دولة المؤسسات وتحقيق كفاءة الإدارة العامة من خلال أعمال مبادئ النزاهة والشفافية والمساءلة ومحاربة الفساد.

إذ نجد أن التحولات الاقتصادية والسياسية قد أحدثت خلال حقبة الثمانينات تغيرات جذرية في عالمنا المعاصر سواء من ناحية توزيع القوى، أو من ناحية النظم والمصطلحات والتغير في النظم الاشتراكية إلى تشكيل عالم جديد تتحدد ملامحه تدريجيا باتجاه مزيد من التحرر الاقتصادي والمزيد من الديمقراطية الليبرالية، وقد خلق ذلك أوضاعا جديدة تستوجب إعادة صياغة الأدوار التنظيمية الضرورية لدعم توجيهات التحرير الاقتصادي خاصة و الإصلاح المؤسساتي والإدارة عامة .

ومن بين المفاهيم التي أعيد النظر فيها نجد مفهوم "إدارة الحكم" الذي عرفته هيئة البنك الدولي بأنه "الطريقة التي تعتمد عليها السلطة لأجل تسيير الموارد الاقتصادية والاجتماعية للبلد"، غير أن هذا المفهوم اثبت عدم نجاعته في في تسيير شؤون الدولة ، وأصبح في قفص الاتهام نظرا لما ألت إليه نتائج سياسات التنمية الاقتصادية لبعض الدول ،ليتبين بعد الفحص والتشخيص أن هناك أخطاء في تسيير الأعمال العمومية والتي مردها نقص في الشفافية والمسائلة لدى الحكومات، وعدم التنسيق بين الأنشطة لتحقيق غاية التنمية ،وعلى هذا ظهر بما يسمى بسياسة التنمية المرتبطة بالإنسان من جميع نواحيها ،على اعتبار انه الحكم الذي يصون ويعزز ويدعم ويقوم بتوسيع قدرات البشر وخياراتهم وفرصهم وحررياتهم الاقتصادية والاجتماعية والسياسية .

ولعل موضوع انتهاج آلية الحكامة في تسيير الشأن العمومي ، يعد من أكثر المواضيع اثارا للنقاش في المرحلة الراهنة ، وخصوصا أن فهم أبعاد هذا الموضوع تكمن في تكوين نظرة شاملة للتصور القائم على ترشيد الشؤون العمومية التي ينبغي تجسيده ميدانيا ،وفق الحاجة إلى تجديد وتطوير الأفكار والتزود بأدوات التحليل اللازمة في هذا المجال .

وان الإدارة الصحية شأنها من شان الإدارات في المؤسسات الأخرى ،إذ تعتبر الإدارة الصحية فرعا متخصصا من العلوم الإدارية والصحية المتميزة ،وهي علم تطبيقي اجتماعي ،يضم مزيج من العلوم القانونية وعلم الإدارة العامة والعلوم الطبية والصحة العامة والوبائيات والسياسات الصحية وعلم الأنظمة الصحية ،ويعتبر النظام الصحي من اعقد الأنظمة بسبب تعدد الخبرات والمهارات وعدم تجانسها، وان المتتبع لقطاع الرعاية الصحية وما واجهه ويواجهه من مشاكل وقضايا رئيسية وصعبة تعود لمواضيع العدالة في توزيع خدمات الرعاية الصحية

كعنصر أساسي وجوهري في التغلب على هذه المشاكل الصعبة التي تواجه المؤسسات الصحية ، بالإضافة إلى عدم وجود أسلوب واضح المعالم يستند إلى منظومة قانونية عصرية وتسيير مبني على رؤيا إستراتيجية فعالة نستطيع من خلاله الحكم على جودة الخدمات، وان غياب هذا النمط الذي سارت عليه جميع الأنظمة الصحية المتطورة في العالم أدى بضرورة الحال إلى فراغ مؤسساتي و غياب التنمية التشاركية وانتشار الفساد وارتفاع النفقات الصحية بدون الوصول إلى النتائج المرجوة ، وبهذا المعنى يقول احد كتاب الإدارة أن المشكلة الحقيقية التي تواجه المؤسسات الصحية بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص هي مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانيات وموارد،وقد تزايد الاهتمام بموضوع الإدارة الصحية و حوكتها بكثير من الدول المتقدمة وخاصة أمريكا منذ عشرات السنين .وأصبح يدرس من خلال الجامعات كتخصص إداري شأنه شأن التخصصات الإدارية الأخرى ،كما أصبحت الإدارة الصحية مهنة معترف بها وذات أهمية كبيرة شأنها شأن المهن العريقة كالطب والهندسة والمحاماة،أما في الدول العربية ورغم أهمية الدور الذي يمكن للإدارة الصحية القيام به في مجال تخطيط وتقديم خدمات الرعاية الصحية بإطار من الكفاءة والفاعلية فلم تحظ الإدارة الصحية بعد بما تستحقه من الاهتمام، على غرار الجزائر التي أنشأت المدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة بموجب المرسوم التنفيذي 162 /09، ولكن للأسف في الواقع لا تزال تسند إلى الأطباء مهمة إدارة أنظمتها ومؤسساتها الصحية وأحيانا ما يساعد هؤلاء الأطباء إداريون غير متخصصون في الإدارة الصحية مما يحد من فعالية الأنظمة الصحية ومؤسساتها ومن قدرتها على توفير خدمات جيدة وبشكل يحافظ على مواردها الصحية المحدودة والمرتفعة التكلفة .

وعن أهمية دور الإدارة الصحية الجيدة في إدارة النظام الصحي ومؤسساته يقول احد الكتاب أن الإدارة الصحية الجيدة للمؤسسة هي بمثابة الصحة للجسم فكلاهما يعني الأداء السلس والكفاء لجميع الأجزاء فالإدارة الجيدة تبرز الأولويات وتوائم الخدمة حسب الاحتياجات المتغيرة وتستخدم الموارد المحدودة بأقصى كفاءة ممكنة وترفع مستوى الخدمة ونوعيتها وينهى الكاتب تعليقه على هذا الموضوع بالقول بان الإدارة الصحية الجيدة تعني خدمات جيدة والعكس صحيح .

ولهذا يمكن القول بان المؤسسات الصحية العمومية هي بمثابة واسطة العقد ومركز الدائرة في تقديم الخدمات الصحية والطبية فهي ملاذ المرضى ذوي الفئات الهشة والفقراء الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، إلا أن هذه المؤسسات تحتاج إلى فواعل أساسية لتسطير أهدافها والتي تتمثل في المجتمع المدني والقطاع الخاص بالإضافة إلى ضرورة وضع قواعد متينة مبنية على دولة القانون تسهل عمل هؤلاء الشركاء.

ولقد ازدادت الضغوطات بصورة غير مسبوقه على كل مؤسسات الخدمات الصحية في زمن انتشرت أمراض العصر المزمنة والوبائية والتي ساهم فيها نمو المجتمع في انتشارها واتساع دائرة نطاقها، فتضاعفت الضغوط المتزايدة أصلا على المؤسسات الطبية، ولقد كان للمستشفيات العمومية نصيب الأسد من هذه الضغوط .

وان الزيادة المضطربة في وعي المواطنين وفي سقف مطالبهم وتوقعاتهم وفي قدرتهم على ممارسة الضغوط للحصول على حقوقهم يحتم على القائمين على إدارة المستشفيات انتهاج آلية الحكامة وتطبيق مؤشراتنا على الواقع و التنسيق مع الفواعل السابقة الذكر من جهة والتخلي عن الشعارات الزائفة بخصوص الإصلاح من جهة أخرى، بالإضافة إلى بذل جهد مضاعف في تطوير أساليب الأداء وفي زيادة الكفاءة والجودة والعمل على بلوغ مرحلة التحسين المستمر والتي بدونها يجوز المستشفى على رضى المتعاملين.

إن البناء برؤيا متجددة لدولة عصرية يتمتع فردها بصحة جيدة يتطلب الاتساق مع سمات التطورات العالمية والتكنولوجيات الحديثة وامتلاك قدرات إيجابية للمساهمة في التقدم الحضاري الإنساني.

أهمية الموضوع :

تتبع أهمية الدراسة من الدور المحوري الذي تلعبه الحكامة في إدارة موارد الدولة على أحسن صورة، و توجيهها إلى القطاع الصحي الذي تتزايد فاتورته بالجزائر في السنوات الأخيرة لأسباب عديدة ومتنوعة، والتي بدورها كذلك تعمل على تطوير المنظومة الصحية والتحسين في الخدمات الصحية للارتقاء إلى الجودة بشكل واضح وملموس لدى المرضى وتنظيم الخارطة الصحية من خلال تفعيل مؤشرات الحكامة وفوا عليها من جهة ، والحد من الفساد الإداري بالهيكل الصحية بكل أنواعه من جهة أخرى.

وفي ظل فشل عملية الإصلاح الذي دامت لمدة طويلة ولم نلمس نتائجها ميدانا ، أصبح اليوم جليا التفكير في اعتماد هذا النمط الجديد في التسيير الاستشفائي بغرض القضاء على سوء استخدام الموارد المتاحة واستغلالها لأغراض لا تخدم المصلحة العامة مع العلم أن هذه الموارد اليوم أكثر محدودية من أي وقت مضى.

أسباب اختيار الموضوع :

لقد جاء اختيار هذا الموضوع بناء على عدة اعتبارات ذاتية وأخرى موضوعية. وتتمثل هذه الدوافع فيما

يلي:

1. الدوافع الذاتية:

- الرغبة الملحة للبحث والاستطلاع في هذا الموضوع، لان مفهوم الحكامة في المجال الصحي هو موضوع بحث في المخابر العالمية لحد اليوم .
- قلة الدراسات القانونية التي عالجت موضوع الحكامة في المجال الصحي، وهذا يعود في نظرنا للأسباب المتعلقة بحدثة الموضوع وخصوصية جوانبه لا سيما التطبيقية منها التي تمس قطاع الصحة باعتباره قطاع استراتيجي وتنموي.
- إمكانية البحث في هذا الموضوع وقدرة الوصول إلى المعلومات المتصلة بالبحث من خلال المصادر والمراجع المتوفرة .
- الحاجة الماسة لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات لإثراء مواضيع مثل هذا النوع من طرف عقول جزائرية والتي هي على دراية تامة بالبيئة الجزائرية .
- استغراق عملية الإصلاح في المجال الصحي لمدة طويلة ،مما جعلنا نفكر في حلول ناجعة معمول بها في الدول المتطورة في المجال الصحي لتفادي الأخطاء السابقة.
- اختلال المعادلة و التي تظهر جليا من خلال ارتفاع الإنفاق الصحي بالجزائر فيما يقابله تغطية صحية ضعيفة للمرضى .
- أن التخصص في القانون العام و الحكامة وبناء دولة المؤسسات يعتبر سببا رئيسيا في اختيار موضوع يجمع بين الجانب القانوني والجانب الفني .
- أن هذا الموضوع فيه عنصر الجدة والحدثة في الجزائر ، حيث لم يتطرق له الكثير من الباحثين.
- أن تكون هذه الدراسة النظرية و الميدانية كمرجع للمتخصصين في هذا الميدان.
- استغلال مجال عملي وتكويني ، كإطار في المؤسسة الصحية.

2. أما الدوافع الموضوعية فتتمثل في:

- أهمية الموضوع في ظل الإصلاحات الهيكلية لقطاع الصحة التي تشهدها الجزائر منذ بداية الألفية والتي لا تزال جارية إلى اليوم، وتتمثل هذه الإصلاحات في تقديم مشروع جديد للصحة والذي يرمي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية ومن ثم تعزيز دور المؤسسة الاستشفائية بمختلف أصنافها .
- الحاجة الملحة لتطبيق آلية الحكامة بالوسط الصحي الجزائري وبالخصوص المؤسسات الاستشفائية العمومية باعتبارها عامل أساسي لضمان خدمة صحية تستجيب لتطلعات المريض .
- محاولة لفت نظر الوزارة الوصية لأهمية تهيأت أفراد هذا القطاع المتكونين من الإدارة العليا (المدير) والإدارة الوسطى (نواب المدير) و العاملين العاديين (أعوان التنفيذ)، لإتباع هذا النمط الجديد في التسيير الذي يرمي إلى التحسين من الخدمة الصحية، من خلال التأثير الإيجابي على سلوكياتهم وأفكارهم وتصرفاتهم بغية الوصول للأهداف المطلوبة.
- الرغبة في التعمق في دراسة تطبيق آلية الحكامة في القطاع الصحي من خلال التطرق لأهمية تطبيق خصائص الحكامة والدور فواعل الحكامة في المجال الصحي من اجل الوصول إلى النتائج المرجوة من طرف الوصايا والمرضى، لاسيما في غياب سياسة صحية تفتقد للرؤيا الإستراتيجية .

أهداف البحث :

- إذن في خضم المعطيات السالفة الذكر ، نتوخى من خلال هذه الدراسة السعي إلى بلوغ جملة من الأهداف ، يمكن إيرادها بإيجاز كما يلي :
- إبراز طبيعة الحكامة في القطاع الصحي، واهم الإصلاحات التي شهدتها القطاع بالإضافة إلى كيفية تنظيمه وسيره وهيكلته .
 - محاولة إجلاء الغموض على مفهوم الحكامة .
 - إبراز دور الحكامة في التحسين من جودة الخدمات الصحية .
 - استعراض أهم الأسس النظرية والتطبيقية التي تركز عليها آلية الحكامة في المجال الصحي كنموذج تسييري متكامل يسعى إلى تحسين الجودة باستمرار.
 - استطلاع آراء الأطباء، والمرضى حول واقع الخدمات الصحية في المستشفى الجزائري .

- استشراف إمكانية تطبيق آلية الحكامة في المستشفيات الجزائرية مستقبلا، باعتبار التوجه العالمي في شتى بلدان العالم المتطورة في المجال الصحي صوب تبني هذا التوجه الإداري في مستشفياتها وذلك بعدما تبين مدى فعاليتها في تحقيق جودة مخرجات الصحة بشكل عام.
- تحديد أهم المعوقات والصعوبات التي تحول دون تبني النمط الجديد في ترشيد المجال الصحي بغية تحقيق رضى المريض.
- تقديم التوصيات التي من شأنها أن تساهم في تطبيق آلية الحكامة في المستشفيات الجزائرية للتحسين من جودة الخدمات الصحية .

الدراسات السابقة :

تعتبر التراكمية كخاصية من خصائص المعرفة لأنها الأساس الذي يعتمد عليه ، ونقطة الانطلاقة لأي بحث علمي ،فالقاعدة تقول دائما أن نبدأ أين انتهى الآخرون ، كما يمكن قراءة القاعدة بطريقة أخرى وهي أن نكمل ما وصل إليه الآخرون من نتائج ومعالجة الجوانب التي لم تعالج من ذي قبل من طرف الآخرين؛ وكل ذلك سعيا للوصول إلى مادة علمية للبحوث القادمة أساسها يكون البدء حيث يساعد تفرع العلوم وتعدد مجالات الصياغة العلمية بإعطاء فرصة اكبر للبحث والإثراء حول موضوع معين ،وهذا دون التكرار أو الإخلال بقيمة البحث العلمي طبعا .ومن بين الدراسات العربية و الأجنبية التي مست جانبا من جوانب موضوعنا ؛ ووضحت لنا معالمه نبرزها فيما يلي حسب درجة الأهمية :

الدراسة الأولى: النظام القانوني للصحة العمومية /عمر شتير رضا، 2012 .

جاءت هذه الدراسة في أربعة فصول، و هي عبارة عن رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون العام حيث تحدث فيها الباحث على إدارة ومنظمات الصحة العمومية بالإضافة إلى المنظمات المهتمة بالصحة العمومية و هيئات مؤسسات الصحة العمومية بالإضافة إلى الهيئات المتخصصة، كما تطرق في الباب الثاني منها إلى حماية الصحة العمومية ووسائل الحماية.

و من النتائج التي توصل لها الباحث هو استخلاص بان الهيئات العمومية الاستشفائية التي يمكن اعتبارها النواة الصلبة لسياسيات الصحة العمومية في البلاد، تنشط في محيط صحي ثري بحيث أن غالبية حاجياتها الهادفة إلى إحقاق أنشطتها، يمكنها استيعابها من مختلف الهيئات الصحية العمومية المختصة في جوانب متعددة كالبحث و الخبرة و المواد الصيدلانية و العضوية و المستلزمات الطبية و التكوينالخ.

كما توصل الباحث بان غالبية هذه الهيئات العمومية المكلفة بالصحة العمومية، سواء كانت استشفائية أم غير استشفائية، لها تنظيم الهيئة العمومية ذات الطابع الإداري إلا البعض منها تشكل الأقلية لها نظام الهيئة العمومية ذات الطابع الصناعي و التجاري كمعهد "باستور الجزائري"، و هو ما يعني خضوع غالبية هذه الهيئات العمومية للقانون الإداري أو القانون العام و ابتعادها كقاعدة عامة عن مجال تطبيق القانون الخاص و باستثناء صناعة و توزيع الأدوية.

و في الأخير ساعدتنا هذه الدراسة في التعرف على النظام القانوني للصحة العمومية بالجزائر بشكل واضح.

الدراسة الثانية: الآليات القانونية لمكافحة الفساد الإداري في الجزائر، دراسة نظرية بالجزائر - حاحة عبد العالي 2012.

و هذه الدراسة عبارة عن رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون العام، جاءت في خمسة فصول، حيث تناول الباحث بصفة مدققة الجرائم التي نص عليه قانون مكافحة الفساد وقانون العقوبات التي تصادف الكثير منها في دراستنا بالقطاع الصحي بالإضافة إلى تتبع الآليات القانونية لمكافحة الفساد الإداري بنوعيتها في القانون الجزائري (جرائم الفساد الإداري) و القانون الإداري (مخالفات الفساد الإداري) معا. و ساعدتنا الدراسة في القطاع الصحي قضايا الفساد الإداري و التي تم إسقاطها على القطاع الصحي من جهة و ربط العلاقة بين الحكامة و الفساد من جهة أخرى.

الدراسة الثالثة: TERRITOIRES ET égalité d'accès aux soins et à la santé/ Pierre Henri BRECHAT ,2012.

وهذه الدراسة عبارة عن رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في القانون ، جاءت في ثمانية فصول حيث تناول الباحث بشكل مدقق قضية المساواة في الحصول على الرعاية والصحة بين الأراضي الفرنسية ، اذ تطرق في البداية لأهمية التخطيط الصحي كأداة إستراتيجية لتنفيذ السياسة الصحية في ظل تنامي عدد السكان ، بالإضافة إلى دعوة الباحث إلى التنمية الجهوية في المجال الصحي وكذلك تحسين الخدمات الصحية والخدمات الاجتماعية من جهة و تحسين النظام الصحي من جهة أخرى .

ولقد أفادتنا الدراسة في معرفة مفهوم المساواة في الخدمات الصحية باعتباره من أهم مؤشرات الحكامة وضرورة تحسين الخدمات و دعى إلى ضرورة تحسين نظام الصحة العامة الذي سيقودنا في النهاية حتما إلى تحسين الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية .

الدراسة الرابعة: الحكم الراشد كمدخل حديث لترشيد الإنفاق العام و الحد من الفقر، دراسة حالة الجزائر (2000، 2010) / دراسة ميدانية بالجزائر شعبان فرج، 2011.

و هذه الدراسة عبارة عن رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جاءت في خمسة فصول حيث تناول الباحث المقاربة التي تظهر مدى أهمية الحكم الراشد و إرساء مبادئه على ارض الواقع في حسن إدارة النفقات الحكومية و ترشيدها، ومدى مساهمته أيضا في تحقيق التنمية و الحد من الفقر خاصة مع التطبيق على حالة الجزائر، و أيضا من بين الفرضيات التي وضعها هي أن الحكم الراشد أساسا بأنظمة الإدارة و نوعية المؤسسات التي تدخل كطرف في عملية التنمية و يتطلب تحقيقه الالتزام بمجموعة من المبادئ كالشفافية المسألة، حكم القانون و غيرها.

ومن بين النتائج التي توصل إليها الباحث تفعيل دور منظمات المجتمع المدني في الجزائر في المساهمة الفعلية و الجادة في التنمية من خلال دعواتها للإصلاح الذي يعزز التنمية البشرية المستدامة و مراقبتها لخطر تنفيذ ذلك الإصلاح، بالإضافة إلى ضرورة التحقيق من مركزية الحكم على المستوى الوطني إلى الولايات و البلديات و حتى المناطق الريفية و المد اشر، ما يمكن الناس من المشاركة على نحو أكثر مباشرة في عمليات الحكم. و ساعدت هذه الدراسة في معرفة الحكم الراشد بشكل جيد و مساهمة في الحد من الفقر لكون هذا الأخير مرتبط ارتباط وثيق بصحة المواطنين و على أساس ذلك تمت عملية الإسقاط.

الدراسة الخامسة: **CIVIL Society ,A Critical STudy/ by Azmi Beshara, 2012.**

وقد تطرق الباحث في دراسته النقدية التي تحتوي على خمسة فصول إلى الشروط التاريخية لنشوء فكرة المجتمع المدني . وكذلك تعرض لانفصال المجتمع المدني عن الدولة لكي يعود إليها وفي الفصل الخامس تطرق إلى واقع المجتمع المدني وفكره.

وإفادتنا الدراسة في معرفة احد فواعل الحكامة وهو المجتمع المدني والتي قل من يكتب في هذه المواضيع لكونها احد المواضيع التي يصعب فيها على الصناعة الأكاديمية التجميعية في الوطن العربي عملية فصل قمعها عن ريائها .

الدراسة السادسة : **العلاقة التكاملية بين الحكمانية والتنمية / خالد الزغبى أستاذ في القانون العام 2017.**

وقد تطرق الباحث في هذا المقال الذي شارك به المؤتمر الثامن للإبداع والتجديد في الإدارة من اجل الإصلاح والتنمية والرفاهية ، إذ نجد أن الباحث قد تعرض في البداية إلى التعريف بالحكمانية وأنواعها و ثم تعرض لمكونات الحكمانية مع تحديد مميزاتا .

كما استطاع في هذه الدراسة تحديد مؤشرات الحكمانية والتنمية في الأردن وعدد من الدول العربية وقدم بعدها إحصائيات جد مهمة حول تصنيف الدول وفق نوعية الحكمانية .
وإفادتتا هاته الدراسة في الوقوف على أهم الأسس التي تركز عليها الحكامة .

صعوبات البحث:

لقد واجهتنا عدة صعوبات بمناسبة هذه الدراسة أهمها هو عدم وجود ثقافة الاستبيان بالكثير من المؤسسات الصحية الجزائرية.

كما للبحث صعوبات أخرى تتعلق بقلّة الدراسات المتخصصة في مجال الحكامة وبالخصوص في القطاع الصحي بالجزائر، ذلك لأن معظم الباحثين اهتموا بمواضيع الحكم الراشد في المجال الاقتصادي بصفة خاصة من جهة. وغياب تخصصات الإدارة الصحية في الجامعة الجزائرية أو القضاء الجزائري .

محتويات الدراسة:

إشكالية البحث :

يعاني قطاع الصحة في الجزائر العديد من الصعوبات والمشاكل التي تحول دون تحقيق نتائج ايجابية على ارض الميدان، ولكونه قطاع استراتيجي وحساس مرتبط بجميع القطاعات من جهة ويعتبر المرآة العاكسة لمدى سلامة المجتمع من جهة أخرى لما له من اهمية في حياة الافراد. ولهذا أصبح اليوم لزاما على الدولة إيجاد آلية جديدة لإصلاح المنظومة الصحية مبنية على التشاركية والمساءلة والمحاسبة ، واحترام القوانين ...الخ.
والجدير بالذكر بان إدخال أي آلية جديدة على المنظومة مؤسساتية ما يتطلب إعادة تشكيل لثقافتها، فقبول أفرادها أو رفضهم لهذا المبدأ يعتمد على ثقافتهم ومعتقداتهم، لذا فالأخذ بمبدأ الحكامة في تحسين جودة الخدمات الصحية يستلزم ثقافة تختلف اختلافا جذريا عن الثقافة التقليدية ووعي تام لهذا المبدأ من طرف الإدارة العليا والمتوسطة وصولا إلى الأعوان التنفيذيين على غرار الوصايا .وبناء على ما سبق نتضح معالم إشكالية هذا البحث، والتي يمكن صياغتها في السؤال البحثي الموالي:

كيف يمكن اعتماد الحكامة كآلية للتحسين جودة الخدمات الصحية ؟

وتندرج تحت هذا الإشكالية تساؤلات فرعية كالآتي:

1- ما هو واقع الخدمات في المؤسسة الصحية الجزائرية ؟

2- ما هو دور فواعل الحكامة (الدولة ،المجتمع المدني ، القطاع الخاص) في تجسيد الحكامة الصحية

بالجزائر في ظل القوانين الأساسية والخاصة؟

- 3- هل يمكن اعتماد آلية الحكامة كأسلوب جديد لترقية الخدمة الصحية؟
 - 4- هل يمكن اعتماد الحكامة كآلية للحد من الفساد بالقطاع الصحي ؟
 - 5- كيف يمكن للإدارة الالكترونية ترشيد الخدمة الصحية العمومية؟
 - 6- ما هي التحديات والرهانات لتفعيل الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية؟
 - 7- ما هي الصعوبات التي قد تواجه عملية تطبيق آلية الحكامة بالمؤسسات الصحية ؟
- سوف نحاول الإجابة على كل هذه التساؤلات لما لها من أهمية ، لاسيما في الظروف الحالية التي تعيشها البلاد من جهة ، ولأهمية هذا القطاع الحساس.

منهج البحث:

يعد موضوع الحكامة في القطاع الصحي من المواضيع القانونية الجد هامة، لما يثيره من إشكالية بخصوص هذا القطاع الصحي المهم ، نظراً لحساسية القطاع يقتضي على الدولة إيجاد نمط جديد في إصلاح المنظومة من جهة وإعطاء نفس جديد للتفسير الأستشفائي من جهة أخرى بغية التحسين من جودة الخدمات الصحية التي تعاني من التقلبات في الكثير من الأحيان .

وحتى تكون الدراسة متكاملة في جميع جوانبها أثرتنا أن نعتمد في بحثنا على المنهج الوصفي فهو يعتمد على تجميع الحقائق والمعلومات ثم مقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة بالإضافة إلى استعماله لمعرفة جوانب آلية الحكامة . كما سنعتمد على الوصف في الجانب النظري للدراسة من خلال إعطاء نظرة شاملة لموضوع دراستنا . أما التحليل سنعتمده من خلال الجانب الميداني بتنظيم نتائج الدراسة الميدانية والتعليق عليها بالشرح والتعليل والتفسير بالإضافة كذلك إلى تحليل المواد والنصوص القانونية التي سنعتمد عليها في هذه الدراسة ، أما المنهج التاريخي فقد تم استعماله بصفة ثانوية .

خطة الموضوع:

نظرا لسعة البحث وتشعبه بحيث يشمل الكثير من المسائل القانونية والإدارية فكان توزيعنا لخطة البحث حسب ما يقتضيه هذا الموضوع إلى بابين يسبقهما فصل تمهيدي حول الإطار الفكري للحكامة ، والأطراف المكونة للحكامة ، بالإضافة إلى خصائصها وأبعادها ، ومفهوم وتطور الجودة ، وماهية الخدمات الصحية، وخصصنا الباب الأول منه لدراسة إسهامات فواعل الحكامة الصحية واهم الاستراتيجيات الحديثة في التحسين من جودة الخدمات الصحية، وقسمناه إلى فصلين تناولنا في الفصل إسهامات فواعل الحكامة الصحية بالجزائر أما الفصل الثاني تعرضنا فيه لدراسة أهم الاستراتيجيات الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية وعلاقتها بالحكامة .

أما بالنسبة للباب الثاني من الدراسة فقد تطرقنا فيه إلى آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية .وقسمناه إلى فصلين ،تناولنا في الفصل الأول منه إلى تحديات ورهانات تفعيل آلية الحكامة الصحية للتحسين من جودة الخدمات الصحية ،و إبراز دور المستشفى كفاعل أساسي لتحقيق جودة الخدمات الصحية ، بالإضافة إلى اقتراح ميكنزمات لتفعيل هذه الآلية في المؤسسات الصحية واضهار مدى تأثير تطبيق آلية الحكامة على ترقية الخدمات الصحية. أما الفصل الثاني فخصصناه لدراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية عاشور زيان - المقاطعة الإدارية أولاد جلال - من خلال هذه الدراسة تم الوقوف على واقع مؤشرات الحكامة و فوعلمها بالإضافة إلى تشخيص واقع الخدمات الصحية المقدمة.

هذا ولا يسعنا في النهاية إلى أن نقول بأننا تصدينا إلى موضوع حي ، يحمل في طياته الكثير و الكثير من الأمور شديدة الحساسية والتعقيد، ونتمنى أننا قد أوفينا الموضوع بعض حقه ، قال تعالى في محكم تنزيله " وما أوتيتم من العلم إلا قليلا " صدق الله العظيم.

الفصل التمهيدي:

الإطار المفاهيمي للحكامة وجودة الخدمات الصحية

تعد الحكامة من المداخل التي نالت اهتمام العديد من الباحثين والدارسين في مجال الإدارة والسياسة والقانون بوصفها إحدى فلسفات السائدة والمرغوبة في الفترة الحالية، وأصبح ينظر إليها كدواء لجميع الأمراض التي تعاني منها الأجهزة الإدارية عموماً بالأخص العامة والتي نذكر منها القطاع الصحي. وقد ارتبط هذا المفهوم بمفاهيم إعادة التنظيم (Reforme) والإصلاح الإداري الموجه لتحسين كفاءة وفاعلية أداء تلك الأجهزة وبما ينعكس على مجمل السمات والميزات التي تتعلق بالخدمة وفاءً باحتياجات المستفيدين الظاهرة والكامنة، كما حظيت مجموعة الخصائص المكونة لهذا المفهوم بمستوى كبير من الاهتمام لكونها ارتبطت ارتباطاً وثيقاً بعملية تحقيق أهداف المنظمة وضمان نجاحها في ظل البيئة التنافسية المتغيرة¹. وفي إطار هذا السياق أثير جدل واسع حول مضمون هذا المفهوم، نظراً لما يدعو إليه من تقليص دور الدولة وتوزيع الأدوار بينها وبين مؤسسات المجتمع المدني والقطاع الخاص من جهة وتحسين جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية من جهة أخرى.

وعليه سنتناول من خلال هذا الفصل ماهية الحكامة في المبحث الأول ماهية جودة الخدمات الصحية في المبحث الثاني.

¹ منى حيدر عبد الجبار الطائي، الحكمانية في المنظمات العامة: دراسة تطبيقية في وزارة التعليم العالي والبحث العلمي المؤتمر السنوي العام الثاني عشر الإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 08-10 سبتمبر 2012، ص 419.

المبحث الأول: ماهية الحكامة

لقد أصبحت الحكامة الشغل الشاغل لدى جميع المنظمات والدول على حد سواء، وقد حظي الاهتمام بهذا المفهوم مع نهاية عقد الثمانينات من القرن العشرين، على أثر طرح البنك الدولي له. ولهذا نجد بأن مفهوم الحكامة قد شغل أفكار وأذهان الكثير من الفقهاء وشراح القانون في العصر الحديث، بحيث لم يعد هذا المفهوم أمراً استثنائياً على دول، بل أصبح ضرورة حتمية لكل دولة نخر الفساد مؤسساتها.

وعلى هذا الأساس نحاول التعرف على مدلول الحكامة معتمدين في ذلك على دراسة تنظيمية مقسمة إلى ثلاثة مطالب رئيسية، حيث نتعرض في المطلب الأول إلى مفهوم الحكامة، ونتناول في المطلب الثاني مكونات الحكامة، أما المطلب الثالث فسوف نتناول فيه خصائص وأبعاد الحكامة.

المطلب الأول: مفهوم الحكامة

إذا كانت الحكامة (Gouvernance) فكرةً واصطلاحاً شاع استخدامها بشكل واسع مع بداية عقد التسعينات من قبل المنظمات الدولية كمنهجية لتحقيق التنمية المجتمعية في الدول النامية نتيجة لقصور الإدارات الحكومية (القطاع الحكومي) عن تحقيق ذلك بفعالية وكفاية كافتين، كما أن فكرة ومنهجية الحكامة غدت في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن الماضي على قدر كبير من الأهمية للدول سواءً المتقدمة أو النامية على حد سواءً لتحقيق طموحات المواطنين فيها بتوفير التنمية الشمولية وإدامتها، إلا أن الأمر أصبح أكثر إلحاحاً على الدول النامية بشكل خاص، نتيجة للتحديات العالمية والإقليمية (العولمة، التجارة العالمية الحرة، الأسواق التجارية المفتوحة، سرعة انتشار المعلومات التهديدات الأمنية)، والمحلية (التنافسية، تشجيع الاستثمارات الخارجية والداخلية، الفقر البطالة، الأمن).¹ وعليه فإن هذا المفهوم يقتضي إبراز نشأتها وتطورها في الفرع الأول، ثم دوافع ظهورها في الفرع الثاني، ثم تعريفها في الفرع الثالث، أما في الفرع الرابع سنتناول أنواع الحكامة وأهميتها وشروط نجاحها.

الفرع الأول: النشأة والتطور

بالرغم من لفظ الحكامة يعود إلى كلمة إغريقية قديمة في القرن الثالث عشر (Kubernan) تعبر عن قدرة ربان السفينة ومهارته في قيادتها وسط الأمواج والأعاصير والعواصف، وما يمتلكه من قيم وأخلاق نبيلة وسلوك نزيه في الحفاظ على أرواح وممتلكات الركاب، ورعايته للأمانات والبضاعة التي بحوزته ومن ثم إيصالها لأصحابها، ودفاعه عنها ضد القراصنة والأخطار التي تتعرض لها أثناء

1 زهير عبد الكريم الكايد، الحكمانية: قضايا وتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003، ص03.

الإبحار، فإذا ما وصل بها إلى ميناء الوصول ثم عاد إلى ميناء الإبحار من مهنته سالما أطلق على هذا الريان (Good governer)¹. وكان يستخدم هذا المصطلح في الفرنسية القديمة في القرن الثالث عشر كمرادف لمصطلح الحكومة (Good governer) (طريقة وفن الإدارة) وانتقل للغة الإنجليزية في القرن الرابع عشر (Governance)، ثم استخدام كمصطلح قانوني في الفرنسية سنة 1478 ليستعمل في نطاق واسع ومعبر عن عبء الحكومة سنة 1679، ومع تنامي ظاهرة العولمة كان الهدف منه ضمان نمط جيد في تسيير النظام الاجتماعي من أجل تحقيق المطالب الديمقراطية².

ثم برز هذا المفهوم في نظريات التحليل المقارن للنظم السياسية مفهوم Good governor. واستخدم في وثائق الأمم المتحدة ومؤسسات التمويل الدولية وترجم إلى اللغة العربية من خلال عدة مصطلحات أهمها: "الحكم الرشيد أو الصالح"، أو "الحكمانية" أو "الحوكمة" أو "الحكمة" إلا أن أكثر التغيرات شيوعاً هو تعبير "الحكم الرشيد" أو "الحكم الجيد" وكذلك "الإدارة الرشيدة للحكم" الذي تبنته المبادرة العربية 2005، إذ بدأ ظهور هذا المفهوم للمرة الأولى في عام 1989 في تقرير البنك الدولي عن الدول الأفريقية جنوب الصحراء، وتم فيه وصف الأزمة في المنطقة كأزمة حكم Governances، حيث أرجع الخبراء السبب في عدم نجاح سياسات الإصلاح الاقتصادي والتكيف الهيكلي بهذه الدول إلى الفشل في تنفيذ السياسات، وليس إلى السياسات نفسها وسرعان ما شاع استخدام هذا المفهوم وذاع صيته في حقبة التسعينات، وأرتبط ذبوعه بعدد من المفاهيم كالعولمة والتحول الديمقراطي والخصخصة والمجتمع المدني، وظهرت دعاوي الهيئات المانحة إلى الدول النامية المتلقية للمنح، مطالبة إياها بإحداث تغييرات جوهرية في هيكلها السياسية والإدارية وإعادة صياغة أطر الحكم فيها، كشرط لتحقيق التنمية³، كما اقترحت المؤسسات المانحة على الدول المقترضة تدابير خاصة بإنشاء قواعد و مؤسسات توفر إطار يمكن التنبؤ به وشفاف لتصريف الشؤون العامة ويقدم المسؤولين للمحاسبة واعتبرت كذلك أن الأهمية لا تكمن فقط

1 غضان حسام الدين، محاضرات في نظريات الحوكمة، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2015 ص9.

2 شعبان فرج، الحكم الرشيد كمدخل حديث لترشيد الإنفاق العام والحد من الفقر: دراسة حالة الجزائر 2000-2010 مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير تخصص نقود ومالية، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر 03، 2011، ص150.

3 أماني قنديل، الموسوعة العربية للمجتمع المدني، دار الكتب، القاهرة، مصر، 2008، ص100.

في مضمون السياسات الاقتصادية، ولكن أيضا الطريقة التي يتم بها تنفيذ هذه العمليات وبالتالي المشاركة¹.

وفي هذه الفترة قدم الأستاذين "جيمس مارش" و "جوهان أولسن" المصطلح في ميدان العلوم السياسية وهذا عندما نشرا كتابا يحمل عنوان "إعادة اكتشاف الهيئات" الذي نشر عام 1989 في الولايات المتحدة الأمريكية وتساءلا من خلاله الباحثان عن كيفية تحديث المنظمات وتكييف الإستراتيجية الجديدة طبقاً لتوازن القوى الحاصل في تلك الفترة وربط ذلك كله برشاده الحكم، ومنذ ذلك الحين أصبح لهذا المفهوم دور كبير خاصة في التصنيفات الممنوحة لكافة الدول في تحقيقها لآليات الحكامة ومن ثم أصبح له معايير تقييم على أساسها الدول وخاصة لدى صندوق النقد الدولي الذي يركز عليه كثيرا حتى في ربط مساعداته الدول النامية بتحقيق شروط الحكامة².

ثم جاءت نقطة التحول في مفهوم الحكامة عام 1997، حين طرح برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بهدف تغييرات دور الدولة، والاعتراف بدور الفاعلين المتعددين، والتوجه الفعال نحو التعامل في إطار من المشاركة والشراكة. مع قضايا وتحديات التنمية البشرية، إذن امتد المفهوم إلى المجتمع المدني، ثم اتسع ليناقد الحكم الرشيد في إطار العولمة سواء مؤسسات التمويل العالمية أو الشركات المتعددة الجنسية وأصبح ذلك توجهاً واعترافاً عام بحملة من المبادئ والقواعد في إطار العولمة³.

وعلى أثر هذا التطور تشكل مدخل جديد للحكمة أكثر اتساعاً من مدخل البنك الدولي يركز على تبني أنماط من علاقات القوى السياسية والاقتصادية والإدارية ذات أطر أكثر تفاعلاً وتكاملاً بين كافة الشركاء سواء المجتمع المدني أو القطاع الخاص، فأصبح هذا المفهوم كأداة لمحاربة الفساد الإداري والمالي والسياسي، وتعزيز الديمقراطية التشاركية ومشاركة الجهات الفاعلة غير الحكومية ومساءلة الحكومة، وإرساء دولة القانون القائمة على الشفافية.

ومن خلال هذا الرصد للتطور التاريخي لنشأة الحكامة يتضح أن ظهور هذا المفهوم يعود إلى عدة اعتبارات، كانت في البداية تقتصر أهدافها على الشروط التي وضعتها المؤسسات والمنظمات الدولية

1 Séverine bélina, hervémagroetviolain dé voilaine de villedmeur, la gouvernance démocratique, instut de recherche et débat sur la gouvernance, p:05, site web: <http://www.instut-gouvernance.org/docs/introduction-gouvernance-democratique.pdf> le 16/08/2016.

2 <http://www.univ-chelef.dz>, consulté le 17/08/2016.

3 أماني قنديل، المرجع السابق، ص100.

لتلقي المعونات والقروض، وإدراك الهيئات المانحة أن تحسين فاعلية المساعدات التنموية يتطلب إحداث إصلاح المؤسسات والسياسات، ليتطور فيما بعد ويصبح شرطاً أساسياً لتحقيق التنمية المستدامة والحد من أشكال الفساد المالي والإداري والسياسي وتحسين الوضع المعيشي للفئات الهشة بالمجتمع وإسماع صوتهم من خلال تفعيل قيم الشفافية والمساءلة وإشراك المجتمع المدني والقطاع الخاص في وضع السياسات التنموية والابتعاد عن كل أشكال الرشوة وإهدار المال العام.

الفرع الثاني: دوافع ظهور الحكامة

تعود أسباب ظهور الحكامة في هذه الفترة إلى عوامل واقعية وأيديولوجية بتغير موازين القوى في العالم بعد انتهاء الحرب الباردة وانهيار الاتحاد السوفياتي، إذ لم يظهر الاهتمام بهذا المفهوم من قبيل الصدفة ودونما مبرر بل كانت هناك ممهّدات كانت السبب الرئيسي لبروز هذا المفهوم على الساحة الدولية ومن أهم الأسباب نذكر:

أ- أسباب واقعية: ويمكن توضيحها في النقاط التالية:

- جاء المفهوم ليؤكد للمؤسسات المانحة، أن السياسات والأولويات الداخلية المتبعة من قبل الدول النامية، خاصة التي كانت تنتهج النهج الاشتراكي هي السبب في الإخفاقات المتكررة في العملية التنموية لهذه الدول، مما يعكس التوجه الإيديولوجي الليبرالي لهذه المؤسسات في طرح هذا المفهوم.
- انتهاء الحرب الباردة وسقوط النظام الشيوعي مما ساعد في مطلع التسعينات من القرن الماضي الدول الغربية، أن تربط مساعدتها بشروط سياسية دون تخوف من احتمال أن تفقد حلفاء لها من الدول النامية، كما أدى انهيار النظام الشيوعي إلى توسع نطاق الليبرالية الجديد بزعامة الولايات المتحدة الأمريكية، وكل نظام لا يسمح بانتشار هذا المد فإنه نظام يتسم بالفساد وهو نمط للحكم السيء مما يؤدي إلى الانهيار والفشل.
- تغير دور الدولة، فهذا المفهوم جاء ليعبر عن التغير في دورها كفاعل أساسي في صنع السياسات العامة ووضع الخطط ورسم الاستراتيجيات وحل النزاعات بين الفئات والطبقات المتخلفة، لتصبح مجرد شريك بين عدة شركاء في إطار نوع الحكم القائم على المشاركة الرابطة بين الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع الدولي وحتى الشركات الأجنبية.
- انفجار الأزمة المالية الآسيوية لعام 1997 مما غير النظرة العالمية لحكم المؤسسات وكانت بمثابة أزمة ثقة في المؤسسات والتشريعات التي كانت تصدرها الدولة المنظمة لنشاط الأعمال والعلاقات فيما بين المؤسسات الاقتصادية والحكومية والمشاكل التي برزت في بداية الأزمة عمليات

ومعاملات الموظفين داخل المؤسسات إضافة إلى حصول الشركات على مبالغ هائلة من الديون قصيرة الأجل في نفس الوقت الذي حرصت فيه على عدم معرفة المساهمين بهذه الأمور وإخفاء هذه الديون من خلال عدة طرق ونظم.

- تصاعد قضايا الفساد في كبرى الشركات الأمريكية حيث أن القوائم الحسابية والمالية لهذه الشركات كانت لا تعبر عن الواقع الفعلي لها، مما دفع منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية أن تصدر مجموعة من الإرشادات تدرج ضمن ما يسمى بالحكامة الرشيدة للمؤسسات.
- ممارسة الشركات المتعدد الجنسيات في اقتصاديات والتي كانت تقوم بالاستحواذ والاندماج بين الشركات حتى تتمكن من السيطرة على الأسواق العالمية، ورغم وجود الآلاف من الشركات الأولى، إلا أن هناك فقط 100 شركة هي المسيطرة فعلا على التجارة الخارجية من خلال الممارسات الاحتكارية في مجال توزيع الثورة¹.

ب- أسباب إدارية: ترجع هذه الأسباب لكون الدولة لم تعد في الاقتصاد الحديث مسؤولة لوحدها على الوفاء بمتطلبات التنمية نظر لتزايدها بالإضافة إلى عدم قدرتها على إدارة النشاط الاقتصادي بمفردها وفشلها في تحقيق السلم والحفاظ على النظام العام وحماية الممتلكات خاصة في قارة إفريقيا²، ما أدى إلى ظهور الحكامة التي انتقلت بالإدارة الحكومية من أدوارها التقليدية إلى وضع جديد باشتراك القطاع الخاص والمجتمع المدني كفواعل رئيسية في صنع السياسات العامة في الدولة.

ت- أسباب الأكاديمية: يعكس هذا المفهوم تطوراً طبيعياً في النظرة إلى مفهوم التنمية والتنظيم، فلقد تم التحول من المشروعات التنموية في الخمسينات إلى الاهتمام بالبرامج التنموية المتكاملة في أواخر التسعينات إلى التحول نحو إعادة الهيكلة في السياسات عن طريق برامج الإصلاح الاقتصادي التي طرحتها المؤسسات الدولية المانحة على الدول النامية في أواخر السبعينات وحقبة الثمانينات إلى الاهتمام التدريجي بالشروط السياسية للتنمية مع بداية التسعينات، بعد إن كانت التنمية والسياسة يعملان لفترة

1 كمال بلخيري، عادل غزالي، متطلبات الإدارة الرشيدة والتنمية في الوطن العربي، ملتقى دولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، جامعة فرحات عباس-سطيف، الجزائر، يومي 08-09 أفريل 2007، ص 416، 415.

2 Mohamed .salih, gouvernance, information et Domain. Publique, Addis-Ababa, commission économique pour l'Afrique, 13 mai 2003, p9.

طويلة على أنها مجالات منفصلان وهو ما عمل على نشر دعاوى الإصلاح السياسي وبدأت المؤسسات المالية الدولية تطالب بإعادة تشكيل النظام السياسي كشرط لمنح المساعدات التنموية¹.

بالإضافة إلى ذلك هناك أسباب اجتماعية لظهور الحكامة تتمثل في ضعف مستوى التنمية البشرية وزيادة الفقر والامية والأمراض وسوء التغذية وانتشار البطالة خاصة في دول العالم الثالث.

الفرع الثالث: التعريف بالحكمة

تم إعطاء أكثر من معنى كفكرة واصطلاح للحكمة أو الحكم الراشد أو الحكمانية، نتيجة اختلاف التفسير والفهم والمدلول للمصطلح بين الكتاب والمفكرين، مثلما تم المزج بين مصطلح الحكمانية والحكومة، حيث أستخدم كمرادف للحكومة لدى البعض والذي ربما ينطوي على انعكاسات سلبية ومغلوبة².

وحتى نحيط بمعاني ودلالات الحكامة لا بد من التعرض إلى كل من التعريف اللغوي وكذا التعريف الاصطلاحي إضافة إلى التعريف القانوني.

أولاً: التعريف اللغوي:

تعد كلمة الحكامة مشتقة من الحكم والذي عرفه المعجم الوسيط بأنه كلمة مشتقة من الفعل الثلاثي " حَكَمَ " أي بمعنى قَضَى، ويقال: حكم له وحكم عليه، وحكم بينهم، فالْحُكْم هو القضاء بين الناس³.

ولعله من اللافت للنظر أن تشتق من مصدر ثلاثي واحد في اللغة العربية (ح.ك.م) كلمات متعددة تخص جوانب مختلفة من نسق الحكم بالمعنى الحديث (لاحظ تعدد الأصول اللغوية للكلمات المناظرة باللغة الإنجليزية أو الفرنسية، للألفاظ العربية المشتقة من هذا المصدر).

وتضفي اللغة العربية على مفهوم الحكم، في الوقت نفسه، من خلال العلم والحكمة والعدل على أساس من القاعدة القانونية.

يعني (الحُكْمُ) أيضا العِلْم، والتفقه أي العلم العميق بالقواعد القانونية وتفسيرها، مما يبين أن المعيار في الحكم هو إعمال القواعد القانونية، وتفسيرها.

1 كمال بلخيري، عادل غزالي، المرجع السابق، ص 417.

2 زهير عبد الكريم، مرجع سابق، ص 07.

3 نادر فرجاني، " رفعة العرب في صلاح البلدان العربية "، مجلة المستقبل العربي، مركز دراسات الوحدة العربية بيروت لبنان، العدد 256، 2000، ص 402.

ويعني (الحُكْمُ) كذلك الحِكْمَةَ، مما يتيح المجال لاعتبار مبادئ سامية (الرحمة فوق العدل)، أو المصلحة العامة، في القضاء، والعدْلُ هو أحد معاني (الحِكْمَةِ). و (المَحْكَمَةُ) هي هيئة قضائية تتولى الفصل في المنازعات.

و(الحكومة) تعني ردَّ الرجل عن الظلم، ولكنها تستخدم محدثاً بمعنى الهيئة الحاكمة، الأصل في الحكومة إذا هو الرد عن الظلم، أو إقامة العدل.

و(الحَاكِمُ) هومن نُصِبَ للحُكْمِ بين الناس، وينطوي التصيب، من قبل آخر، منطقياً على إمكان التنحية، الذي ينطوي بدوره على مسائلة الحاكم. ويشتق من المصدر الثلاثي أيضاً (تَحَكَّمَ) أي استبدَّ، ولا ريب، في ضوء كون العدل قيمة عليا، إن الاستبداد موجب للعزل¹.

وقد ورد عن الإمام علي بن أبي طالب (رضي الله عنه) (556-619م) في قوله أختار للحكم بين الناس أفضل رعيته في نفسك ممن لا تضيق به الأمور، ولا تحكمه في نفسك ممن لا تضيق به الأمور ولا تحكمه الخصوم، ولا يتمادي في الزلة، ولا يحصر من الفياء إلى الحق إذا عرفه، ولا تشرف نفس على طمع، ولا يكتفي بأدنى فهم دون أفضاه، وأوقفهم في الشبهات، أصبرهم على تكشف الأمور، وأصرمهم عند اتضاح الحكم، ممن لا يزيده إطرأ ولا يستميله إغراء، أولئك قليل².

وهكذا تضم اشتقاقات هذا المصدر الواحد البسيط (ح.ك.م) كل مفردات نسق الحكم المعاصر تقريباً وتقييمه على دعائم نبيلة من العلم والعدل والحكمة. ويعنينا هذا الثراء اللغوي مفاهيم التمثيل والمساءلة، وهي كما نفهم جوهر الحكم.

انطلاقاً من تلك التعريفات فقد تم تبني مصطلح الحكامة، المعرب من الإنجليزية (Gouvernance)، وهذا الاختيار يعكس ثراء اللغة العربية، حيث فضلت مصطلح الحكامة خلافاً لعدد من محاولات التعريب في هذا المضمار التي نزعنا لتفادي الحساسية الفائقة التي تحيط بمسألة الحكامة في كثرة من البلدان النامية باللجوء لكلمات، أو عبارات، تنتقل الموضوع من ميدان السياسة الوعر إلى مضمار الإدارة، الأسهل تناولاً مثل نظام إدارة الدولة و إدارة شؤون الدولة والمجتمع، ويوحى تعريب آخر وهو الحاكمة، بإيحاءات دينية صارمة، ناهيك عن عدم دقته³.

1 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2002، الولايات المتحدة الأمريكية: المكتب الإقليمي للدول العربية، 2002، ص 102.

2 الإمام محمد عبده، نهج البلاغة، الطبعة الثانية، دار البلاغة، بيروت، لبنان، 1985، ص 610.

3 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المرجع السابق، ص 103.

ثانيا: التعريف الاصطلاحي:

إن كلمة الحكامة (Governances) التي يرجع أصلها إلى تعابير كانت تستخدم للدلالة على قيادة السفن في العصر اللاتيني واليوناني القديمين، غير أن المفهوم انتقل إلى حالات ذات العلاقة بالوسائل الدستورية والقانونية المتعلقة بتسيير شؤون الدولة المدنية وإدارة بعض المؤسسات المهنية ليتكرر هذا المفهوم مع تبني المؤسسات المالية الدولية له وعلى رأسها البنك الدولي الذي أستخدمه لأول مرة عام 1992 في تقرير السنوي تحت عنوان *Gouvernance and développement* وقبل انتشاره فإن دول الجنوب المعنية بتطبيق محتواه والمنظمات الدولية المعنية به كانت تتبنى مفاهيم متعددة للتعبير عن مضمونه فعند دول الجنوب نجد تداول مفاهيم مثل: إصلاح الدولة، التحول الديمقراطي، إصلاح الأنظمة الانتخابية، احترام حقوق الإنسان وإقامة دولة الحق والقانون. أما " منظمة الأمم المتحدة للتربية والثقافة والعلوم " Unesco " فقد استعملت مصطلح « التسيير الديمقراطي»، في حين استخدم «برنامج الأمم المتحدة الإنمائي» « Undp» مصطلح التسيير السليم¹. أما عن المفاهيم الشائعة في الكتابات الحديثة حول التنمية فقد استخدمت مصطلح الديمقراطية، الحكم الجيد، الإدارة الرشيد، الحوكمة الرشيدة².

ولقد اختلف فقهاء القانون العام والباحثين على غرار الهيئات الدولية في تحديد معنى الحكامة، مثل العديد من المفاهيم الإدارية والاجتماعية التي لم يتمكن المختصون من الوصول إلى تعريف عام لها يصلح لكل النماذج المنظرية، وذلك لاختلاف انتماءاتهم المذهبية من جهة ولكونها مفهوم يقيني يستند على الوقائع والظواهر اليقينية مهملة كل تفكير تجريدي، فلقد عرفها البنك الدولي بأنها مرادف للتسيير الاقتصادي الفعال والمثال الذي يسعى للإجابة عن مختلف الانتقادات الخاصة الموجه للدول والمؤسسات، والتي تشكك في الإصلاحات الهيكلية المسيرة بطريقة عادية، أي من الأعلى نحو الأسفل والتي أدت إلى فراغ مؤسساتي بدل قدرات وطاقت المجتمع التي يزر بها ، إذ لا بد من الربط بين الحكامة والتنمية التشاركية، وكذا حقوق الإنسان والديمقراطية، إضافة إلى تعيين وتعريف احترام القوانين وتسيير القطاع العام، محاربة الرشوة وتخفيض النفقات الفائضة والمبالغ فيها في المجال الإداري والعسكري. بينما يرى " Commission sur la governance " بأنها مشتقة من الحكم وهو مجموع من الطرق أو الأساليب التي يقوم بها الأفراد والمؤسسات العموميين والخواص بتسيير أعمالهم المشتركة بطريقة مستمرة يطبعها

1 عبد الكريم قلاتي، الحكم الرشيد وعلاقته بالاستقرار السياسي والتنمية المستدامة، مجلة الفكر البرلماني، دار الطباعة ANEP روية، مجلس الأمة، الجزائر، العدد 23، 2009، ص15.

2 م. أحمد كمال، معوقات الإدارة الرشيدة، بحوث وأوراق عمل " المؤتمر السنوي العام الثاني عشر للإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، يومي 08-10 سبتمبر 2012، ص91.

التعاون والمصالحة والتوفيق بين المصالح المختلفة وتلك المتنازع حولها، كما يدرج هذا الحكم تدرج المؤسسات الرسمية والأنظمة المزودة بالصلاحيات التنفيذية والترتيبات والتعديلات الرسمية التي على أساسها تكون الشعوب والمؤسسات قد وقعت بصفة وفاقية لخدمة مصالحها العامة خدمة للمجتمع.

وهذا ما أكده "Hjerthopm" بأنها مجموعة الطرائق والأساليب المستخدمة من قبل المؤسسات العامة لإدارة شؤونها العامة،¹ بينما يرى "Thiebuly" بأنها الأشكال الجديدة الفعالة بين القطاعات الحكومية والتي من خلالها يكون الأعوان الخواص وكذا المنظمات العمومية والجماعات أو التجمعات الخاصة بالمواطنين أو أشكال أخرى من الأعوان، وذهب الكايد لتعريفها على أساس بأنها العمليات والهياكل والتقاليد المؤسسية التي تستخدمها الإدارة العليا للتأكد من تحقيق الرسالة.²

ولقد باتت حكمة بناء دولة المؤسسات من الموضوعات المثيرة جدًا خصوصًا بعدما اهتمت بها العديد من الدوائر الأكاديمية والاقتصادية العالمية كالبنك العالمي، وصندوق النقد الدولي حيث عرفها على أنها : الإدارة الرشيد أو الاقتصاد بصورة عامة عبر حزمة من القوانين والقواعد التي تؤدي إلى الشفافية، أما من زاوية الاهتمام بالجودة والأداء فالحكمة هي: (مجموعة من القوانين و النظم والقرارات التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء، عن طريق اختيار الأساليب المناسبة والفعالة لتحقيق خطط وأهداف المؤسسات).

و من خلال هذا التعريف نجد أن الحكمة عبارة عن نظام يحكم العلاقات بين الأطراف الأساسية التي تؤثر في الأداء، وهي الإطار الذي تمارس فيه مؤسسات الدولة والقطاع الخاص وجودها.

أما بالنسبة لدولة الجزائر فقد تبنت ميثاق الحكم الراشد للمؤسسات الجزائرية الصادرة سنة 2009 بالشراكة بين وزارة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والصناعات التقليدية ومنتدى رؤساء المؤسسات مصطلح الحكم الراشد " كمرادف لـ " الحكمة "، وجاء في الميثاق أن الحكمة في معناه الشامل هي : " تلك العملية الإدارية والتطوعية للمؤسسة من أجل إدخال المزيد من الشفافية والصرامة في تسييرها وإدارتها ومراقبتها"³.

1 منى حيدر عبد الجبار الطائي، المرجع السابق، ص422.

2 العلجة مناع، السياسات الرشيدة والتنمية في الجزائر، المؤتمر السنوي العام الثاني عشر الإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، يومي 08-10 سبتمبر 2012، ص37.

3 غضبان حسام الدين، المرجع السابق، ص 18.

أما عن المشرع الجزائري فقد أولى اهتمام كبير لهذا مفهوم في السنوات الأخيرة، بحيث ذكر مصطلح " الحكم الراشد " كمرادف " للحكامة " في المادة (192) من القانون 01-16 المتضمن التعديل الدستوري¹ والتي نصت كالآتي: « يتمتع مجلس المحاسبة بالاستقلالية ويكلف بالرقابة البعدية لأموال الدولة والجماعات الإقليمية والمرافق العمومية، وكذلك رؤوس الأموال التجارية التابعة للدولة، و يساهم مجلس المحاسبة في تطوير الحكم الراشد والشفافية في تسيير الأموال العمومية، و يعد مجلس المحاسبة تقريراً سنوياً يرفعه إلى رئيس الجمهورية وإلى رئيس مجلس الأمة ورئيس المجلس الشعبي الوطني والوزير الأول ».

كما عرف القانون رقم 06/06 المتضمن القانون التوجيهي للمدينة الحكامة بشكل آخر، ولكنه استعمل مصطلح "الحكم الراشد" على انه" هو الذي بموجبه تكون الإدارة مهتمة بانشغالات المواطن وتعمل للمصلحة العامة في إطار الشفافية"².

التعريف الإجرائي:

واعتماد على ما سبق فإننا يمكن أن نتصور تعريف للحكامة الصحية لكون الدراسة تخص المجال الصحي فالحكامة الصحية "هي آلية حديثة في التسيير تنتهج أسلوب إصلاحية موجه لتحسين كفاءة وفاعلية العمل المؤسساتي والتطور المنظمي والفردية وتحقيق الجودة في القطاع الصحي والتميز في الأداء، و تمارس عن طريق مجموعة من القوانين والعمليات والتقاليد التي تحدد كيفية ممارسة السلطة واتخاذ القرار، عبر مشاركة أوجه التفاعل بين المنظمات الحكومية والمجتمع المدني والقطاع الخاص ومن خلالها يتم فتح المجال الواسع فيما يخص المشاركة والشفافية والمساءلة والعدالة دون تمييز، في إطار السياسات المحدد من طرف الدولة، بغية تعزيز وصون كرامة ورفاه الإنسان، ويمكن استخدام هذا المضمون على المستوى العالمي (Global)، والوطني، والمحلي، والمجتمعي في جميع جوانب الحياة سواء كانت في المجال الصحي، أو المالي أو حقوق الإنسان، إذ تعتبر هذه الأخيرة وسيلة لإنصاف والضعفاء في المجتمع من خلال تطبيقها على ارض الواقع».

1 القانون رقم 01-16 المؤرخ في 06 مارس 2016، الذي يتضمن التعديل الدستوري، ج ر ج ج، رقم 14 المؤرخة في 07 مارس 2016، ص 21.

2 القانون رقم 06-06، المؤرخ في 20 فيفري 2006 المتضمن القانون التوجيهي للمدينة، ج ر ج ج، رقم 15، المؤرخة في 12 مارس 2006، ص 18.

الفرع الرابع: أنواع الحكمة وأهميتها وشروط نجاحها

في نهاية التسعينات أقام البنك العالمي صلة بين نوعية حكم دولة ما وقدرتها على ترقية نمو اقتصادي واجتماعي مستدام، فحسب البنك العالمي، تتضمن الحكمة في الوقت ذاته نمط النظام السياسي الذي من خلاله تمارس السلطة في مجال تسيير الموارد الاقتصادية واجتماعية لدولة ما بغرض تنميتهم وكذا قدرة الحكومات على وضع وتشكيل وإنفاذ السياسات وأداء مهامها وهكذا جعل البنك العالمي من "الحكمة" عنصراً مركزياً في الإستراتيجية التنموية، مما أدى ظهور أنواع من الحكمة والتي تتكامل مع بعضها لتحقيق نتائج التنمية الشمولية، وفي هذا الإطار سيتم التطرق لشروط نجاح تلك الأنواع.

أولاً: أنواع الحكمة :

لقد تعددت المفاهيم الخاصة بالحكمة بحسب مفهومها و مدلولها نذكر منها¹ :

1- الحكمانية الإدارية: Administrative Gouvernance

وجود نظام إداري وتنفيذ للسياسات من قبل القطاع العام يتسم بالكفاية، والاستقلال، وتحكيم القانون والمساءلة والانفتاح. ونظام الحكمة الإدارية يتضمن ثلاث أجزاء أو مهام أساسية:

• كيف تقوم الحكومة بعمل الأشياء؟

• كيف تتم الرقابة والمتابعة (Check & Balance) من قبل المؤسسات المعنية لضمان مسائلة الحكومة؟

• كيف يتم إدماج المواطنين كعنصر فعال في عملية الحكمة؟

2- الحكمانية الاقتصادية: Economic Gouvernance

• عملية اتخاذ القرارات التي لها آثار على النشاطات الاقتصادية الداخلية والخارجية للدولة.

• الحكمة الاقتصادية تؤثر بشكل إنتاج الثروة وتوزيعها على مستوى المعيشة بشكل عام في المجتمع.

3- الهيكلية الاقتصادية تنطوي على انسجام وتكامل السياسات النقدية والمالية والتجارية وإنشاء السلطات

التنظيمية والرقابية اللازمة لتعزيز وتنسيق النشاطات الاقتصادية المخلفة والتي تعتمد على الحكمة

الاقتصادية الجيدة للمساهمة الإستراتيجية في تحقيق التنمية الشمولية والمستدامة.

حكمة الشركات : Corpo rate Gouvernance

• حكمة (حوكمة) الشركات هي النظام الذي بواسطته يتم توجيه ومراقبة مؤسسات الأعمال.

1 خالد الزغبى، العلاقات التكاملية بين الحكمانية والتنمية، المؤتمر السنوي العام الثامن للإبداع والتجديد في الإدارة من أجل الإصلاح والتنمية والرفاهية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، يومي 08-11 سبتمبر 2007، ص ص4-5.

- تحدد هياكل حكمة الشركات توزيع الحقوق والمسؤوليات بين المشاركين في المؤسسات أو الشركات المتمثلين في مجلس الإدارة، المدراء، المساهمين والمعنيين الآخرين فيها.
- حكمة الشركات تنطوي على تعزيز العدالة والشفافية والمساءلة المؤسسية وهي المصدر الأساسي لميزة التنافسية.
- شفافية قوانين اللعبة الاقتصادية وسهولة التنبؤ بها تعلمان على جذب الاستثمارات المحلية والخارجية البعيدة المدى والتي تعتبر عنصرا في غاية الأهمية لتوفير فرص العمل والتشغيل نحو النمو الاقتصادي وتحقيق حدة الفقر.

4-الحكامة السياسية : Political Governance

- عملية اتخاذ القرارات السياسية وتنفيذ السياسات من قبل السلطات الشرعية في الدولة، فالدولة الديمقراطية يتوقع أن تتسم بالفصل بين السلطات ومساءلتها إضافة إلى توفير حرية المواطنين في اختيار قادتهم وممثلهم من خلال نظم انتخابية حرة ونزيهة.
- من المعروف الآن باستحالة تحقيق التنمية المستدامة بغياب الديمقراطية الحقيقية واحترام حقوق الإنسان إضافة إلى توفر الأمن والسلام و الحكامة الجيدة.

5-الحكامة الإنسانية : Humane Governance

- تنطوي على إيجاد ثقافة جديدة للإدارة العامة أو "إنسانية الإدارة العامة "
- "The humane cation of public administration " الداعي إلى تصميم بين الحكومة والمواطنين بإعطاء الدور المركزي للمواطن.

6-الحكامة النظامية : Systemic Governance

- تشمل كل المساهمة للحكامة الموجهة لتحسين حياة المواطنين التي تنطوي عليها الأنواع السابقة للحكامة.
- إن ضمان نجاح التنمية الشمولية المستدامة ينطوي على بناء وإدامة نظم تستجيب للاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والإدارية.

ثانيا : أهمية الحكامة في المنظمات العامة :¹

- أوضح (Bourgon) أن طبيعة التحولات الخاصة أحدثت نوع من التبادلات في دور الحكومة وعلى نحو مماثل في أدوار المؤسسات العامة والخاصة ومنظمات المجتمع المدني نتيجة للآتي:
- 1- التركيز على تحسين الأداء، الكفاءة الإنتاجية.

1 منى حيدر عبد الجبار الطائي، المرجع السابق، ص422.

- 2- تطبيق مدخل أساس المواطن في تسليم الخدمة.
 - 3- السعي من أجل زيادة رضا المستخدم.
 - 4- التركيز على القضايا والتحديات المتداخلة.
 - 5- السعي نحو الانفتاح والشمولية في علاقتها مع الأطراف المجتمعية والمواطنين.
- فيما مضى، وقبل عقدين من الزمن تقريباً، كان مقياس نجاح الحكومة يعتمد على مقدار المساهمات والنجاحات التي تحقّقها الدوائر والمؤسسات الحكومية فقط في حين أن تزايد دور الحكامة في الوقت الحاضر أو جب أن يكون قياس النجاح مستند إلى مقدار أو مساهمة كل الأطراف الفاعلة .
- في تحسين أداء الحكومة والمجتمع ككل، فالإدارات والوحدات الفاعلة أصبح عليها أن تزن قيمة نتائجها إزاء إنجاز النظم ككل إضافة إلى تحقيق النتائج المجتمعية بما يؤدي إلى البروز والتميز الناتج عن تطبيق الحكامة بدلا من مؤشرات الأداء الفردية والصغيرة التي كانت تميز العشرين سنة (20 سنة) الماضية¹.

ثالثا : شروط نجاح الحكامة في تحقيق نتائج التنمية²:

- الحكامة تنطوي على وجود مؤسسات ذات كفاية عالية و تستجيب للمساءلة.
- تنطوي الحكامة على ترسيخ معايير دولة القانون والشرعية التي تعزز تحقيق التنمية، وتحافظ على حقوق الإنسان، وتؤكد على حرية المواطنين في إيصال أصواتهم والمشاركة في صنع القرارات التي تؤثر في حياتهم.
- عملية الإصلاح المؤسسي وبناء المؤسسات يجب أن تركز على الأمور التالية:
 - 1- الأنظمة الإدارية والخدمة المدنية لتحسين مستوى الخدمات.
 - 2- تقوية الإشراف والرقابة البرلمانية لتعزيز المساءلة والتركيز على الأولويات.
 - 3- تبنى معايير فعالة لمكافحة الفساد لتوفير النزاهة والثقة بين المواطنين والحكومة.
 - 4- تعزيز عملية المشاركة في صنع القرارات لتعزيز إدماج المواطنين.
 - 5- القيام بالإصلاح القضائي العدالة و دولة القانون.
 - 6- القيام بالإصلاح المالي لتعزيز الشفافية والمساءلة لتحسين نوعية الإدارة المالية والاقتصادية وحكامه الشركات.

1 المرجع نفسه، ص423.

2 خالد الزغبى، المرجع السابق، ص5، 6.

- 7- إعفاء دور القطاع العام ليكون معنيا بتنفيذ الوظائف الاقتصادية لتهيئة البيئة المساعدة على الاستثمار والإنتاج وضمان الشرعية وإحكام دولة القانون والتنافسية والنزاهة.
- 8- احترام مبادئ الديمقراطية وحقوق الإنسان، توفير إدارة نزيهة ذات نوعية وحماية الحقوق والحريات في ظل دولة القانون لتشمل كافة المواطنين.
- 9- التأكيد على أهمية الكفاية في استخدام الموارد الشحيحة في تعزيز التنمية من خلال تحسين المشاركة، تحمل المسؤولية، والمساءلة، وإعطاء الشرعية للحكومة لتعمل على إخراج الناس من الفقر وتحسين مستواهم الصحي.

المطلب الثاني: مكونات الحكامة

من خلال التعاريف السابقة يتضح لنا أنه لتحقيق الحكامة لا بد من تضافر جهود كل من الدولة ومؤسساتها إلى جانب القطاع الخاص و مؤسسات المجتمع المدني، وهي الأطراف الرئيسية المكونة للحكامة، من أجل ذلك ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع، نتعرض في الفرع الأول للدولة والمؤسسات الرسمية، أما الفرع الثاني نتناول فيه المجتمع المدني، أما الفرع الثالث فسوف نخصه القطاع الخاص.

الفرع الأول : الدولة والمؤسسات الرسمية

رغم تعدد التعريفات التي قدمها الفقهاء مثل لهوبز و لوك ورسو وهيجل وماركس الذين تركوا كلهم بصمات مؤكدة في الفكر الأوربي، والمنعطفات التي حدثت مجرياتها من نهاية القرن السادس عشر إلى نهاية القرن العشرين، والتي بدورها أسست لمفهوم الدولة الحديثة والمعاصرة وأجمعت على عناصر الدولة الثلاث والمتمثلة في الشعب والإقليم والسيادة.

ولقد لاحظ المختصون العلاقة الحميمة والوطيدة لمفهوم الدولة بالمجتمع وبالثقافة التي تلعب دوراً لا يستهان به بل وينظر إلى الدولة على أنها غاية وأداة لتحقيق الصيرورة العسيرة للبناء الوطني¹.

لقد كان الفكر السياسي يميل إلى تلخيص الدولة في شخص الحاكم، ولهذا ربط تحقيق العدالة على المستوى الاجتماعي بكفاءة الحاكم وصفاته الشخصية، أي كونه محباً للعدالة ملتزماً بقواعدها. أما في الأزمنة الحديثة فإن معظم الباحثين ينظرون إلى تحقيق العدالة كنتاج لعمل النظام الاجتماعي السياسي بمجموعه.

1 عبد الحميد قرفي، الإدارة الجزائرية مقارنة سوسيولوجية، دار الفجر للنشر و التوزيع، الجزائر، 2008، ص 121.

يمكن للنظام الاجتماعي أن يكون عادلاً أو ظالماً، بغض النظر عن شخص رئيسه، ففكرة العدالة أصبحت مفهوماً مؤسسياً منضوماً يتعلق بالنظام ككل، بعدما كانت وصفاً يتعلق بالحاكم ومن حوله، ومن الواضح أن هذا التطور يرجع إلى تغير مفهوم الدولة نفسه، وتزايد مطالبة المجتمع بالمشاركة في القرار، أي تحوّل الدولة إلى ممثل للمجتمع بعدما كانت سيّداً له وبهذا يصبح المجتمع قادراً على أخذ أموره بنفسه¹.

ومن خلال هذا المفاهيم نستنتج أن الدولة هي المسئولة عن توفير الإطار القانوني و التشريعي الثابت والفعال لأنشطة القطاع العام والقطاع الخاص والمنظم لفعاليات المجتمع والتي تسمح لهم بمشاركتهم في بناء دولتهم باعتبارهم طرفاً فيها، كالقوانين التي تسمح بتشكيل المنظمات غير الحكومية إلى جانب إعطاء صلاحيات إدارية ومالية مناسبة لهيئات الحكم المحلي لتقوم بوظائفها في إطار تجسيد اللامركزية، مثلما تكون معنية كذلك بتأكيد العدالة كونها مفهوماً مؤسسياً منظوماً يتعلق بالنظام ككل كما ينبغي على الدولة توفير الحريات العامة واحترام حقوق الإنسان وسن التشريعات التي تضمن حرية الإعلام في وسط شفاف وتطبيق مبدأ دولة القانون في إطار تحقيق الرشادة.

وإن تحقيق الرشادة التي تتمحور مؤسساتها الرسمية حول السلطات الدستورية الثلاثة (التشريعية، التنفيذية، القضائية) والتي لكل منها وظائفها الخاصة ولا يقوم هذا المبدأ حسب المفكر الفرنسي " مونيسكيو " في كتابة " روح القوانين " إلا على تجسيد مبدأ الفصل بين السلطات، بحجة أن الأخذ بهذا المبدأ يضمن ممارسة واحترام الحقوق والحريات الفردية على أن توزع تلك السلطات بين ثلاث هيئات: السلطة التشريعية تكون بيد الشعب أو ممثله السلطة التنفيذية بيد ملك قوي، السلطة القضائية تستند إلى هيئة مستقلة².

إن دستور الدولة هو الوثيقة التي تنظم اختصاصات ومجالات كل سلطة من السلطات بالإضافة إلى تنظيم العلاقات القائمة بينها في إطار نمط من الأنظمة الدستورية. في هذا النوع من الدساتير فإن تقسيم مهام الدولة لا يقوم على فكرة الوظيفة وإنما على فكرة السلطة المستقلة بحيث أن³:

1 توفيق السيف، رجل السياسة دليل الحكم الرشاد، الطبعة الثانية، الشبكة العربية للأبحاث و النشر، بيروت، لبنان 2013، ص ص 49، 50.

2 فريد علوش، نبيل فرقرور، مبدأ الفصل بين السلطات في الدساتير الجزائرية، مجلة الاجتهاد القضائي، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد الرابع، بدون تاريخ، ص228.

3 بورايو محمد، السلطة التنفيذية في النظام الدستوري الجزائري بين الوحدة والثنائية، رسالة دكتوراه الدولة في القانون العام، جامعة الجزائر 1، جوان 2012، ص 19.

• **السلطة التشريعية:** هي السلطة المتكونة من البرلمان بغرفة واحدة او بغرفتين، فهي التي تتولى إنتاج القوانين ومناقشتها والتصويت عليها بعبارة أخرى فإن هذه السلطة هي التي تتولى إنتاج التشريع بوصفها تمثل إرادة الشعب ووعاء السيادة الوطنية، تتولى هذه السلطة إنتاج التشريع إما بشكل مطلق أو في مجالات محددة رسمها لها الدستور على سبيل الحصر وذلك بشكل منفرد أو بالاشتراك مع رئيس الجمهورية كما هو الحال في اغلب النظم الرئاسية باعتبار ان رئيس الجمهورية في هذه النظم يتقاسم مع البرلمان الشرعية.

غير أن دور الهيئة التشريعية في تكريس الرشادة وأهميتها في رسم السياسات العامة يتباين بحسب طبيعة النظام السياسي السائد في الدولة، وكذا بحسب قوة وسلطة النخب السياسية و الأحزاب، وجماعات المصالح، وقدرة السلطة التنفيذية، ومدى تمثيلها لحزب واحد قوي أو عدد من الأحزاب المؤتلفة¹.

ولكن عندما ننظر إلى الدول العربية، نجد أن نظم الحكم فيها قد تحولت إلى نظم رئاسية، وداخل هذا الإطار ضخمت من صلاحيات رئيس الدولة على حساب البرلمان فنجد مثلاً أن رئيس الدولة في النظام العراقي يتدخل في عمل السلطة التشريعية من خلال ما يخوله له الدستور، وكذلك رئيس الدولة في النظام الجزائري وفقاً لدستور 1976 يهيمن على السلطة التشريعية وذلك على الرغم من إقراره بمسؤولية الوزراء أمام البرلمان (المجلس الشعبي الوطني)، وكذلك تبدو هيمنة السلطة التنفيذية على السلطة التشريعية بصورة أوضح في النظم الملكية².

ولهذا نلاحظ هشاشة في الأنظمة العربية من خلال ضعف في صناعة القرارات المبنية على السلطوية والاستبداد، وهذا راجع للخلل الوارد في الدساتير العربية في إدارة العلاقة بين السلطتين التشريعية والتنفيذية لمصلحة الأخيرة مع تركيز خاص على دور رئيس الدولة في إدارة العملية السياسية.

ولهذا فإن هذه المؤسسة هي التي توفر الإطار التشريعي الملائم الذي يسمح بالمشاركة في صياغة القوانين التي تسمح بتشكيل منظمات المجتمع المدني وحمايتها ضد أي قمع يمارس عليها، وكذا تحديد الصلاحيات الإدارية لهيئات الحكم المحلي، كما تسمح بخلق الأطر الحوارية بين جميع هذه الأطراف سواء كانت في المؤسسات الرسمية، أو في هيئات غير رسمية، كما توفر الإطار العام الذي تمارس فيه الحريات العامة واحترام حقوق الإنسان وسن التشريعات التي تحمي المريض و تتصفه بالإضافة الى

1 عبد النور ناجي، المدخل إلى علم السياسة، دار النشر والتوزيع، الجزائر، 2007، ص 63.

2 علي الدين هلال، نيفين مسعد، النظام السياسية العربية: قضايا الاستمرار والتغيير، مركز دراسات الوحدة العربية بيروت، لبنان، 2010، ص ص 320-321.

ضمان حرية الإعلام وتطبيق حكم القانون كما يمكن أن تصدر التشريعات وقوانين تهدف إلى تشجيع المشاركة السياسية¹.

• **السلطة التنفيذية:** وهي تلك الهيئة التي تتولى دستوريا قيادة أجهزة الدولة ممثلة في الحكومة والجهاز الإداري من أجل تنفيذ القوانين وتنفيذ السياسة العامة للدولة الهادفة إلى تحقيق المشاريع والبرامج الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي التزمت بها تجاه الجماهير والفئات الشعبية التي منحتها ثقتها في العملية الانتخابية التي أدت إلى نجاحها بوصفها ممثلة لحزب أو لتيار أو ائتلاف سياسي يتولى السلطة خلال الفترة الانتخابية محددة².

وللحكومات وظائف عديدة، فهي تسعى إلى التركيز على البعد الاجتماعي فهي المسؤولة عن تقديم الخدمات العامة للمواطنين، عن طريق تهيئة البيئة المساعدة على التنمية البشرية في المجتمع، وينطلق مفهوم الرشادة من المساعدة على التنمية البشرية في المجتمع، وينطلق مفهوم الرشادة من إعادة النظر في دور الحكومة وفي أنشطتها الاجتماعية والاقتصادية، بفعل جملة من العوامل، التي تتمثل في نمو القطاع الخاص، وزيادة احتياجات المواطنين بالإضافة إلى الضغوط العالمية التي تندد بالدور التقليدي للحكومة³.

ولقد وضعت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OCED) تصوراً جديداً للحكومة وهو ما سمي بالحكومة التي تتضمن الأدوار الجديدة التي يجب أن تلعبها الحكومة لبلوغ الرشد، من حيث⁴.

- الحكومة كصانع سياسة: أي لا بد أن تعمل على توفير سياسات منسجمة وفعالة من خلال تحسين اتخاذ القرارات وعمليات وضع القواعد والإجراءات الحكومية، خاصة فيما يتعلق بانسياب المعلومات ذات العلاقة بالسياسات وتقييمها.

- كما يقع على عاتقها استمرار وتطوير الإستراتيجيات، الهياكل، الأنظمة، وتقديم الطرق الفعالة للسيطرة على الأداء وقياسه، وتقوية المساءلة مع التركيز على نوعية الأداء، إضافة إلى تقوية عمل القطاع العام

1 ياسين بوجدر، واقع ومتطلبات الحكم الرشيد في الوطن العربي، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، الجزء الأول، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، قسم علوم الاجتماع، جامعة فرحات عباس سطيف الجزائر، يومي 08-09 أفريل 2007، ص ص 358-359.

2 بورايو محمد، المرجع السابق، ص 20.

3 قوي بوحنية، نحو منظور متكامل لفهم التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ورقلة، الجزائر، يومي 09-10 مارس 2014، ص 13.

4 بلخير آسيا، إدارة الحكمانية ودورها في تحسين الأداء التنموي بين النظرية والتطبيق، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2009، ص 46.

وتحسينه، وجعله يساير التغيرات السريعة الداخلية والخارجية، بشكل يؤكد التكيف مع الظروف الطارئة و تبني إستراتيجية لإدارة الموارد البشرية.

- الحكومة كـممكن (Enable) فهي تقوم بوضع الإطار العام لتقديم خدمات ومنتجات القطاع العام أو الخاص وتحسين اختيارات المستهلك وجودة الخدمات، وإدخال المنافسة حيثما يمكن تطبيقها بشكل عام ترويج استعمال الموارد بكفاية وفعالية، بالإضافة إلى الإشراف على عملية الإصلاح والاستفادة منها.

• **السلطة القضائية:** تعمل على نسق واحد من السلطة التنفيذية، إذ لا يمكن تنفيذ القوانين إلا بعد وضع السلطة التنفيذية شروط تنفيذها عن طريق اللوائح والمراسيم التنفيذية، وبدورها كذلك هي التي تكفل تحقيق مبدأ سيادة القانون، وتوفير الأمن والسكينة العامة للمواطنين، في إطار استقلالية القضاء، بحيث لا نستطيع تصور بناء دولة قوية مبنية على مؤسسات فعالة بدون قضاء مستقل.

بالإضافة إلى السلطات الدستورية الثلاثة التي تعمل على تحقيق الرشادة، نجد كذلك السلطات المحلية التي تشكل القاعدة الأساسية في الدولة ، والتي تمارس مهامها وصلاحياتها عن طريق النظام اللامركزي .

ولقد جاء الاهتمام باللامركزية للاهتمام بقضية التنمية منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية، وذلك بسبب إخفاق معظم الحكومات المركزية في غالبية الدول العظمى في تقديم الخدمات العامة بكفاءة وفعالية، الأمر الذي دعا إلى ضرورة إعادة النظر في دور الحكومة ليتسع نطاق هذا الدور من المستوى الرسمي ليشمل أطراف أخرى من المجتمع، وهذا ما أدى إلى ظهور فكرة اللامركزية التي توفر العرض لموائمة الخدمات العامة من المطالب والتفصيلات المحلية، ولبناء حكم أكثر تجاوبا وخضوعا للمساءلة من القاعدة¹.

إذا يعتقد الكثيرون أن الحكامة اللامركزية من المركز للأقاليم والمقاطعات والحكومات/ السلطات المحلية والأحياء المحلية أكثر مساعدة على وجود الحكامة الجيدة. وإذا ما كان الأمر كذلك، فإن الحكامة اللامركزية يمكن أن تكون وسيلة فعالة لتحقيق الأهداف الأساسية لرؤية إدامة التنمية البشرية من خلال تحسين الدخول إلى الخدمات للتمويل، التشغيل، الصحة، التعلم، تقليص حدة الفقر، تحقيق العدالة الاجتماعية والاقتصادية بشكل أكبر وبشكل خاص بين الرجال والنساء وحماية البيئة، مثلما يمكن للامركزية أن تساهم في العناصر الأساسية في الحكامة الجيدة، مثل زيادة فرص الناس للمشاركة في

1 بلخير أسيا، المرجع السابق، ص47.

القرارات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وفي المساعدة، لتطور قدرات الناس، وفي تحسين تجاوب الحكومات للمواطنين، والشفافية والمساءلة¹.

وبهذا تكون الدولة من خلال مؤسستها الرسمية تلعب دور رئيسي في وضع السياسات العامة في مختلف المجالات، فتساهم بالحد من الفقر والتهميش، وتعمل على تعزيز المجتمع المدني لتحسين الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، وكذلك تساهم في تعزيز الإنصاف الاجتماعي* وبدورها كذلك تدفع القطاع الخاص كشريك فعال للمساهمة في تحسين الأوضاع المعيشة من جهة، وتساهم كذلك بالتخفيف من المركزية بإعطاء فرصة للهيئات المحلية لخلق تنمية مجتمعية من خلال مشاركتها في صنع القرارات بالدولة وتحفيزها على خلق الفرص.

الفرع الثاني: المجتمع المدني

تبلورت فكرة المجتمع المدني منذ أرسطو وكان يعني مجموع المواطنين الذين يرتبطون بغير رباط المواطنة وتناوله ابن خلدون من خلال محاولته لدراسة العلاقة الفعلية بين المجتمع والدولة في المجتمع الإسلامي، ثم جاءت كتابات أنطونيو غرامشي وجان جاك روسو حول العقد الاجتماعي في العصر الحديث والحقوق الطبيعية العامة وتبعهم كتاب هيغل منذ قرنين تناولها القسيس دور توكفيل في مؤلفه (الديمقراطية في أمريكا) وقصد بها مشاركة المواطنين بطريقة فعالة في تكوين جماعات طوعية تهدف إلى تحقيق الصالح العام، وبمرور الوقت تراجعت الفكرة نتيجة لتغير الظروف والأوضاع السياسية والاقتصادية في العالم وبعد الحرب العالمية الثانية أعيد إحياءها مرة أخرى وبلغ الاهتمام ذروته ابتداء من التسعينات نتيجة زيادة الاتجاه نحو الديمقراطية وتمرد الشعوب على الحكم الشمولي ومواجهة ابتزاز الشركات الكبرى وأصحاب رؤوس الأموال للشعوب الفقيرة².

وقد ظهرت حول ذلك في السنوات الأخيرة كتابات كثيرة لعل أهمها كتاب لأثنين من المفكرين الأمريكيين هما ديفيد أوزبورن "David Osborne" وتيد كابلر "Ted caepler" وقد ناشد المؤلفان في هذا الجهاز الحكومي بان يعمل على تشجيع الشراكة مع المنظمات غير الحكومية في مجال الخدمات المختلفة مما دفع بيتر داركر إلى المناداة عام 1994م بضرورة قيام قطاع اجتماعي ومستقل وقائم بذاته

1 زهير الكايد، المرجع السابق، ص124.

* الانصاف الاجتماعي: الذي بموجبه يشكل الانسجام والتضامن والتماسك الاجتماعي. انظر في ذلك القانون 06-06 المتضمن القانون التوجيهي للمدينة.

2 عز الدين، دور المجتمع المدني في تحقيق الشراكة بين منظمات المجتمع المدني، الملتقى العربي الرابع لمنظمات المجتمع المدني المنعقد بالملكة الأردنية الهاشمية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007، ص242.

مكون من منظمات المجتمع المدني والجمعيات الخيرية وغيرها من المؤسسات غير الربحية لكي تتولى تقديم الخدمات الاجتماعية التي كانت تعتبر من مهام الأجهزة العامة وقد عمدت منظمات المجتمع المدني في تنظيم علاقاتها وتوحيد مواقفها وحملاتها منذ عام 1998م وتنظيم أكبر مسيرات الاحتجاج ضد منظمة التجارة العالمية أثناء انعقاد مؤتمر سياتل حيث تجمع أكثر من خمسين ألف ناشط من مختلف دول العالم ونجحوا في تحقيق المكاسب للجماعات التي كانت تدافع عن حقوقها ومن هنا استطاعت منظمات المجتمع المدني الحصول على الاعتراف بوجودها وفعاليتها كقوة مؤثر في الأحداث العالمية وبانت المشاركة الشعبية من خلال تلك المؤسسات حقيقة واقعة لا مفر من التسليم بوجودها والاعتراف بقدرتها على توحيد الأمور، وقد أخص النادي الأورو متوسطي مختلف هذه الاعتبارات في أن المجتمع المدني يتألف من كل الأفراد والمنظمات الذين¹:

- يبذلون جهدهم دون هدف الربح.
 - يناضلون من أجل احترام القيم العالمية وحقوق الإنسان والديمقراطية والقانون الدولي.
 - يعملون بالاعتماد على الوسائل السلمية وباستقلال عن المصالح التجارية والسلطات العمومية والأحزاب السياسية والبرامج الدينية.
 - يسعون لتهيئة الرأي العام وتعميق الوعي الجماعي بالقضايا الهامة مثل الحريات العامة والتضامن الاجتماعي والعمل المجدي والمساواة بين الذكور والإناث والتعددية الثقافية وسبل تحسين نوعية الحياة ونظافة المحيط وحماية الطبيعة ومشاركة المواطنين في الحياة السياسية.
- وتعرف الدكتورة " أمانى قنديل " المجتمع المدني بأنه هو مجموعة التنظيمات التطوعية المستقلة ذاتياً، التي تملأ المجال العام بين الأسرة و الدولة، وهي غير ربحية، تسعى إلى تحقيق منافع أو مصالح للمجتمع ككل، أو بعض فئاته المهمشة، أو لتحقيق مصالح أفرادها، ملتزمة بقيم ومعايير الاحترام والتراضي، والإدارة السليمة للاختلافات والتسامح وقبول الآخر².
- إذا تعمل مؤسسات المجتمع المدني على إشراك الأفراد والناس في الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية وتعمل على تنظيمهم في جماعات ذات قوة للتأثير في السياسات العامة والحصول على حق الدخول للموارد العامة، وبشكل خاص للفئات الفقيرة، لذا نجد بأن مؤسسات المجتمع المدني وفي مقدمتها

1 المرجع نفسه ، ص 243.

2 أمانى قنديل، المرجع السابق، ص 104.

المؤسسات غير الحكومية تساعد على تحقيق إدارة أكثر ترشيحاً للحكم من خلال علاقاتها بين الفرد والحكومة ومن خلال تعبئتها لأفضل الجهود الفردية والجماعية والتي أستخدمها وفق الآليات التالية¹:

- التأثير على السياسة العامة من خلال تعبئة جهود قطاعات من المواطنين وحملها على المشاركة في الشأن العام.
 - تعميق المساءلة والشفافية عبر نشر المعلومات والسماح بتداولها على نطاق واسع.
 - مساعدة الحكومة، عن طريق العمل المباشر أو التمويل أو الخبرة، على أداء أفضل للخدمات العامة وتحقيق رضا المواطنين.
 - العمل على تحقيق العدالة والمساواة أمام القانون وحماية المواطنين من تعسف السلطة.
 - تربية المواطنين على ثقافة الديمقراطية من خلال إكساب أعضائها قيم الحوار وقبول الآخر والاختلاف، ومساءلة القيادات والمشاركة في الانتخابات والتعبير الحر عن الرأي.
 - الجدير بالذكر أن للمجتمع المدني مكونات ويمكن تعريفها بأنها " مجموع الوحدات المتنوعة، والتي تشكل في النهاية منظومة المجتمع المدني، وهذه المكونات تنقسم إلى قسمين (مكونات متفق حولها عالمياً، ومكونات تم استعادها من دراسات المجتمع المدني).
 - بحيث المكونات المتفق عليها عالمياً هي مكونات أساسية متوافق حولها، باعتبارها تشكل منظمات المجتمع المدني، وهذا التوافق أتى مع مطلع الألفية، بعد مشروعات عالمية ويتضمن ما يلي²:
- المنظمات غير الحكومية NCCOS
 - المنظمات الحقوقية والدفاعية Advocacy Or-ganizations
 - الجماعات المهنية Professional Groups
 - الاتحادات العالمية Labour Unions
 - النوادي الاجتماعية والرياضية (غير الربحية بمعايير محددة) .
 - قطاع الجامعات (غير الربحية وبمعايير محددة تبتعد بها عن القطاع الخاص).
- ومن المهم الإشارة إلى الجدول والنقاش أثير في المشروعات العالمية، بخصوص كل من الجماعات المهنية (مثل النقابات الأطباء والمهندسين...إلخ)، والاتحادات العالمية، خاصة في المنطقة العربية فإذا

1 زهير الكايد، المرجع السابق، ص48.

2 أماني قنديل، المرجع السابق، ص66.

كانت أحد شروط معايير المجتمع المدني، هو توافر الفعل التطوعي الحر، فإن الجماعات المهنية في بعض دول العالم، تعتبر أن العضوية في بعض الحالات شرط لممارسة المهنة، ومعنى ذلك أن العضوية " إجبارية " (حالة الأطباء مثلاً)، وهو ما يسقط أحد معايير أو سمات المجتمع المدني باعتباره أنه عمل إرادي طوعي...إلا أن الحوار والنقاش الذي اتجه لإبراز الدور المهم الذي قد تلعبه هذه الجماعات في إطار عملية التحول الديمقراطي، قد أدى إلى تضمين الجماعات المهنية وباعتبارها حالة حديه (Marginal Case) .

إلا أنه يلاحظ على هاته النقابات والاتحادات العالمية أو حتى الجمعيات الناشطة في مجالات مختلفة و بالخصوص في الدول العربية تفتقر للاستقلالية، وفقاً للتشريعات القائمة، إذا تتدخل الدولة بصفة مباشرة أو غير مباشرة في صنع قرارات هذه الأخيرة، ورهن نشاطاتها وصوتها لكون الدولة تستعمل الإعانات المالية كأداة سيطرة، مما يفقد هذه الجمعيات والنقابات والاتحادية جوهر عملها. أما بالنسبة للمكونات التي تم استبعادها من دراسات المجتمع المدني في مطلع الألفية الثالثة بالرغم من أهميتها القصوى، تشكل مجالات مستقلة بذاتها فنجد منها¹:

➤ الأحزاب السياسية political parties: تم استبعادها لاعتبارين وهما سعي الأحزاب السياسية على السلطة، ومن ثم تسقط عنها أهم المعايير وهو عدم الانخراط في السياسة من جهة، وأن وصول أحد الأحزاب للسلطة أو الحكم، قد يصاحبه عدم احترام " قيمة " المجتمع المدني أو الثقافة المدنية (Civic culture)، بل وقد يرتبط بحصار وتقييد لهذه المنظمات.

➤ الإعلام (Media): لقد أثير الجدل بخصوصه حتى منتصف التسعينات من القرن العشرين، فقد يكون حكومياً ومن ثم يفقد استقلاليته وقد يكون خاصاً أو حزبياً، فيفقد استقلاليته أيضاً تحت تأثير عامل غلبه تيارات سياسية عليه، أو السعي للربح.

➤ الحركات الاجتماعية Social movements: رغم أهميتها وعلاقتها التفاعلية بمنظمات المجتمع المدني، إلا أنها تفتقد عنصر التنظيم الذي يشير إلى هيكلية قانونية معينة، وعنصر الاستدامة أو الاستمرارية.

إن جميع هذه المكونات الأساسية التي تتشكل منها لبنة المجتمع المدني، تلعب دوراً إستراتيجياً في صنع السياسات العامة في الدولة وتحقيق التنمية المجتمعية وترسيخ الديمقراطية، إذ تمثل الحارس على التسيير الناجح للموارد الاقتصادية والاجتماعية للدولة في حالة انبثاق هذه الأخيرة من رحم المجتمع

1 أمانى فنديل، المرجع السابق، ص 67.

وقناعتها أن التشاركية ضرورة حتمية لإنصاف الفئات الهشة وعملها على ترسيخ الشفافية وبتناسق مع الحكومة.

الفرع الثالث : القطاع الخاص

يشكل القطاع الخاص مصدراً مهماً لتحقيق مآرب التغيير إذ يتضمن عن طريق أساليبه في عملية التنافس، قدرا من المرونة، في تكريس العلاقة بين قمة المجتمع وقاعدته¹.

ويشمل القطاع الخاص المشاريع الخاصة للتصنيع والتجارة والمصارف، وكذلك القطاع الغير المؤطر في السوق، إن الدولة لها قوة كبيرة في تحقيق التنمية، لكنها ليست الوحيدة في هذا المجال فالتنمية البشرية المستدامة تتوقف على خلق فرص العمل والتي من شأنها تحسين مستويات المعيشة، ومن هذا المنطلق أدركت العديد من الدول أن القطاع الخاص يمثل المصدر الأول لتوفير فرص العمل والتخفيف من البطالة، فالعولمة الاقتصادية غيرت الطرق التي من خلالها تشتغل المنظمات الصناعية وعلى هذا الأساس اتخذت العديد من الدول إستراتيجيات اقتصادية تتعلق خاصة بخصوصية المؤسسات العامة وفتح المجال لمنظمات القطاع الخاص في العديد من الميادين، إذ أصبح هذا الأخير الفاعل الأساسي في العديد من الدول في الحياة الاقتصادية فالحكومة يمكن أن تشجع تنمية القطاع الخاص في إطار ما يسمى بالحكامة الاقتصادية، بحيث تعمل على جعل هذا القطاع مستداما بواسطة الآليات التالية²:

- خلق بيئة اقتصادية كلية مستقرة.
- إيجاد سوق تنافسية.
- التأكد على حصول المعوزين على القروض.
- تعزيز المؤسسات لخلق فرص عمل.
- جلب واستقطاب الاستثمار والمساعدة على نقل المعرفة التكنولوجية.
- تقوية دولة القانون.
- تقديم الحوافز.

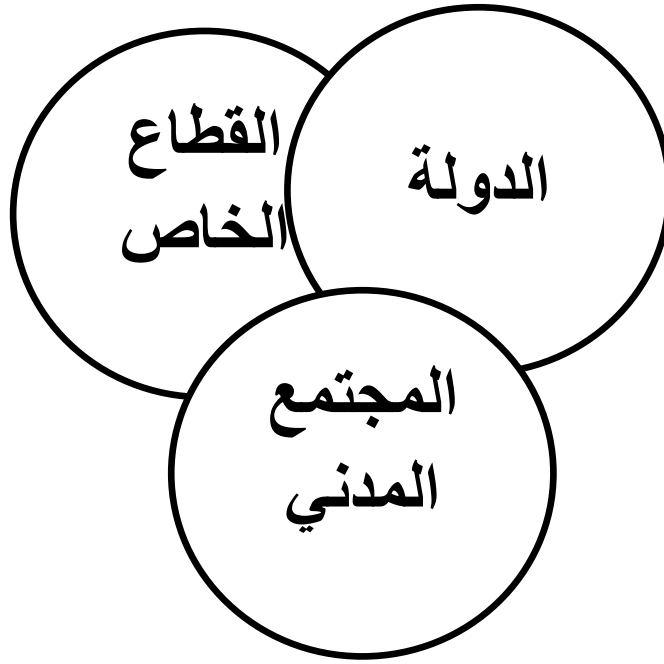
1 نادية عيشو، العقلانية الرشيدة في ضوء فلسفة الشراكة المجتمعية المعاصرة، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، الجزء الأول، جامعة فرحات عباس بسطيف، الجزائر، يومي 08-09 أبريل 2007 ص263.

2 الطيب لوصيف، الحكم الرشيد: " المفهوم والمكونات"، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، الجزء الأول، جامعة فرحات عباس بسطيف، الجزائر ، يومي 8-9 أبريل 2007، ص24.

• حماية البيئة والموارد.

إذ يعتبر القطاع الخاص في المجال الصحي من أهم الفواعل التي تؤدي إلى تحقيق الأهداف التنموية في البلدان النامية وكأسلوب لتسريع خطى النمو وخلق فرص العمل وتعزيز جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الإستشفائية، بالإضافة إلى تخفيف الضغط على المؤسسات الحكومية وتقريب الخدمة للمواطن في المناطق النائية من خلال تنسيقه مع الدولة، إلى جانب تخفيف العبء على ميزانية الدولة لتمويل مشاريع الخدمات العامة وفي هذا الإطار وجب على الدول النامية فرض إصلاحات اقتصادية وسن القوانين والتشريعات المرتبطة بالاستثمار في المجال الصحي وتوضيح مكانة هذا القطاع في خارطة الصحية للقضاء على العمل العشوائي، بالإضافة إلى تهيئة البيئة المناسبة لنمو القطاع الخاص في المجال الصحي سواء المحلي أو الأجنبي بما يتلاءم و الإمكانيات المتوفرة لديها، غير أن الملاحظ أن مساهمة هذا القطاع نجدها اليوم في اقتصاديات الدول النامية ظلت متدنية ولم تصل إلى مستوى الطموح على الرغم من الاهتمام الكبير الذي حظي به القطاع الصحي الخاص في الدول النامية من حيث الحوافز و التشريعات التي تنظم عمله.

وفي الأخير يمكن القول أن المجتمعات الحديثة، أصبحت اليوم تتكون من ثلاث قطاعات مهمة القطاع الحكومي والقطاع الخاص وقطاع المجتمع المدني و التي مثلها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في الشكل اللاحق، إذ تتطلب الحكامة وجود نوع من التوازن في طبيعة العلاقة التي تربط بينهم فالحكومة لها دور مهم في تنظيم المصالح وتجميعها والتعبير عنها والرقابة عليها، كما تلعب دور مهم في التنمية في عصر العولمة الذي يعتمد على حرية التجارة وتحركات رؤوس الأموال والسلع والخدمات عبر الحدود دون قيود، ما يجعل الحكومة تتدخل لضبط السوق ومعالجة الاختلافات الناتجة عن تفاعل قوي السوق، أما القطاع الخاص فله دور ريادي في إقامة المشروعات التي توفر أكبر قدر من اليد العاملة، وإقامة بعض الخدمات اللازمة في المجتمع وغيرها من المشروعات الاقتصادية والاجتماعية المطلوب في البلد، أما القطاع المدني فيقع على عاتقه أعباء ومسؤوليات كبيرة في هذا العصر، لان المجتمع بحاجة ماسة لخدمات هذه المنظمات التي تساعد على تحقيق الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي وأيضا الأمن الاجتماعي ولذلك على الدولة أن تقوم بتحفيز مثل هذه المنظمات المدنية لكي تؤدي الدور الملقى على عاتقها في إقامة المشروعات والخدمات التي ربما يعجز القطاع الحكومي أو الخاص على إقامتها، إما بسبب نقص الموارد أو كثرة المهام والمسؤوليات المكلف بها.



الشكل رقم 01: فواعل الحكامة حسب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.¹

المطلب الثالث: خصائص وأبعاد الحكامة

تتباين مؤشرات الحكامة أو خصائصها بتباين الجهات و المصالح، فالبنك الدولي يركز على ما يحفز النمو والانفتاح الاقتصادي، في حين أن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي يركز على الانفتاح السياسي. إذ لا يمكن تعميم أسس الحكم عبر استخدام معايير موحدة نظراً لخصوصية ثقافة كل مجتمع وكذا الفوارق الموجودة في مستوى التطور الاقتصادي و الاجتماعي والسياسي بين الدول، لهذا الأسباب ينبغي أن تتكيف هذه المعايير حسب تاريخ وتراث وثقافة ومستوى تطور هذه البلدان، وهذا التكيف ضروري لأجل الانتقال من مرحلة مفهوم الحكامة النظرية إلى تجسيد الآليات التطبيقية لها، ومن أجل التعريف بأشهر التصنيفات لخصائص الحكامة والتي حظيت بأعلى درجة إتقان بين فقهاء القانون والهيئات والباحثين، ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى أربعة فروع مع التركيز على أهم المؤشرات التي تخدم الدراسة ، نتعرض في الأول منها إلى الشفافية والمساءلة، أما الفرع الثاني نتناول فيه سيادة القانون والعدالة والمساواة، أما الفرع الثالث سوف نخصه للمشاركة، بينما الفرع الرابع سنتطرق فيه لخاصية الوقاية من الفساد والرؤية الإستراتيجية.

1 UNDP, Governance For sustainable Le Humain Développement, op-cit , p01.

الفرع الأول: الشفافية والمساءلة

تعتبر الشفافية والمساءلة ركناً أساسيان ومهمان من خصائص الحكامة، وهما مفهومان مترابطان كل منهما يعزز من وجود الآخر في إطار إتباع مقاربة أكثر فعالية لمواجهة تحديات الفساد التي تواصل تهديد التنمية البشرية والأمن الإنساني في كثير من دول العالم.

كما أن الشفافية والمساءلة مفهومان مترابطان بعلاقة تبادلية و يعزز أحدهما الآخر، فبدون الشفافية وهي الوصول الغير المقيد لمعلومات موثوقة وانية حول القرارات المتخذة والأداء، إذ يصبح من الصعب بمكان إخضاع هيئات القطاع الحكومي إلى المساءلة، وما لم يكن هناك مساءلة أي آليات للإبلاغ عن استخدام الموارد الحكومية وعواقب الفشل في تحقيق أهداف محددة للأداء، تكون الشفافية ضئيلة القيمة.

إن وجود كلا الشرطين هو مطلب أساسي للوصول إلى إدارة كفوة، فعالة، ومنصفة في المؤسسات الحكومية، وبالتالي فكلا الشرطين أيضاً ضروريان في محاولة تحقيق تنمية إنسانية مستدامة من خلال حكم أفضل حقبة من العولمة، فبدون أسس متينة في قطاع الإدارة الحكومية، ستبقى هذه الأهداف مجرد تصورات.¹

أولاً: الشفافية:

يعد مفهوم الشفافية من المفاهيم الحديثة في العلوم الإدارية، وقد أتسع نطاق الدعوة إليها بوصفها مطلباً إنسانياً تفرضه الطبيعة البشرية والقيم الدينية لأنها تضي على الإنسان شعوراً بمعرفة كل ما يدور حوله، وبالتالي تمكينه من صنع قراراته الخاصة والمشاركة بصناعة القرارات العامة أيضاً، ان الشفافية في إدارة الشؤون العامة نابعة كونها حقاً من الحقوق الخاصة بالإنسان إضافة إلى أنها من مستلزمات قيام الدولة الحديثة بوصفها تستند إلى المبادئ العامة التي ينبغي أن تسود في جميع الأنشطة والفعاليات الحكومية وقد أعطيت لها العديد من التعريفات العلمية منها « أنها حق الأفراد بمعرفة ما يحدث داخل المنظمة العامة ليكونوا قادرين على إيضاح واستيضاح نشاط الحكومة » و كذلك عرفة على أنها « الانفتاحية في سياسات وقرارات الأجهزة الإدارية الحكومية »²، وفي تعريف آخر أوضح « هي الأفعال والقرارات المتخذة من طرف المسيرين على مختلف مستوياتهم مفتوحة للفحص والتدقيق من طرف إدارات أخرى كالبرلمان ومؤسسات المجتمع المدني وهذا يسهل من مساءلة ومحاسبة مسيري الإدارات العمومية

1 زهير عبد الكريم الكايد، نحو تعميق أسس النزاهة والشفافية والمساءلة في المؤسسات العامة العربية، الملتقى العربي الرابع لمنظمات المجتمع المدني المنعقد في عمان بالمملكة الأردنية الهاشمية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة 2007، ص 10.

2 منى حيد عبد الجبار الطائي، المرجع السابق، ص 432.

وتحميل كل فرد المسؤولية عن نتائج أعماله ووجوب تقديم كل فرد حساب نتائج أعماله، وهذا يعني التعدد بالوفاء بما تم الالتزام به ¹.

ولم يعد ينظر للشفافية كأحد حالات الترف وإنما أصبحت متطلب أساسي لنجاح واستمرارية المنظمة العامة ويشير بعض الباحثين أن الأحداث والأعمال الحكومية غير الشفافة يمكن أن تؤدي المنظمة وقد تؤدي إلى دمارها، فهي تمثل حالة لولبية نازلة من المستويات العليا إلى الأولى داخل حدود المنظمة ثم عبر الحدود الخارجية مع أطراف وفئات المجتمع المختلفة، وقد أوسع نطاق الشفافية ليمتد إلى كل أوجه عمل المنظمات (قرارات، أنشطة، فعالية، صياغة برامج وسياسات، أعداد موازنة، تقييم أداء) وكذلك تكمن أهمية الشفافية في توفيرها للمعلومات التي تعتبر الشريان الحيوي لعملية صياغة السياسات وصياغة القرارات العامة، وقد وسعت الحكامة من مدى هذا المفهوم التي هي بالأساس عملية صناعة قرار عام بمشاركة جميع الأطراف الفاعلة بالمجتمع (عامة، خاصة، مجتمع مدني، مواطنين) مما يتيح التواصل والاستمرارية في تنفيذ برامج التنمية المجتمعية الشاملة (الاقتصادية والبشرية) المستدامة .

وأيضاً اعتبرت الشفافية سمة أساسية لرصد التدفقات المالية ومتابعة برامج التنفيذ وإعاققة الفساد، من خلال بناء الثقة عبر كل مستويات المنظمة وتعمل على تفعيل جودة الخدمة المقدمة لأفراد المجتمع وبالتالي تحسين أداء المنظمة، ولكي تتسم المعلومة أو الإجراء بالشفافية ينبغي أن تكون الشفافية في الوقت المناسب، ولكافة الجهات وواضحة وبعيدة عن الغموض، وأن تتيح الشفافية إمكانية إجراء المساءلة بعدها ².

وفي ظل هذا الدور الحيوي لضرورة توافر الشفافية لتضمنها أبعاد مختلفة لتشمل كل المجالات والمستويات، فنجد أن لها بعد (سياسي، واجتماعي واقتصادي وإداري)، قد أصبحت ضرورة حتمية على دول النامية لتبني هذه الخاصية لأن الفساد عم بكل أرجاءها، فأصبح جزء من ثقافتها، مدعم من طرف دول غربية ذات المصالح والنفوذ وفي الإطار جاءت فكرة إنشاء منظمة الشفافية الدولية * والتي اعتمدت على مبادئ أساسية وهي:

1 بلعير الطاهر، الديمقراطية كأداة لترشيد الحكم، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد وإستراتيجيات التغيير في العالم النامي في الجزائر، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة فرحات عباس-سطيف، يومي 08-09 أبريل 2007 ص104.

2 منى حيدر عبد الجبار الطائي، المرجع السابق، ص 432 ، 433.

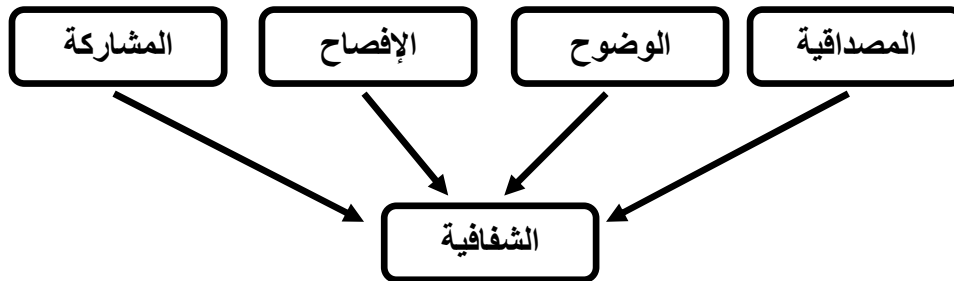
* منظمة الشفافية الدولية TIO : هي منظمة غير حكومية الرائدة في تكريسها لكبح الفساد، قد تأسس عام 1993، تضم حالياً فروعاً في تسعين دولة، وأمانتها العامة في برلين في ألمانيا.

النزاهة: وهي القيم الأخلاقية التي يجب التحلي بها أثناء أداء الوظائف العامة.

الشفافية: اعتمدت المنظمة على تعريف البنك الدولي لها وهو يعتمد على التضمنية أو المشاركة وكذا المساءلة وتعني بالمشاركة المساواة بين كل من له مصلحة في إدارة الحكم والتوظيف والترقية في المناصب العليا في الدولة أما المساءلة فهي ليست المحاسبة وتشديد الرقابة في صرف الأموال العامة فحسب بل أوسع من ذلك لتشمل الديمقراطية والحق في التمثيل الشعبي والشفافية في إدارة الحكم بكل ما تعنيه الكلمة¹.

كما عرفت الشفافية على أنها وضوح التشريعات وسهولة فهمها، و استقرارها وانسجامها مع بعضها وموضوعيتها ووضوح لغتها، ومرونتها إضافة إلى تبسيط الإجراءات، ونشر المعلومات والإفصاح عنها وسهولة الوصول إليها بحيث يكون متاحاً للجميع، والشفافية الإدارية من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تتناول في جانب من جوانبها البعد الأخلاقي للإدارة، وتعد مطلباً أساسياً للإدارة وتقودها إلى مواجهة التغيرات العالمية المتسارعة².

إذ يرتبط مفهوم الشفافية ارتباطاً وثيقاً بأربع مفردات أو كلمات وهي : المصدقية والإفصاح والوضوح والمشاركة.



الشكل رقم 02: روابط مفهوم الشفافية³

1 <http://www.univ-medea.dz...2010/15.pdf>

2 فارس بن علوش بن بادي السبيعي، دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الإداري في القطاع الحكومي، أطروحة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم العلوم الإدارية، الرياض، 2010، ص16.

3 فارس بن علوش بن بادي السبيعي، المرجع السابق، ص16.

ثانياً: المساءلة:

يعد مفهوم المساءلة أحد المفاهيم التي شاع استخدامها حديثاً، على نطاق واسع في حقل الإدارة العامة ويرجع ذلك أن المساءلة هي الأداة الرئيسية لمكافحة الفساد الإداري الذي أصبح ظاهرة عالمية لها العديد من الآثار السلبية، كما أنها أداة مهمة لتحقيق الكفاءة والفعالية لأي منظمة، بعبارة أخرى أن المساءلة هي أولى حلقات التطوير والإصلاح الإداري على السواء، وهو لا يمثل بحال أسهماً نظرياً جديداً، إذا أن له جذور سابقة في الفكر الإداري والسياسي، إذا أكد أغلب الباحثين في مجال الإدارة والتنظيم إلى ضرورة القيام بعملية الرقابة والمساءلة لضمان توجه إدارة المنظمة نحو هدف خدمة المصلحة العامة و أشاروا إلى التدقيقات المؤسسية بحيث تضمن تحقيق إذا كان إداري يتوافق مع المصلحة العامة¹.

ولقد أظهرت تعددت تعريفات مصطلح المساءلة وذلك لتعدد الزوايا التي نظر منها الدارسون للمساءلة حيث عرفها ليزلي (LESELEY)، بأنها قدرة المستخدم على تنفيذ المهام المحددة وقدرته على شرح وتفسير وتوضيح المكتسبات التي حققها بطريقة تبني ثقة المراقب لعمل المستخدم، كما عرفها جرونلند (GRONLUND) بأنها الاستعداد لقبول اللوم عن الفشل أو قبول الثناء والتقدير عن النجاح والإنجاز وتشمل شرحاً وتفسيراً للأسباب المؤدية لذلك، وما يجب فعله لتصحيح مثل هذا الموقف، ويشير ستارلنج (STARLING) إلى أن المساءلة هي إجابة الأفراد أو المؤسسات عن الأسئلة الموجهة إليهم بسبب سلوكيات غير مرغوب فيها، وتتنافى مع الأنظمة والمعايير ولا تتسجم معها، ويقضي ذلك تقديم الأسباب أو المبررات التي دفعت إلى ممارسة تلك السلوكيات أو اتخاذ تلك القرارات، إضافة إلى تحمل أولئك الأفراد وتلك المؤسسات المسؤوليات والتبعات المترتبة على سلوكهم كافة.

ويرتبط مفهوم المساءلة بعملية الإصلاح الإداري، حيث تعمل المساءلة عند تطبيقها بالشكل المناسب على تخليص المؤسسة من أبعاد المحسوبية وتدفعها نحو الاستقامة والعمل وفق قواعد الجدارة وتكافؤ الفرص، حيث توجه المساءلة الإدارية رسالة هادفة أساسها الإصلاح والتقويم ورفع كفاءة أداء العاملين، فالقانون التأديبي يحدد الواجبات والجزاءات ويهدف إصلاح الموظفين وتقويمهم ورفع كفاءتهم الإنتاجية والمساءلة هي جملة من العمليات والأساليب التي يتم بمقتضاها التحقق من أن الأمور تسير وفقاً لما هو مخطط لها، وضمن أقصى المستطاع، ولذلك فالمساءلة ليس تحقيقاً أو محاكمة، بل القصد منها التحقق من أن الأداء يتم ضمن الأطر التي حددتها الأهداف وفق المعايير المتفق عليها للوصول بالنظام إلى مستوى متميز من الكفاءة والفاعلية².

1 منى حيدر عبد الجبار الطائي، المرجع السابق، ص 437.

2 فارس بن علوش بن بادي السبيعي، المرجع السابق، ص 37، 38 .

وتعتبر المساءلة وسيلة لمقاومة الفساد والانحراف الإداري، فشعور العاملين بشيوع المساءلة يكبح الجراح لإستغلال السلطة في إساءة استخدام الموارد العامة، حيث يخلق الشعور بإمكانية الكشف للرأي العام عن عدم استقامة القرار الإداري أو السلوك، كمانع للتعسف في ممارسة السلطة، خاصة عند النقاء هذا الإدراك مع الأعراف الاجتماعية التي تنكر على العاملين الجمع بين السلطة وعدم الاستقامة ولقد حدد بوبن (BOUEN) الخطوات الرئيسية لتحقيق المساءلة المؤسسية وهي، تحديد الأهداف وترتيبها وفق أهميتها. وتعين مقياس للمخرجات، ومقارنة ومقابلة المخرجات بالأهداف وإصدار الحكم على درجة تحقيق الأهداف، وقياس التكلفة والحكم على درجة قربها من حد أدنى مقبول¹، ولقد وردت خمسة مبادئ للمساءلة، هي كما يلي :

- وضوح قواعد النظام وعواقب المخالفات: أن يدرك العاملون إدراكاً واضحاً للقواعد المطلوب الالتزام بها وعواقب مخالفتها.
- المباشرة في تطبيق الجزاء: إيجاد ارتباط مباشر بين المخالفة وبين الجزاء، وليس معنى ذلك أن يتم العقاب في حال دون الدراسة والتحقيق في المخالفة وأسبابها.
- عدالة تطبيق الجزاء: وذلك بوجود قناعة العاملين بعدالة تطبيق الجزاء حتى يتقبلوها من دون تدمير، وإن تكون الجزاءات متوقعة أي يجب أن يكون هناك تحذير واضح محدد بنوع المخالفة ونوع الجزاء لمن يرتكبها.
- المساواة والتجانس في نوع العقوبة: بحيث يجب أن يفهم العامل أن العقوبة لا ترتبط بالشخص المخالف، لكن ترتبط بنوع المخالفة، وأن من يرتكب المخالفة نفسها توقع عليه العقوبة نفسها أسوة بغيره دون تحيز².
- ويرى كذلك (WOLF) أنه يمكن تطبيق المساءلة إلى خمسة أنماط هي:
 - المساءلة القانونية.
 - المساءلة المالية.
 - المساءلة الأخلاقية.
 - مساءلة السياسة العامة والأداء.

1 المرجع نفسه، ص 40.

2 المرجع نفسه، ص 41.

وتعد كذلك آلية المساءلة أهم سبل تحقيق التنمية المستدامة، ونأخذ عدة أشكال حسب الدارسين لآليات الحكامة طبقاً لطبيعة المؤسسات وتتمثل في ما يلي:

• **المساءلة التشريعية:** هي أهم المساءلات في النظام الديمقراطي، لأن البرلمان يلعب دوراً مهماً في تنفيذ سياسات الحكومة والرقابة عليها.¹

ونظراً لأهمية المساءلة التشريعية، لجأت البرلمانات في الدول المتقدمة لأحداث تقنية جديدة وهي (الحكومة الإلكترونية) لتمكين المواطن العادي لمتابعة ما يجري من محاسبة لأعضاء البرلمان وكأنه أحد أعضائه ويتعدى الأمر إلى درجة مشاركة في الجلسات بتوجيه أسئلة والإدلاء برأيه عن طريق البريد الإلكتروني، إن اعتماد مثل هذه التقنية يحتاج إلى قيادة فعالة تضمن أمن نقل هذه المعلومات وحفظ خصوصيتها وتوفير حرية المشاركة في مثل هذه الأمور، وهذا ما يقوي ويعزز دعائم العمل والحكمة.²

• **المساءلة التنفيذية:** ويقصد بها مسؤولية الجهاز التنفيذي الحكومي على محاسبة نفسه بواسطة سبل إدارية ووسائل تضبط العمل الإداري من خلال استخدام التدابير الوقائية، وبرامج التوعية قنوات الاتصال مع الجمهور للتعبير عن صوته.

ويشترط على أسلوب المساءلة الإدارية التنفيذية أن يكون حازماً ودقيقاً وذلك لضمان الأداء الحسن لهذا الجهاز وكذلك القدرة على استكشاف الأخطاء وتصحيحها بسرعة.³

• **المساءلة القضائية:** تعتبر من أبرز المساءلات وهذا لأهمية السلطة القضائية، فهذه الأخيرة تتميز بالاستقلالية عن السلطتين السابقتين الذكر، مما لها من القدرة في الإرغام على تنفيذ أحكامها ولهذا توصف من قبل الجميع أنها أساس النهوض بتقدم الدول وتدعيم الحكامة، فهي تراقب عمل التنفيذيين وتوجه التهم إلى الموظفين المدنيين في إطار القانون.

وعن تعزيز دور هذه السلطة أثير اهتمام كبير من قبل الكثير من المؤسسات الدولية والهيئات العاملة في مجال القضاء، والتي رأت أنه لا بد من توفير الموارد البشرية المدربة والإمكانيات التقنية العالمية إضافة إلى التمويل المادي الكافي لتمكينها من إجراء الأبحاث عن مصادر الفساد في هياكل كل الدولة ومختلف المؤسسات، ولهذا فإن هذه السلطة لا بد أن تتميز بالمساءلة حتى تضمن تطبيق القانون وإقامة العدل والحد من انتشار الفساد مما يسهل في الوصول إلى الحكامة الجيدة التي تضمن الحياة والأمن والاستقرار.

1 المرجع نفسه، ص44.

2 كمال بلخيري، عادل غزالي، المرجع السابق، ص 423.

3 المرجع نفسه، ص 423.

• **المساءلة بالسلطة الرابعة:** ويقصد بها سلطة الرأي العام الذي يعبر عن مختلف الفئات الاجتماعية، ولهذا فهو المعنى الأول بالرقابة المستمرة على مؤسسات الدولة وحسن سيرها هذا وتعقب انحرافها وذلك بمجموعة من الوسائل كمنظمات المجتمع المدني موازاة مع وسائل الإعلام بمختلف أشكالها التي تشكل حجر الزاوية في عمل السلطة الرابعة في مساءلة الدولة ومؤسساتها¹.

الفرع الثاني: سيادة القانون والعدالة والمساواة

إن مفهوم سيادة القانون يحتل مكان الصدارة في دائرة المعارف القانونية ويحظى بنظرية عامة مستوفية الأركان والشروط، تعود النظرية العلمية للدولة في أصولها إلى الفقيه الألماني فيجل الذي بحث التاريخ مطولاً قبل أن يهتدي إلى تعريف موضوعي لظاهرة الدولة²، وكذلك نفس الشيء تعد مفاهيم العدالة والمساواة من المفاهيم ذات جذور سياسية الأصل، وقد أصبحت قائمة في القطاع العام على أثر التحول في الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، بناء على زوال التسليم جدلاً بالافتراضات حول دولة الرفاهية كضمان للحقوق والمنافع العامة وتزايد دور وأهمية التحركات الاجتماعية حول مفاهيم العجز (Disability) و العمر Ag و الجنسية (Sexuality) وتغير دور المرأة في سوق العمل³، فكلتي المفهومين لهما دور جوهري في إرساء الحكامة من جهة وتربطهما علاقة طردية ففي حالة وجود حكم القانون بالدولة كنتيجة حتمية ستحقق العدالة والمساواة داخل المجتمع.

أولاً: سيادة القانون (حكم القانون):

يعني أن الجميع، حكماً ومسئولين و مواطنين يخضعون للقانون ولاشيء يسمو على القانون ويجب أن تطبق الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة وبدون تمييز بين أفراد المجتمع وأن توافق هذه القوانين معايير حقوق الإنسان وتكون ضمانات لها ولحريات الإنسان الطبيعية، وكذلك تتطلب دولة القانون أطر قانونية عادلة ويتم إنفاذها بطريقة نزيهة، وإنما تفرض أيضاً حماية كاملة لحقوق الأقليات ولكي يتم تنفيذ القوانين بطريقة نزيهة، فلا بد أن يكون النظام القضائي مستقلاً وأن تكون قوات الشرطة نزيهة ولها مناعة ضد الفساد.

وسيادة القانون تبدأ أولاً من احترام السلطة التي أصدرت له، ولضمان هذا يتطلب إيجاد هيئات حرة مستقلة تكون مهمتها إلغاء القرارات الإدارية المخالفة للقانون وردع كل من يضعون أنفسهم فوق القانون.

1 المرجع نفسه، ص 424.

2 خروج أحمد، دولة القانون في العالم العربي الإسلامي " بين الأسطورة والواقع"، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون الجزائر، 2008، ص 435.

3 منى حيدر عبد الجبار الطائي، المرجع السابق، ص 435.

إن أبرز مظاهر سيادة القانون مبدأ علو الدستور باعتباره يحدد المبادئ والقواعد العليا التي يجب أن يلتزم بها الحاكم والمحكوم وتخضع لأحكامه الدولة وكل السلطات والمؤسسات والأجهزة المكونة لها كما يخضع له المجتمع بكل مؤسساته وهيئاته الغير الحكومية¹، و يعتبر كذلك حكم القانون هو الإطار الذي ينظم العلاقات بين المواطنين من جهة وبين الدولة من جهة أخرى كما أنه ينظم العلاقات بين مؤسسات الدولة ويحترم فصل السلطات واستقلالية القضاء، وتؤمن هذه القواعد الحقوقية العدالة والمساواة بين المواطنين وهذا يتطلب وضوح القوانين وانسجامها في التطبيق².

تقوم دولة القانون على أركان أربعة وأساسية إذا اكتملت في المجتمع توفرت لديه الشروط لكي يرقى إلى مصاف دولة قانونية فعلية يتميز حكمها بالرشيد ويسمو فيها القانون، إذ تتمثل أركان دولة القانون فيما يلي:

أ. المشروعية الدستورية :

لكل دولة دستور ينشئها ويبين أسسها والقواعد التي تحكمها، والدستور هو القاعدة الأساسية لدولة القانون التي تكون ركيزة وعمادا لهرمها القانوني، لا يهم هاهنا إذا كان الدستور نتوياً لعقد اجتماعي أو اتفاق مبدئي حصل في وقت ما أم كونه مجرد افتراض تبناه الكيان الاجتماعي في ظروف تاريخية محددة واتخاذها منطلقاً للوجود، كذلك لا يهم الشكل الذي قد يتخذه الدستور فقد يكون اتفاقاً مكتوباً أو حدث معاشاً أو حتى عرفاً متواتراً، فهو في كل الحالات دستور الدولة ومرجع بشريعتها، ويتضمن الدستور عادة المبادئ الكبرى التي يؤمن بها المجتمع ومقومات شخصيته التاريخية والحضارية والأحكام التي ينشأها في تنظيم التعايش السلمي بين الأفراد ولدنيا في العالم العربي مجموعة متنوعة من الدساتير فهناك الملكية القبلية والملكية البرلمانية وهناك الجمهورية القبلية الرئاسية...³.

ولابد من الإشارة أنه من المفترض أن الدستور لا يأخذ حصانة مبالغ فيها لكونها لا يعدو أن يكون مجرد وثيقة رسمية لكيان الدولة، معرض لتعديل حسب الظروف والمعطيات الاجتماعية من جهة، وكذلك عادة ما يتخلل بعض الدساتير عيوب وثغرات يتم استدراكها بالملحقات الرسمية كما هو وارد في دساتير (و.م.أ) ومن الأجدر أن يكون دستور أي بلد يتماشى، مع عادات وتقاليد المجتمع لكي يصب إلى تحقيق التنمية المجتمعية.

1 لعيور الطاهر، الديمقراطية كأداة لترشيد الحكم، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد وإستراتيجيات التغيير في العالم النامي الجزء 01، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، يومي 08-09 افريل 2007، ص 103.

2 ياسين بوجدر، المرجع السابق، ص 335، 336.

3 خروج أحمد، المرجع السابق، ص 21.

إذا أن جميع الدساتير العربية تحمل في مجملها نفس المبادئ العامة فكلها تقر مبدأ سيادة الشعوب وتنص على أن الإسلام دين الدولة وعن الوحدة العربية في اللغة والتاريخ والدين المشترك، أما بالنسبة للشرعية الدستورية* العربية فنجدها واضحة على مستوى النصوص وفي نفس الوقت مغيبة على أرض الواقع ونلمس هذا في حالة الطوارئ التي تعيشها هذه الدول¹.

وننتهي إلى القول أن الدستور هو وثيقة رسمية لكيان الدولة من خلاله يتم رسم حدود دولة القانون نابع من إرادة شعبية تتبنى نمط أو شكل معين يتناسب مع معطياتها الاجتماعية والثقافية والسياسية ويمكن القول بأن المشروعية الدستورية** تتحقق عندما يحترم ويطيع كل أبناء الشعب هذه الوثيقة التي تقوم عليها الدولة، وعندما يتم اختيار الحاكم بالطرق المقبولة من الشعب، وعندما يكون الغرض الأساسي من هذه الوثيقة هو حماية حقوق الشعب وتقييد سلطان الحاكم.

ب. التعددية السياسية:

يصعب قيام دولة القانون في نطاق الأحادية ونظام الحزب الواحد الذي يقوم على الإحتكار والإنفراد بالملك، وليس من مفر للنظام السياسي العربي من التعددية السياسية فهي الطريق الوحيد لحكم القانون وتوازن القوى على الصعيد الاجتماعي.

ت. الفصل بين السلطات :

يعتبر هذا المبدأ لبنة هامة في صرح دولة القانون، ولقد جاء توتيجاً لنضال الشعوب من أجل سيادتها وليضع حداً للاستبداد والتسليط القائم على تركيز السلطات والانفراد بالحكم.

ولقد تركز مبدأ الفصل بين السلطات في المجتمعات العربية بعد أن نادى به الفقيه Montesquieu. De " في مؤلفه الشهير حول روح القوانين، ولقد أستقر به العمل في مختلف الأنظمة الديمقراطية وأصبح اليوم يعد من الأركان الأساسية في الدولة القانونية²، بحيث أخذت الأنظمة الغربية الحرة بمبدأ الفصل بين السلطات، الذي هو أساس السياسة الليبرالية لذلك تضمنته الدساتير التي تعتقد

* الشرعية هي تلك المبادئ التي نتقيد بها، وفي النظام الديمقراطي يجب أن تكفل هذه المبادئ احترام حقوق الإنسان وإقامة التوازن بينهما وبين المصلحة العامة، أنظر: أحمد فتحي سرور، الشرعية الدستورية وحقوق الإنسان في الإجراءات الجنائية طبعة معدلة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1995، ص 122 .

1 المرجع نفسه، ص 82.

** والمشروعية هي التزام سلطات الدولة باحترام مبدأ سيادة القانون ومطابقة أفعالها معه، وهذه المطابقة تسمى بالمشروعية تتميز لها عن الشرعية التي تظل في حالة سكون من خلال نصوص الدستور، إلى أن تأتي المشروعية أي تطبيق هذه النصوص، فتنتقل الشرعية إلى مرحلة التطبيق ويتجلى التزام السلطة التشريعية بسيادة القانون من خلال التقيد بالشرعية الدستورية. أنظر في ذلك : أحمد فتحي سرور، المرجع نفسه، ص122.

2 المرجع نفسه، ص ص 83،84.

هذا النظام، باعتباره وسيلة لمعارضة السلطة المطلقة للملوك وكأسلوب لنقل النظام الليبرالي إلى القانون الوضعي، والدليل على ذلك ما تضمنه إعلان حقوق الإنسان والمواطن الصادر في 1789/08/26 والذي وضع كديباجة لدستور 1791 /09/03 ، ولقد نصت المادة ستة عشر (16) من الإعلان كالاتي " على كل مجتمع لا توجد فيه ضمانات للحقوق ولا يوجد فصل محدد بين السلطات ليس له دستور، لان الدستور معناه تقييد السلطة السياسية وان الفصل بين السلطات هو الوسيلة لتحقيق ذلك".¹

بناء على ما تضمنه إعلان حقوق الإنسان والمواطن، نجد أن دولة القانون هي نتيجة حتمية لاحترام الدول لحقوق الأفراد والفصل بين السلطات التي بدورها تنشئ لعقد اجتماعي متين يحضى بالمشروعية الدستورية، فالأخذ بمبدأ الفصل بين السلطات حسبما يرى مونتيسكو يضمن ممارسة واحترام الحقوق والحريات الفردية على أن توزع تلك بين ثلاث هيئات وهي السلطة التشريعية والتي تكون بيد الشعب أو ممثليه والسلطة التنفيذية بيد ملك قوي والسلطة القضائية تستند إلى هيئة مستقلة.

ولا بد من الإشارة أن بناء دولة المؤسسات تستلهم روحها من مبدأ الفصل بين السلطات الذي يقوم في جوهره على منع جمع السلطات في يد واحدة، ولقد حذت كثير من الدول النامية هذا النهج بعد الاقتناع من انتهاء صلاحية الحزب الواحد، ونجد من هذه الدول الجزائر، بحيث أعتمد المؤسس الدستوري الجزائري في تنظيمه للسلطات على هذا المبدأ دون أن يصرح بذلك في أي نص دستوري، كما لم يصرح بأي نظام تم الأخذ به.

ونهي القول أنه وجب على أي دولة تسعى لتحقيق الحكامة بغية إرساء دولة القانون عليها الخضوع لمبدأ الفصل بين السلطات لكونه أصبح من المبادئ المسلم بها في وقتنا الحاضر.

ث: حرية التعبير: لا يمكن لأي مجتمع يفتقد إلى حرية التعبير وإبداء الرأي أن يشارك مشاركة فعلية في الحياة السياسية في رسم القرارات التي يتوقف عليها مصير المجتمع ونموه الاقتصادي والثقافي. والصحافة الحرة هي ضمان حرية التعبير ومنبرها الأساسي، فمن خلالها يستطيع الفاعلين إيصال صوتهم والتعبير عنه.

ولا بد من الإشارة أن المشرع الجزائري أولى لهذه النقطة عناية كبيرة و نستشف هذا من خلال المادة تسعة وأربعون (49) الجديدة من القانون 01-16 السالف الذكر و الذي يتضمن التعديل الدستوري بحيث تنص كالاتي: " حرية الصحافة المكتوبة والسمعية البصرية وعلى الشبكات الإعلامية مضمونة ولا تقيد بأي شكل من أشكال الرقابة القبلية، ولا يمكن استعمال هذه الحرية للمساس بكرامة الغير وحرياتهم وحقوقهم وكذلك نشر المعلومات والأفكار والصورة والآراء بكل حرية مضمون في إطار القانون واحترام ثوابت الأمة وقيمتها الدينية والأخلاقية والثقافية، إذا لا يمكن أن تخضع جنحة الصحافة لعقوبة سالبة.

1 فريد علوش، نبيل قرقور، المرجع السابق، ص 224.

وكذلك الجديد الذي حملته المادة ثلاثة وخمسون(53) في شطرها الأول والثاني من القانون 01-16 إذ نصت كالاتي: " تستفيد الأحزاب السياسية المعتمدة، ودون تمييز، في ظل احترام المادة 52 من نفس الدستور من الحقوق التالية على الخصوص وهي حرية التعبير والاجتماع، حيز زمني في وسائل الإعلام العمومية يتناسب مع تمثيلها على المستوى الوطني.

ولقد أجتهد المشرع الجزائري في وضع ضوابط لحرية الرأي والتعبير من خلال محاولته التوفيق بين حرية الرأي من جهة، وحق الجماعة من جهة أخرى في أن لا تتعرض للأذى بسبب تمتع الفرد بذلك الحق، إذا حاول المشرع الجزائري حماية الغير عند ممارسة أي فرد لحقه في الرأي والتعبير، فجرم القذف والسب الموجه للأفراد وكذلك يتم تجريم البلاغ الكاذب وإفشاء الأسرار وعدم المساس بالنظام العمومي والآداب العامة والصحة العامة وأمن وسيادة الدولة، فالمساس بالشرف يعتبر المساس بالجانب الأخلاقي¹.

ولقد جاء في قانون العقوبات الجزائري المادة (296) مايلي: " يعد قذف كل إدعاء بواقعة من شأنها المساس بشرف الأشخاص، والهيئات المدعي عليها به، أو إسنادها إليه، أو إلى تلك الهيئة ويعاقب على نشر هذا الإدعاء أو ذلك بالإسناد مباشرة أو بطريقة إعادة النشر، حتى لو تم ذلك على وجه التشكيك، أو إذا قصد به شخص أو هيئة دون ذكر الاسم، ولكن كان من الممكن تحديدهما من عبارات الحديث أو الصياح أو التهديد أو الكتابة أو المنشورات أو اللافتات أو الإعلانات موضوع الجريمة ".²

وعدلت هذه المادة بموجب القانون 01-09 المؤرخ في 26 يونيو 2001 ومس التعديل العقوبة في جانبها المالي، فرفع الحد الأدنى للغرامة من 150 دينار جزائري إلى 500 دينار جزائري، أما العقوبات البدنية فبقيت من خمسة أيام إلى 06 أشهر.

وما يمكن الإشارة إليه هنا هو ضرورة التفريق بين حق المواطنين في نقد (حرية الرأي والتعبير) وبين القيم الأخلاقية وشرف واعتبار الأشخاص.²

بالإضافة إلى حماية حريات الأفراد من خلال تسليط العقاب عند التعرض للأشخاص بالسب من خلال المادة 297 من قانون العقوبات التي تنص على مايلي: " يعد سب كل تعبير مشين أو عبارة تتضمن تحقير أو قدحاً لا ينطوي على إسناد واقعة"، ونصت المادة مائتين وتسعة وتسعون (299) من القانون رقم 01-09 السابق الذكر على مايلي: " يعاقب على السب الموجه إلى فرد أو عدة أفراد بالحبس من 06 أيام إلى 03 أشهر و بغرامة من 1500 دينار جزائري إلى 5000 دينار جزائري أو

1 عمر مرزوقي، حرية الرأي والتعبير في الوطن العربي في ضل التحويل الديمقراطي، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه في العلوم السياسية والدولية، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 03، 2012، ص203.

2 أحسن بوصقيعة، الوجيز في القانون الجنائي الخاص، ج1، الجزائر: دار هومة، 2002، ص34.

بإحدى هاتين العقوبتين فقط." وكذا الحال في حالة السب الواقع في حق شخص أو أكثر بسبب انتمائهم إلى مجموعة عرقية أو مذهبية أو إلا دين معين.

بالإضافة إلى النظام العام والآداب العامة فقد وضع المشرع الجزائري قيود لحرية الرأي والتعبير حددها من خلال بعض المواد التالية:

● المادة 310 الأمر (66-156) : يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنتين وبغرامة من 500 إلى 10000 دينار جزائري أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من حرض على الإجهاض ولو لم يؤدي تحريضه إلى نتيجة ما وذلك بأن :

- ألقى خطاباً أو اجتماعات في أماكن عمومية.

- أو باع وصرح للبيع أو قدم ولو علانية أو ألصق أو وزع في الطريق العمومي صوراً رمزياً أو سلم شيء من ذلك مغلف بشرائط أو موضوعاً في ظروف مغلقة أو مفتوحة للبريد أو إلى أي عامل توزيع أو نقل.

- أو قام بالدعاية في العيادات الطبية الحقيقية أو المزعومة.

● المادة 333 مكرر القانون (42-4) : يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنتين وبغرامة من 500 إلى 2000 دينار جزائري كل من وضع أو حاز أو سعى في استيراد من أجل التجارة أو وزع أو أجر أو لصق أو أقام معرضاً أو عرض أو شرع في العرض للجمهور أو باع أو شرع في التوزيع كل مطبوع أو محرر أو رسم أو إعلان أو صور أو لوحات زيتية أو صور فوتوغرافية أو أصل الصورة أو قالبها أو أنتج أي شيء مخل بالحياء.

● المادة 440 القانون (66-156) : يعاقب بالحبس من عشرة أيام على الأقل و شهرين على الأكثر وبغرامة من 50 إلى 500 دينار جزائري أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من أهان بالقول أو بالإشارة أو التهديد أو الكناية أو الرسم الغير العلني أو بإرسال أية أشياء لنفس الغرض مواطننا مكلفاً بأعباء وخدمة عمومية أثناء قيامه بوظيفته أو بمناسبة قيامه بها¹.

وفي إطار الحفاظ على النظام العمومي وحماية المواطنين وعدم أهانتهم، قد تم النص على هذا الضابط في المادة (144) القانون رقم 01-09، وجاء فيها يعاقب بالحبس من شهرين إلى سنتين وبغرامة من 1000 إلى 50000 دينار جزائري أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط، كل من أهان قاضياً أو موظفاً أو ضابطاً عمومياً أو قائد أو أحد رجال القوة العمومية، بالقوة أو الإشارة أو بالتهديد أو بإرسال أو تسليم أي شيء إليهم أو بالكتابة أو بالرسم غير العلنيين أثناء تأدية وظائفهم أو بمناسبة تأديتها، وذلك بقصد

1 محمد طالب يعقوبي، قانون العقوبات مع التعديلات التي أدخلت عليه، الطبعة الرابعة، قصر الكتاب، الجزائر، 2001 ص188.

المساس بشرفهم أو اعتبارهم أو بالاحترام الواجب لسلطتهم، وتكون العقوبة بالحبس من سنة إلى سنتين إذا كانت الإهانة الموجهة إلى قاضي أو عضو محلف أو أكثر قد وقعت في جلسة محكمة أو مجلس قضائي، بعد قراءة نص المادة يتبين أن المشرع من خلالها أولى أهمية بالغة العناية لحماية الموظف إثناء تأدية مهامه من المخاطر الخارجية وليصون للموظف كرامته بغية تأدية مهامه على أكمل وجه. لكونه هو العنصر الفعال في تنفيذ القوانين واللوائح في مواجهة الأفراد¹.

وننتهي إلى قول بأن المشرع الجزائري حاول من خلال هذه النصوص حماية الغير عند ممارسة أي فرد لحقه في الرأي والتعبير، بالرغم من صعوبة الأمر في المحاولة للتوفيق بين حرية الرأي والتعبير وحق الجماعة من جهة أخرى، وباعتبار الجزائر من بين الدول الموقعة على الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان فإن تلتزم بما حددته الوثائق اللاحقة الذكر من حقوق وحرريات، وما نصت عليه من قيود في إطار القوانين.

ولهذا فإن حرية الرأي والتعبير عنصر في غاية الأهمية لتجسيد الحكامة في القطاعات الحكومية في ظل احترام المشرع للحقوق الجماعية للأفراد.

ولكون هذه الأخيرة تعد من الأعمدة الأساسية للديمقراطية وهي إحدى مظاهرها الأكثر بروزاً، ولهذا تم تقنينها وإقرارها في الوثائق والاتفاقات الدولية، فاحترام حرية التعبير يدل على مدى تفتح الدولة ونبيتها في فسخ مجال التشاركية، ولكن نجد في أغلب الدول النامية غياب هذا الهامش من الحرية، لكونها لا تحترم فيها المؤسسات ولا يوجد فيها ضمانات دستورية حقيقية ويغلب على نصوصها الطابع السياسي بحيث ترفع راية الحرية كشعارات رنانة.

ولما كانت حرية التعبير من الحريات الهامة، والتي يجب أن تراعى في كل دولة تحترم حقوق الإنسان، فقد أولتها منظمة الأمم المتحدة منذ نشأتها سنة 1945 عناية بالغة في ميثاقها، بالإضافة إلى بعض الإعلانات الدولية* التي حذت حذو الأمم المتحدة.

فوجد ميثاق الأمم المتحدة الذي نص في ديباجته على حرية التعبير، والذي يعتبر بمثابة الوثيقة الأولى في مجال القانون الدولي، إذ نصت ديباجته كالاتي " نحن شعوب الأمم المتحدة وقد ألبنا على أنفسنا أن ننقذ الأجيال المقبلة من ويلات الحرب، و التي من خلال جيل واحد جلبت على الإنسانية

1 الجوهري عبد العزيز السيد، الوظيفة العامة: دراسة مقارنة مع التركيز على التشريع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، بدون تاريخ، ص 26.

* من الإعلانات الدولية التي أكدت على حرية الرأي والتعبير: إعلان الأمم المتحدة اليونسكو الصادرة عام 1966 "بصنعاء"، الخاص باستقلال وتعدد وسائل الإعلام، إعلان " ويندهوك" الخاص بالصحافة المستقلة، الصادرة سنة 1991 وإعلان ألمانيا لعام 1992، إعلان " سنتياغو" لعام 1994.

مرتين أحرانا يعجز عنها الوصف، وأن نؤكد من جديد إيماننا بالحقوق الأساسية للإنسان وبكرامة الفرد وقدره وبما للرجال والنساء والأمم كبيرها وصغيرها حقوق متساوية، وأن نبين الأحوال التي يمكن في ظلها تحقيق العدالة، واحترام الالتزامات الناشئة عن المعاهدات، وغيرها من مصادر القانون الدولي، وأن ندفع بالرفعي الاجتماعي قدما، وأن نرفع مستوى الحياة في جو الحرية الأفسح".¹

وللاشارة فإن ميثاق الأمم المتحدة ودستور منظمة الصحة العالمية يعد من المصادر الرئيسية للقانون الدولي الصحي، فقد نصت المادة خمسة وخمسون (55) بالميثاق " على أنه ينبغي للأمم المتحدة تعزيز التعاون الدولي، وعلى حل المشاكل الدولية في مختلف المجالات بما في ذلك الصحة، وقد أنشئت منظمة الصحة العالمية للتعامل مع المسائل الصحية باعتبارها إحدى الوكالات المتخصصة للأمم المتحدة هدفها الرئيسي هو " بلوغ جميع الشعوب لرفع مستوى صحي ممكن".²

وبناء على ما سبق يمكن اعتبار الأحكام الواردة في ميثاق الأمم المتحدة والقانون الدولي الصحي الذي بدوره يضفي القوة الملزمة على التدابير الدولية الصحية، هذه القوة الملزمة تضمن تنفيذ مجموعة واسعة من التدابير من جانب جميع الدول والتي من ضمنها حماية حرية الرأي والتعبير سواء للمواطنين أو القطاع الخاص أو منظمات المجتمع المدني أو الأطباء من خلال الاتفاقيات واللوائح وغيرها التي تعتمد عليها الأمم المتحدة ووكالاتها المتخصصة.³

ومن ثم فقد أولى نص الميثاق (ميثاق الأمم المتحدة) على احترام حرية الرأي والتعبير، وحرية وسائل الإعلام وتدفق المعلومات والحصول عليها.

أما بالنسبة للإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي تم إقراره في العاشر من ديسمبر 1948 وتنص المادة (19) منه على أن " لكل شخص الحق في حرية الرأي والتعبير، ويشمل الحق اعتناق الآراء دون أي تدخل، واستقاء الأنباء والأفكار وتلقيها وإذاعتها بأية وسيلة كانت دون تقييد بالحدود الجغرافية".⁴

وتحتوي المادة (19) من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على العديد من الحقوق المتعلقة بتلك الحرية وهي:

1 حسام أحمد هنداي، القانون الدولي وحماية الحريات الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة، بدون تاريخ، ص10.

2 خالد سعد أنصاري يوسف، الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية، دار الجامعة الجديدة، 2012، ص149.

3 V.s.Mihajlov, International, Health.Legis.lation, Witlo, Genva, Vol 40, N1, 1989,P11.

4 دافيد ب، فورسايت، حقوق الإنسان والسياسة الدولية، الطبعة الأولى، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العلمية القاهرة، 1993، ص324.

1. حق كل شخص في أن يكون له مصادر خاصة للمعلومات.
2. حرية تكوين آراء شخصية دون مضايقة من الغير.
3. حق كل شخص في نقل الأخبار والأفكار بأي طريقة تناسبه سواء بالقول أو بالكتابة أو بوسائل الاتصال الحديثة مثل الانترنت وغيره.
4. حق كل إنسان في نقل الأفكار والأخبار بين جميع دول العالم دون حدود جغرافية بين الدول. ومن ثم نجد أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان يؤكد على حق كل شخص بالتمتع بحرية الرأي والتعبير، من خلال فسح فضاء قانوني واسع في المادة (19) من الإعلان يسمح بتناول المعلومات واستعراضها بطرق عدة وإعطاء الحق في نقل الأفكار والأخبار دون النظر إلى الحدود الجغرافية. وكذلك قد أولى أهمية كبرى لحرية الرأي والتعبير العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية عام 1966 بموجب القرار رقم (2200) ألف (د.21)، والذي وافق عليه في نفس العام (127) دولة بحيث نصت المادة (19) في فقرتها الأولى: " أن أي شخص، لا يمكن تعرضه للضغوطات بسبب آرائه" أما الفقرة الثانية فهي تقر بأن: " لكل شخص الحق في التعبير، وأن هذا الحق يشمل حرية البحث والتلقي ونشر المعلومات، والأفكار مهما كان نوعها، بدون اعتبار للحدود، أو الأشكال الفنية، أو غيرها من الوسائل التي يختارها"¹، ونحن بدورنا نرى أن حرية التعبير مهمة لثلاث أسباب رئيسية، أولها أن الحق في التعبير عن النفس ناحية أساسية لكرامة الإنسان، وثانيها أن أفضل طريقة للوصول إلى الحقيقة يتحقق من خلال تبادل الأفكار وجهات النظر بحرية مع جميع الفواعل في المجتمع، وثالثها لا يمكن أن يكون هناك أي حوار مفتوح ونقاش علني بدون حرية انسياب وتدفق للمعلومات. وننهي القول بأن المواثيق والإعلانات الدولية أولت أهمية بالغة العناية بخصوص حرية الرأي والتعبير إلا أننا نستشف من خلال النصوص الوارد في الاتفاقيات الدولية السالفة الذكر في ما يتعلق بهذه الأخيرة، قد وردت الحقوق في الاتفاقيات مطلقة وغير مقيدة أي أنها حقوق لا يسمح بأي استثناء لها أو قيد عليها، وبذلك تعتبر حرية الرأي والتعبير قاعدة ضرورية لأي نظام ديمقراطي.

1 العدد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، أعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف د.21 المؤرخ في 16 ديسمبر 1966.

ثانياً: العدل والمساواة:

ونعني بالعدل والمساواة توفير الفرص للجميع بكافة أنواعها وأجناسها، لتحسين أوضاعهم أو الحفاظ عليها مثلما يتم استهداف الفقراء والأقل حظاً لتوفير رفاهية للجميع¹.

وينظر إلى فكرة العدل أن من جانب وجوب معاملة الأفراد بالعدل عن ضوء حاجياتهم ومستحقاتهم غير أن فكرة العدل لها مفهوم آخر على المجموعات وهو ما يسمى بالعدل التوزيعي، والذي مفاده وجوب معاملة الحالات المتشابهة بنفس الطريقة، فإذا صدر القانون من السلطة يمنح مجموعة من الحقوق لكل من تتوفر فيه هذه الشروط، بدون استثناء، غير أن هذا لا يعني دائماً منح التمييز بين المجموعات أو بين الأفراد إذا كان هناك محل لذلك.

فالأصل هو معاملة الحالات المتشابهة بالتساوي وعلى من يخالف هذا الأصل أن يبرز تفضيله أو تمييزه لحالة عن أخرى، ومثاله مرضى القصور الكلوي الذي هم بحاجة دورية لأجهزة تصفية الدم، في المستشفيات أو ربما لعملية زرع الكلى في حالة ظهور متبرع، فالأصل وجوب معاملة هؤلاء بالتساوي في الاستفادة من الإمكانيات الموجودة لدى المستشفى في حالة ندرتها، ولكن قد يكون من بين هؤلاء من يحتاجه المجتمع أكثر من غيره أو أنه حصل على وعد للتكفل به قبل غيره وهو السبب الذي قد يبرر تقديمه أو تفضيله عن غيره في تلقي العلاج.

ولكن مهما كان مفهوم العدل فإنه يرتبط بحق الفرد في الذاتية ومبدأ احترام حق الفرد في تقرير مصيره ويعني ذلك وجوب معاملة الأفراد بالتساوي على أساس تساويهم بالحق في الذاتية².

وتعتبر كذلك العدالة والمساواة من الأعمدة الأساسية للحكمة الجيدة، وهي إحدى مظاهرها الأكثر بروزاً لذلك يتعين إقرارها في المواثيق والاتفاقيات الدولية والداستير، لأن هذه المواثيق والتشريعات تكتسي أهمية كبيرة عن المستوى الدولي، لأن العدل هو مراد الاعتراف بالكرامة المتأصلة في جميع أعضاء الأسرة البشرية وبحقوقهم المتساوية.

ولما يكون العدل و المساواة هو مقياس تطور الأمم، والتي يجب أن تراعى في كل دول تحترم حقوق الإنسان فقد أولها المشرع الجزائري عناية بالغة في الدستور، مروراً بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية.

وهذا ما جاء في ديباجة الدستور الجزائري الحالي، الذي نص على أن: " الشعب ناضل ويناضل دوماً في سبيل الحرية والديمقراطية، ويعتزم أن يبني هذا الدستور مؤسسات دستورية أساسها مشاركة كل

1 زهير الكايد، المرجع السابق، ص50.

2 مأمون عبد الكريم، رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية دراسة مقارنة، دار المطبوعات الجامعية، 2006 ص55.

جزائري وجزائرية في تسيير الشؤون العمومية، والقدرة على تحقيق العدالة الاجتماعية، والمساواة وضمن الحرية لكل فرد"، وما ضمان المؤسسات الدستورية للدولة مساواة كل المواطنين في الحقوق والواجبات إلا دليل على ضمان العدالة الاجتماعية في الصحة والتعليم والتوظيف... الخ. بالإضافة إلى السعي لتحقيق المساواة بين أفراد المجتمع الواحد.

إلا أنه توجد بعض الحريات التي لا يستطيع المشرع أن يساوي في ممارستها على كل الأفراد كحرية الصحافة والحريات السياسية والتي لا يتمتع بها الأجانب.

كما توصف من جانب آخر، بالعامّة انطلاقاً من تسميتها بالحريات الفردية، للتأكيد على أنها امتيازات خاصة للأفراد في التعرض لها¹.

وبهذا تصبح الحريات تشكل امتيازات للأفراد في مواجهة السلطة العامة، خلافاً لحقوق الإنسان التي تستمد وجودها من مصادر فلسفية وتاريخية ترجع إلى القانون الطبيعي².

وباختصار يمكننا القول أن المساواة هي خضوع جميع أفراد المجتمع لعدم التمييز بينهم فهم متساوون في الحقوق والحريات العامة والكرامة³.

ولكون الدراسة تدرس جانب يتعلق بالمرافق الصحية، فمبدأ المساواة هو أحد أهم المبادئ التي تحكم المرافق العامة والتي أولها المشرع الجزائري أهمية كبرى، إذ انفق الفقه والقضاء على إخضاع كل المرافق إلى مبادئ معينة والتي تتمثل في (مبدأ مساواة المنتفعين أمام المرافق، مبدأ سير المرافق العام بانتظام واطراد، مبدأ قابلية المرافق للتغيير والتبديل)، وأضحت اليوم من المسلمات في نظرية المرافق ومن بين هذه المبادئ نجد:

1- مبدأ المساواة المنتفعين أمام المرافق :

مبدأ المساواة أمام المرافق العامة هو امتداد للمبدأ العام هو مساواة الأفراد أمام القانون. والذي بات اليوم يمثل حقاً من حقوق الإنسان وحقاً دستورياً أعلنت عنه مختلف الدساتير.

ويترتب على هذا القول نتائج تتمثل في مبادئ فرعية هي مساواة المنتفعين من خدمات المرافق والمساواة في الالتحاق بالوظائف العامة.

أ- مساواة المنتفعين من خدمات المرافق : أي وجوب معاملة المرافق لكل المنتفعين معاملة واحد دون تمييز شخص على شخص آخر.

1 سعد الشرقاوي، النظم السياسية في العالم المعاصر، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 2002، ص ص 296، 297.

2 عمر أحمد حسبو، حرية الاجتماع، دار النهضة، القاهرة، سنة 1999، ص 99.

3 عمار بوضياف، شرح قانون البلدية، الطبعة الأولى، دار الجسور للنشر و التوزيع، الجزائر، 2012، ص 143.

ب- المساواة في الالتحاق بالوظائف العامة : يترتب على المبدأ العام وهو المساواة أمام القانون حق الأفراد بالالتحاق بالوظائف العامة. ولا يجوز من حيث الأصل فرض شروط تتعلق بالجنس أو اللون أو العقيدة للاستفادة من وظيفة معينة. فالالتحاق بالوظائف العامة بات اليوم يشكل حقا دستوريا يتمتع به الأفراد. غير أن التمتع بهذا الحق لا يمنع المشرع من أن يضبط الالتحاق بالوظائف بشروط محددة تتعلق بالحالة السياسية (الجنسية) والسن وحسن السيرة والسلوك وغيرها، كما يضبطه بإجراءات معينة كإجراء الدخول في المسابقة.

ولا يعد مساسا بهذا المبدأ إذ يجرم المشرع بعض الطوائف من تولي الوظائف العامة كحرمانه لأولئك الذين ثبت سلوكهم المشين تجاه الثورة¹.

ولابد للإشارة بأنه قد احتل مبدأ المساواة أمام القانون عموما في التشريع الجزائري مكانة بارزة دلت عليها النصوص على اختلاف قوتها القانونية وهذا بيان الأسباب للقانون الأساسي للوظيفة العامة* يجسد المبدأ العام من زاوية التساوي في الالتحاق بالوظائف العامة بقوله "يسود النظام الحقوقي للوظيفة العمومية مبدأ هام وهو المساواة أي دخول جميع الجزائريين إليها" ، وهو ما تأكده المادة الخامسة من نفس القانون وجاء الأمر 71-74 المذكور ليجسد ولو بشكل عام هو الآخر مبدأ المساواة في عالم الشغل في مجال الحقوق و الواجبات بين العمال وتجسد كذلك نفس الشيء المادة السابعة (07) من القانون الأساسي العام للعامل لسنة 1978، و لقد جاء دستور 1976 بموجب المادة 39 منه ليؤكد هو الآخر بان المواطنين متساوون في الحقوق والواجبات وليفصل أكثر في هذا الشأن بأنه لا يعترف بأي تمييز قائم على الجنس أو العرق أو الحرفة، و لقد أكدت المادة 44 منه بان وظائف الدولة متاحة لجميع المواطنين دون تمييز ماعدا شروط الاستحقاق والأهلية.

ولم يحذو دستور 1989 عن غيره من النصوص الرسمية لإقرار المبدأ بل تناوله بطريقة أكثر تفصيلا وهذا ما دلت عيه المادة ثمانية وعشرون (28) بقولها "كل المواطنين سواسية أما القانون ولا

1 عمار بوضياف، الوجيز في القانون الإداري، ط3، دار الجسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2015، ص ص 438، 439.
*القانون الأساسي للوظيفة العامة وهو " الأمر رقم 06-03 الصادر في ج ر رقم 46 بتاريخ 20 جمادى الثانية عام 1427هـ الموافق 16 يوليو 2006م" ولهذا القانون خلفيات قانونية، وأسباب موضوعية ومبررات عملية كثيرة ومتعددة، لعل من أهمها انه جاء أولا تكريسا لدولة القانون، دولة الحق و الحريات الفردية والجماعية، دولة الديمقراطية والتعددية السياسية والفصل بين السلطات وحياد الإدارة والمساواة بين المواطنين في الالتحاق بالمناصب والوظائف العمومية، ويستشف ذلك من خلال المادة 140 الفقرة 25 من الدستور الجديد الذي صدر بموجب القانون رقم 16-01 المؤرخ في 06/03/2016 المتضمن التعديل الدستوري والذي يقتضي بان الضمانات الأساسية للموظفين والقانون الأساسي العام للتوظيف العمومي من الميادين التشريعية التي أسندها الدستور خصيصا للبرلمان، بالإضافة إلى أن قانون الوظيفة العامة قد جاء ضمن الإصلاحات العامة للدولة و عصرنه الإدارة وإرساء مبادئ الحكامة التي تنتهجها الجزائر لاسيما في ظل ضعف اقتصاد الدولة بسبب سقوط أسعار الربيع البترولي.

يمكن أن يتنوع بأي تمييز يعود سببه إلى المولد أو العرق أو الجنس أو الرأي أو أي شرط أو أي ظرف آخر شخصي أو اجتماعي ."

وأكدت المادة 48 منه مبدأ التساوي في الالتحاق بالوظائف العامة. وذات المبدأ تم ترسيخه وتأكيدُه في دستور 1996 بموجب المادة 29 و 51 منه. وقد حمل هذا الدستور مبدأً جديداً له علاقة مباشرة بمبدأ المساواة أمام القانون وهو مبدأ حياد الإدارة المعلن عنه بمقتضى المادة 23 منه والذي يعني إلزام الإدارة بأداء عملها بطريقة واحدة وأسلوب واحد للجمهور دون تمييز في مجال الجنس أو الرأي أو الاتجاه السياسي وغير ذلك من ضروب التمييز . وخارج إطار المبادئ الدستورية وقوانين الوظيفة العامة نجد المشرع كثيراً ما يعلن صراحة عن عدم فرضه أي قيد بشأن الجنس ويقر التساوي بين المرأة والرجل.

فهذه المادة ثلاثة وثلاثون (33) من قانون الحالة المدنية وهي تضع أحكام الشهادة نجدها تعلن صراحة على عدم التمييز بين المرأة والرجل في مجال الشهادة الخاصة بعقود الحالة المدنية، وحتى وظيفة القضاء و التي كثر من شأنها الجدل بخصوص حق المرأة في توليها في كثير من الدول العربية والإسلامية، إذ وجدنا المشرع الجزائري لم يقصرها على الرجال دون النساء وهو ما يتضح في نص المادة 27 من القانون الأساسي للقضاء والتي اكتفت بشروط الحالة السياسية للمترشح لوظيفة القضاء وشروط أخرى تتعلق بالموهل. والأمر نفسه تأكد في القانون العضوي 11.04 المؤرخ في 6 سبتمبر 2004 المتضمن القانون الأساسي للقضاء وجاءت المادة 47 منه مكرسة مبدأ المساواة في الالتحاق بالوظائف العامة¹.

ولقد نادى الدول الليبرالية بمبدأ المساواة القانونية لكونها الركيزة الأساسية للحريات وللديمقراطية ولكن المساواة التي تتمسك بها الديمقراطية الليبرالية هي المساواة القانونية وليست المساواة الفعلية والمساواة القانونية تعني وضع قواعد قانونية تقدم فرصاً متكافئة لجميع أفراد المجتمع.

غير أن هذه القواعد القانونية لا يمكنها تحقيق مساواة فعلية واقعية، إذا يظل الأفراد في ظل هذه القواعد القانونية متفاوتين تفاوتاً كبيراً، أما المساواة التي تحرض الديمقراطية الماركسية أو الاجتماعية على تحقيقها فهي المساواة الفعلية أي المساواة في الثراء والتمتع بالمزايا المادية².

وفي مناداة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان بتوطيد مبدأ المساواة أمام القانون فقد وردت المواد التالية التي تبين ذلك. إذ أعلنت المادة واحد (01) من الإعلان العالمي أن " جميع البشر يولدون أفراداً ومتساوين في الكرامة "، وكذلك نصت المادة السابعة (07) من الإعلان العالمي كالاتي: " الناس جميعاً

1 المرجع نفسه، ص ص 440.441 .

2 سعاد الشرقاوي، النظم السياسية في العالم المعاصر، دار النهضة العربية، القاهرة، 2007، ص 134.

سواسية أمام القانون، وهم يتساوون في حق التمتع بحماية القانون دون تمييز، كما يتساوون في حق التمتع بالحماية من أي تمييز ينتهك هذا الإعلان ومن أي تحريض على مثل هذا التمييز¹. وكذلك نجد أن الحق في المساواة وعدم التعرض للتمييز تحميه مختلف أحكام العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، فقد أنتهج نفس المبادئ التي تتبناها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان فيما يتعلق بمبدأ المساواة والعدالة.

وكذلك نجد أن الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية قد شدد في المادة الثالثة (03) من الميثاق على تطبيق مبدأ المساواة والتي تنص كالاتي " على الطبيب أن يحرص على المساواة في المعاملة بين جميع المرضى، وأن لا يفرق بينهم في الرعاية الطبية بسبب تباين مراكزهم الأدبية أو الاجتماعية أو بسبب مشاعره الشخصية تجاههم، أو سبب انتمائهم الديني أو العرقي أو جنسهم أو جنسيتهم أو لونهم ".

الفرع الثالث: المشاركة

يرتبط مفهوم المشاركة ارتباطاً وثيقاً بالتشريعات والقوانين والأنظمة، فهذا الأخير في تعريفه يتناول مجال التشريعات والقوانين والأنظمة من حيث وضوحها وبساطتها وإمكانات صياغتها من طرف أفراد المجتمع كشريك فعال للدولة، مما يؤدي إلى حسن التعامل معها من قبل المعنيين، بحيث تكون غير قابلة للتأويل أي لا تحتل أي منها أكثر من معنى، وأن لا تكون ضبابية تشعر العاملين والمجتمع المدني والقطاع الخاص بعدم الراحة والأمان من خلال الأفراد بالقرار، ما يؤثر سلباً على تحقيق الأهداف المسطرة بلوحة القيادة التي تطمح الإدارة لتحقيقها، ومن حيث سهولة فهمها بحيث تتسم بالبساطة وعدم التعقيد ويستطيع أي موظف استيعاب وفهم المقصود والمطلوب منه، ما يسهل العمل ويرفع الكفاءات وأن تكون مستقرة، والاستقرار هنا لا يعني الجمود، بل لا تغير بسرعة لخدمة أشخاص معينين أو يتم تغييرها بعد أن قام البعض بالعمل على أساسها، ما يحدث إرباك للمتعاملين معها، وإرباك لمطبقيها، بالإضافة إلى ضرورة وضوح هذه التشريعات والقوانين واللوائح بحيث تكون مكتوبة بلغة واضحة لا تحتل التأويل فلا يكون لكلمة معينة أكثر من معنى، أو مفتوحة تحتوي على ثغرات يصعب على العاملين فهمها من جهة، ومبنية على رؤية إستراتيجية.

ويقصد بالمشاركة ضمان المشاركة الفعالة لجميع أفراد المجتمع في اتخاذ القرار والتي تضمن حرية الرأي والتعبير والمعايير الأساسية لحقوق الإنسان، كما يرتبط مفهوم مبدأ المشاركة بمفهوم الشفافية

1 الإعلان العالمي لحقوق الإنسان اعتمد ونشر على الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 217 ألف د-3

المؤرخ في 10 كانون الأول/ديسمبر 1948.

فمعرفة المعلومات وحدها لا يكفي بالغرض، بل لا بد أن تكون هناك آليات يكون الشعب قادرا على اتخاذها ليؤثر في صنع القرار وأن يضع المسؤولين تحت طائلة المسؤولية والمحاسبة، وعلى الدول أن تعطي لأفراد المجتمع الحق في المشاركة في صياغة القوانين واللوائح والأنظمة واستشارتهم في شؤون الحياة العامة وإعطائهم حق الاعتراف وحق إجراء الاستفتاء على القوانين وغيرها من الأمور بكل نزاهة وسهولة وشفافية¹.

ويقصد بها كذلك هي حق المشاركة في اتخاذ القرار، إما مباشرة أو بواسطة مؤسسات شرعية وسيطة تمثل مصالحهم، وتركز المشاركة على حرية المجتمع وحرية الحديث على توفر القدرات للمشاركة البناءة².

وهناك من يرى أن المشاركة هي عبارة عن مجموعات من الآليات التي تخول للمواطنين والقطاع الخاص المشاركة في عملية إدارة الحكم، وتقوم على مجموعة من الأنشطة يسعى من خلالها هؤلاء الأطراف إلى التأثير في أعمال الحكومة، إما مباشرة بالتأثير في صياغة السياسة العامة وتطبيقا أو بطريقة غير مباشرة بالتأثير في اختيار المسؤولين الرسميين، وتأخذ المشاركة عدة أشكال فقد تكون عبر الاقتراع أو عبر الانضمام لمنظمات المجتمع المدني، أو عبر المساهمة في إدارة قطاع الخدمات العامة³.

وطالما استوجبت الحكمة لامركزية النظام الإداري كما سنبينه لاحقا، فإنه صار لزاما الاعتراف للأفراد بحق المشاركة في اتخاذ القرار المحلي، وعلى صعيد آخر وجب الاعتراف لهم بحق المشاركة في صياغة القوانين. وهذا المؤشر من مؤشرات الحكمة يتجسد من خلال المجالس البلدية و الولائية والوطنية⁴.

إذ لا يمكن إرساء نظام ديمقراطي مبني على ثقافة المشاركة دون تطبيق الحقوق التي تترتب على رابطة المواطنة بين الدولة والأفراد، إن مفهوم المواطنة يحتل اليوم موقع مركزي في الفكر القانوني والدستور المعاصر.

إذا أن المواطنة بما تشكل من شخصية اعتبارية لها حقوق وواجبات، وهي أحد الأعمدة الرئيسية لنظريات الدستورية والسياسية المعاصرة، إذا أن الفكر السياسي الحديث يعتمد في البناء القانوني للوطن

1 عبد الكريم قلاتي، المرجع السابق، ص31.

2 زهير الكايد، المرجع السابق، ص50.

3 أمين مشاقبة، المعتصم بالله علوي، الإصلاح السياسي والحكم الرشيد إطار نظري، مطبعة السفير، الأردن، ص58.

4 عمار بوضياف، شرح قانون البلدية، المرجع السابق، ص144.

على هذا المفهوم، ويحدد له حملة من الإجراءات والاعتبارات. لذلك فإننا نعتقد أن تطوير واقعنا السياسي والقانوني اليوم مرهون لحد بعيد على قدرتنا على المستويين النظري والعلمي لبلورة هذا المفهوم، وتوفير المناخ السياسي والقانوني والثقافي لكي يتبلور هذا المفهوم كحقوق وواجبات في الفضاء الاجتماعي والوطني¹.

وإن المواطنة لا تبني بدحر خصوصيات المواطنين أو تهميش بعضهم لدواعي ومبررات معينة وإنما هذا المفهوم يبني كحقيقة واقعية باحترام الخصوصيات وفسح المجال القانوني والثقافي لكل التعديلات للمشاركة في بناء الوطن وتعزيز قوته وإنجاز مشروعه التنموي والحضاري.

فالمواطنة كمفهوم وإجراءات وحقائق، هي إبداع الإنسان الدستوري الذي يضمن لجميع المكونات التعبيرات المشاركة في إدارة الشأن العام وإثراء الوطن على مختلف الأصعدة والمستويات²

وعليه فقد كرس دستور 2016 حرية المشاركة في الجزائر وذلك بالإشارة للمشاركة في ديباجته باعتبار أن اساس بناء الدستور هو مشاركة كل جزائري وجزائرية في تسيير الشؤون العمومية.

كما تقرر المادة سبعة عشر (17) وأربعة وثلاثون (34) في هذا الدستور ضمناً هذا الحق بالإشارة إلى مشاركة المواطنين، إذا نصت المادة سبعة عشر كالاتي: " يمثل المجلس المنتخب قاعدة اللامركزية، ومكان مشاركة المواطنين في تسيير الشؤون العمومية".

بحيث أراد المشرع الجزائري هنا إيضاح فكرة أنه من خلال المنتخبين الذين تم وضع الثقة فيهم بوكالة إلزامية في المجالس المنتخبة والذي بدورهم يشاركون الدولة في تسيير الشؤون العمومية، أما المادة (34) بحيث نصن كالاتي : " تستهدف المؤسسات ضمان المساواة كل المواطنين والمواطنات بالحقوق والواجبات بإزالة العقابات التي تعوق تفتح شخصية الإنسان، وتحول دون مشاركة الجميع الفعلية في الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية".

فمن خلال هذه المواد نستشف أن المشرع الجزائري أولى أهمية بالغة للمشاركة في الدستور بالإضافة إلى هذه المواد نجد مواد أخرى نذكر منها كالاتي:

فقد أشارت المادة ستة وعشرون (26) من القانون 06-06 المتعلق بالقانون التوجيهي للمدنية السالف الذكر لأهمية المشاركة إذ اعتبرتها من الأسس العامة لتسيير المدينة، بحيث نصت الفقرة

1 أوهابية فتيحة، المواطنة في ظل نظام الحكم الراشد، الملتقى الدولي حول الحم الراشد وإستراتيجيات التغيير في العالم النامي، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، يومي 08-09 أبريل 2007 ص ص 128، 129.

2 المرجع نفسه، ص 130.

السادسة (06) من نفس المادة بإلحاق المرصد الوطني بالوزارة المكلفة بالمدينة والذي من بين المهام التي أوكلت إليه، اقتراح إطار نشاط يسمح بتزقية مشاركة واستشارة المواطن على الحكومة.

وكذلك من خلال الرجوع لخطاب رئيس الجمهورية يوم 15 أبريل 2011 في الفقرة الثالثة وثلاثون (33) من الخطاب والتي أكد فيها ضرورة مشاركة المواطنين في تحديد الدولة الجزائرية ورقبها، وفي هذا المقام ردد رئيس الجمهورية العبارة التالية: ". إنني أدعو كل مواطن وكل مواطنة منكم على اختلاف مشاركتكم إلى تضافر وطني للجهود حتى تكون هذه السانحة الجديدة فرصة للتفتح على حياة سياسية تعددية تعكس نص الدستور وروحه بما سيتيح لكل واحد وواحدة المشاركة في تجدد الدولة الجزائرية ورقبها، وتعزيز أركانها الدولة التي افتداها الكثير من الرجال و النساء بأرواحهم في سبيل الإنعتاق من الهيمنة الاستعمارية والنهوض من هدت الجهل والتخلف".

إن تحديد مجال ممارسة الحريات العامة من اختصاص المشرع الذي يحدد نظامها القانوني ومن واجبه تنظيم الحريات العامة تنظيماً واضحاً ضماناً لها، فيحدها تحديداً يتطلبه الوضع الاجتماعي والاقتصادي والسياسي والثقافي للمجتمع السائد عندما يتدخل المشرع لتحديد الحريات العامة لا يعمل على تطبيقها والانتقاص منها وإنما يقدم للمواطن الوسائل والأسس القانونية التي تساعده على الدفاع عن ما لديه من حريات وحقوق في حالة وقوع اعتداء عليها فالحريات عندما يحددها المشرع تضع على عاتق الإدارة الالتزامات الإيجابية وذلك بتدخلها لحمايتها عن طريق سلطات الضبط الإداري، إلا أنه لا يجوز للإدارة أن تتعدى على حريات العامة بقرارات فردية أو لائحية.

ولكن المقصود بالضبط تشريعي انه مجموعة من الأوامر أو تعليمات تشريعية وتنظيمية التي تعرف أو تحدد وتقيد حريات الجميع من اجل الوقاية من الضجيج والأمراض والحوادث التي تنتج عن استعمالها المتزايد والمبالغ فيه، فمن بين القوانين التي تخص الضبط الإداري وتحد من حرية الأفراد نذكر قانون المرور وقانون الجمعيات فهذه القوانين منظمة للحريات العامة يطلق عليها بالضبط التشريعي، فهذه الأخيرة هو حق الدولة في تقيد الحريات الفردية وتنظيمها بقواعد تشريعية.

إذ تعتبر مجموعة القوانين التشريعية المتصلة بالحريات العامة سواء كانت هذه القواعد القانونية المتعلقة بالحريات موجودة في القانون المدني والتجاري والأحوال الشخصية والجنائي والنظام القضائي والقانون لا يخلق ولا يعدل ولا ينشئ الحريات العامة بل يقتصر عن الكشف والإقرار والاعتراف بها بإيجاد ظروف وشروط وطرق ممارستها بصورة شرعية وعقلانية ومنسجمة مع فكرة النظام العام في الدولة، والنصوص التشريعية تنفذ النصوص الدستورية وتتطابق معها في مضمونها كما تكمل النصوص

الدستورية و ذلك بوضع بعض الإجراءات المنظمة لممارسة الأفراد لحرياتهم في المجتمع مع كفالة هذه الحريات في حدود المقررة دستورياً.

فعلا إن المشرع هو صاحب الاختصاص لتنظيم الحريات العامة وهذا طبقاً لنص المادة (122) من دستور 1996 ولكنه عند ممارسة سلطته التشريعية ليضع القواعد القانونية المنفذة والمكملة للنصوص الدستورية، فإذا به يخالف هذه النصوص الدستورية التي تحدد له الإطار الشرعي الذي يجب أن يمارس فيه المشرع السلطة التقديرية، بحيث إذا أقر الدستور حرية ثم أصدر البرلمان قانون يقيد من ممارسة هذه الحرية من الحريات العامة ولا يمكن التمتع بها فتكون بصدد قانون غير مطابق للنص الدستوري الذي هو أعلى مرتبة وفقاً لمبدأ التدرج الذي يقوم عليه مبدأ الشرعية في جانبه الشكلي¹.

الفرع الرابع: الوقاية من الفساد والرؤية الإستراتيجية

تعتبر قضية الوقاية من الفساد الإداري وبناء الرؤى الإستراتيجية من أبرز المبررات التي تستخدمها المنظمات الدولية الداعية إلى تطبيق مفهوم الحكامة، وتشير الدراسات التي أجريت من قبل البنك الدولي (WB) إلى وجود علاقة عكسية مباشرة بين الحكامة الجيدة والفساد الإداري، أي أن الدول التي تتوافر فيها الحكامة الجيدة يكون مستوى التنمية لديها أعلى ونسبة الفساد فيها أدنى من تلك التي تتوافر فيها هذه الخاصية.

ويعد هذان البعدان (انتشار الفساد) ومستوى التنمية المبني على الرؤية الإستراتيجية من ضمن المبررات التي تستخدمها المنظمات الدولية للمناداة بتطبيق مفاهيم الحكامة على المستوى الدولي. حيث يعتبر الفساد الإداري من أكبر المعوقات التي تحول دون معدلات مقبولة من النمو الاقتصادي وخصوصاً في الدول النامية و الفقير².

أولاً: الفساد :

إن الفساد ظاهرة متعددة الجوانب من الصعب اختزالها في عامل بعينه، ومع هذا يمكن القول أن هناك عوامل ذات أهمية بالغة في تفشي هذه الظاهرة، التي لا تقتصر على الدول النامية فحسب، بل حتى الدول الكبرى لا تخلو من وجود الفساد، فمنذ أكثر من ربع قرن بات التغيير والعمل على تجسيد الإصلاح هو السمة الغالبة على نشاط المؤسسات الدولية والباحثين في هذا المجال، حيث أصبح النشاط الحكومي ونشاط الإدارة العمومية في تقديم خدماتها للمواطن أهم المحاور التي شهدت إسهامات فكرية

1 أدريس بوكرا، أحمد وافي، النظرية العامة للدولة والنظام السياسي الجزائري في ظل دستور 1989، المؤسسة الوطنية للطباعة، الجزائر، 1992، ص 99.

2 فارس بن علوش بادي السبيعي، المرجع السابق، ص 58.

أكاديمية ومؤسساتية، باعتبار أن الإدارة العمومية هي أكثر الميادين تعرضا لتفشي ظاهرة الفساد بمختلف مفاهيمه، وهو حال الإدارة الجزائرية¹.

بحيث تمتاز جرائم الفساد في مجملها بكونها من جرائم ذوي الصفة التي لا تقع إلا من شخص يتصف بصفة معينة في القانون المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحة سالف الذكر، ب: "الموظف العمومي" وهو المصطلح الذي اعتمده اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد المؤرخة في 31 أكتوبر 2003، في نسختها العربية ويقابله في النسخة الفرنسية "agent public" وإن كان المصطلح المعتمد في المنظومة القانونية الجزائرية للتعبير عن الموظف العمومي هو "public fonctionnaire" وليس "agent public" الذي يعني "عون عمومي".

كما تمتاز هذه الجرائم، التي كانت موزعة في قانون العقوبات بين المواد 119، 134، بإفرادها بنص خاص يحكمها وهو القانون رقم 06-01 المؤرخ في 20 فبراير 2006 المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحته، الذي ألغت المادة 71 منه مواد قانون العقوبات المذكور وعوضت المادة 72 منه بالإحالة إلى المواد الملغاة بالمواد التي تقابلها في القانون الجديد (المواد من 25 إلى 35).

وتمتاز هذه الجرائم أيضا بكونها مستوحاة من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد المؤرخة في 31 أكتوبر 2003 التي صادقت عليها الجزائر في أبريل 2004 بموجب المرسوم الرئاسي رقم 04-128.

ونتهي القول بأن قانون الوقاية من الفساد ومكافحته جاء أصلا للقضاء على مظاهر الفساد في الحياة العمومية المتمثلة أساسا في الاتجار بالوظيفة العمومية والتلاعب بالمال العام. فنص على تجريم وقمع كل إخلال بموجب النزاهة الذي يستوجب على الموظف العمومي أن يتحلى به وكل إخلال بواجبات الأمانة الملقاة على عاتق الموظف العمومي .

ومع ذلك فقد تضمن القانون أحكاما مميزة جرم فيها اختلاس الممتلكات والرشوة في القطاع الخاص فضلا عن رشوة الموظفين العموميين الأجانب وموظفي المؤسسات الدولية العمومية².

1 وفاء رايس ليلي بن عيسى، الحكم الراشد كآلية لمعالجة الفساد في الإدارة العمومية الجزائرية، الملتقى العلمي الدولي حول: آليات حوكمة المؤسسات ومتطلبات تحقيق التنمية المستدامة، جامعة ورقلة، الجزائر، يومي 25-26 نوفمبر 2013، ص 01.

2 أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، ج2، ط15، دار هومة، الجزائر، 2014، ص ص 09-10.

ولكون دراستنا تهتم بالجانب الصحي، نرى أن الفساد قد تفشى في الكثير من المؤسسات الصحية بالدول النامية وبالخصوص الجزائر بالرغم من الأموال الطائلة التي تضخ للقطاع، وهذا راجع لأسباب متعددة سنتناولها في الباب الثاني.

ونهي القول أنه لا يمكن وصف نظام ما، لتكريسه بمؤشرات الحكامة إلا إذا ثبت يقينا أن هذا النظام سعى للوقاية من الفساد ومكافحته في شتى الميادين والمجالات، ولا يتعلق الأمر بالقطاع العام لوحده، بل يمتد أيضا للقطاع الخاص فلا حكامة في القيادة والتسيير في المجال الصحي إلا إذا تم القضاء على الفساد بمختلف صورته وأشكاله¹.

ثانيا: الرؤية الإستراتيجية:

طبقا لهذا المؤشر تلزم مختلف الإدارة بمراعاة التطور الذي يشهده المجتمع من جميع الجوانب والتكيف مع الظروف المستجدة، وهو ما يفرض على الجهات المعنية صرف المهام للمسائل المستقبلية ووضع الخطط والبرامج بهدف التنبؤ لكل المتغيرات واتخاذ ما يلزم من أجل مواجهتها².

كما تعني كذلك من وجهة نظر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أنه يجب أن يمتلك القادة والجمهور العام منظورا عريض و طويل الأجل في ما يتعلق بالحكمة والتنمية البشرية المستدامة مع الإحساس بما هو مطلوب لهذه التنمية، كما ينبغي أن يكون هناك فهم لتعقيدات التاريخية والثقافية والاجتماعية التي تشكل وسطها ذلك المنظور.

وهذه السمات تترايط ويعزز بعضها البعض، بحيث لا يمكن أن يوجد أي منها بمفردها، فإمكانية الحصول على المعلومات مثلاً تعني مزيد من الشفافية ومزيد من المشاركة ومزيد من فاعلية صنع القرار كما أن اتساع نطاق المشاركة يسهم في كل من تبادل المعلومات اللازمة لفاعلية صنع القرار وفي شرعية تلك القرارات، و الشرعية بدورها تعني فاعلية التنفيذ، وتشجع على المزيد من المشاركة كذلك، فإن استجابة المؤسسات تعني أنها لا بد وأن تتسم بالشفافية، وان تلتزم في عملها بسيادة القانون إذا ما أرادت أن تكون منصفة وهذه السمات الأساسية تمثل الحالة النموذجية وهي لم تجتمع كلها في أي مجتمع بعينه، ولكن رغم ذلك، يعتقد برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أنه ينبغي على المجتمعات أن تهدف، من خلال عملية واسعة القاعدة لبناء توافق الآراء، إلى تحديد أي من هذه السمات الأساسية هي لأكثر أهمية لها، وما هو التوازن الأمثل بين الدولة والسوق، وكيف يمكن لكل تشكيلة اجتماعية و ثقافية واقتصادية أن تنتقل من

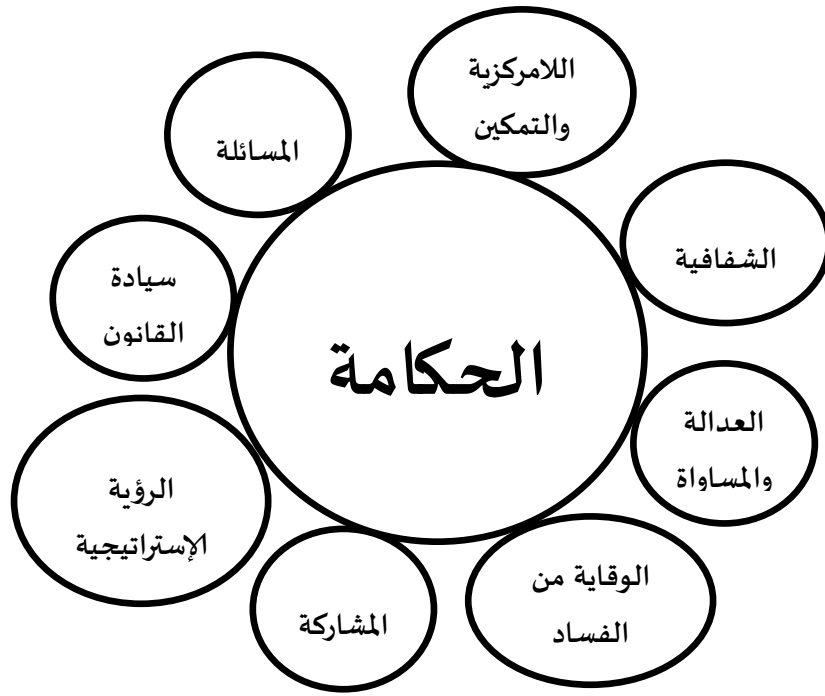
1 عمار بوضياف، المرجع السابق، ص144.

2 المرجع نفسه، ص142.

وضع إلى آخر لذا يواجه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بصورة متزايدة حالات لتفسخ المجتمعات في ما بعد الأزمات، وبالنسبة لتلك الحالات، لا تكون المهمة المطروحة هي تطوير الحكامة بل بناء مؤسسات الحكم الأساسية، وتكون الخطوة الأولى اتجاه تحقيق المصالحة، أي بناء قدرة المجتمع على إجراء حوار بشأن معنى الحكم واحتياجات جميع المواطنين¹.

وإلى جانب هذه المبادئ هناك مبدئين آخرين ارتباطا بمفهوم الحكامة، وهما التمكين واللامركزية حيث يشير التمكين والتحويل إلى تمكين جميع الأطراف من متابعة الأهداف المشروعة لتحقيقها وإنشاء البيئة التي تمكنهم من تحقيق أقصى حد من النجاح والرخاء للجميع².

أما اللامركزية فتعني توزيع الصلاحيات بين السلطة المركزية داخل الدولة والإدارة المحلية، بحيث ينافي للإدارة العليا رسم السياسات العامة وإصدار التشريعات والإشراف، بغية تحقيق الاستجابة لطلبات المواطنين من طرف هيئات عدم التركيز واللامركزية، وبدورها كذلك تكفل للمواطن حق المشاركة في صنع قراراتها المحلية، ويمكن إعطاء تلخيص لمؤشرات الحكامة من خلال المخطط الآتي:



الشكل رقم 03: مؤشرات الحكامة [من إعداد الباحث]

1 برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، إدارة الحكم لخدمة التنمية البشرية المستدامة، وثيقة السياسات العامة لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، يناير 1997، ص 10.

2 زهير الكايد، المرجع السابق، ص 51.

المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية

تعد الجودة هدفا ومطلباً في المجتمع البشري، وحاجة لازمة في حياة الإنسان منذ القدم، وتعود جذور الاهتمام بالجودة إلى بداية نشاط الإنسان في العصور الأولى، فلقد أوضحت نقوش فرعونية منذ سبعة آلاف سنة اهتمام المصري القديم بها، حيث يصور رسم وجد على معبد قديم صورة لقاطع حجر ينفذ نقشاً وفقاً لمطلب زبونه، بينما يقوم مفتش الجودة بالتحقيق المستمر من سلامة ودقة التنفيذ وفقاً لمعايير محددة¹. وبالرجوع إلى عام 2000 ق م فإن قانون حمورابي الذي تضمن (282) مادة نقشت بشكل أعمدة بلغ عددها (51) عمود باللغة البابلية وبالخط المسماري، وفي جملة من هذه المواد قد شدد حمورابي على الجودة في القطاع الصحي، وتعتبر هذه القوانين أقدم ما عرف الإنسان وخاصة التي تتعلق برسوم الخدمات المقدمة والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية، ثم أسفر الاهتمام المعاصر بقضية الجودة عن نشأة اهتمام دولي عالمي متمم ينظمها وإيجاد معايير دولية لها.

ولقد شغلت جودة الخدمة أفكار وأذهان الكثير من الفقهاء في مجال الإدارة العامة في العصر الحديث، فلم تعد الجودة أمراً استثنائياً مقتصرًا على المؤسسات الاقتصادية، بل أصبحت ضرورة ملحة في تسيير المؤسسات العمومية وبالخصوص المؤسسات الإستشفائية التي تسعى من خلال الأهداف المسطرة للمنظمة بتقديم خدمة صحية ذات جودة عالية.

لذا سنحاول من خلال هذا المبحث توضيح مفهوم الجودة وتطورها في المطلب الأول، ونتناول مفهوم الخدمة الصحية في المطلب الثاني.

المطلب الأول: مفهوم وتطور الجودة

يحظى موضوع الجودة الآن باهتمام متزايد في كل المنظمات وفي كافة أنحاء العالم المتقدم والنامي على حد سواء بعد أن انتهت هذه المنظمات إلى تطوير وتحسينها كمدخل أساسي لمواجهة التحديات الداخلية والخارجية، خاصة بعد ظهور التكتلات الاقتصادية فضلاً عن التطورات التكنولوجية المتلاحقة والاتجاه نحو العولمة والاهتمام بقضايا البيئة والصحة، والتغيير الحاصل في سلوك الزبون الذي بدأ ينظر للجودة كمعيار أساسي لتقييم واختيار ما يشبع حاجاته ورغباته من سلع وخدمات بغض النظر عن

1 احمد سيد مصطفى، دليل المدير العربي إلى سلسلة الأيزو 9000، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 1997، ص 39.

مصدرها.¹ ولقد أدى هذا التغيير إلى تشتت مفهومها نظرا لاهتمام كافة الخبراء على اختلاف تخصصاتهم بها مما أبرز العديد من التعاريف.

ومن اجل ذلك ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع ، نتعرض في الأول منها إلى أبرز التعاريف التي وردت حول الجودة، اما الفرع الثاني نتناول فيه التطور التاريخي للجودة، اما الفرع الثالث سوف نخصه لمراحل تطور الجودة.

الفرع الأول: تعريف الجودة

تتعدد استعمالات مصطلح "الجودة" ومدلولاته في الحياة اليومية، فقد تستعمل للإشارة إلى ما هو ممتاز. ويراه البعض متحققة في السلع والخدمات مرتفعة السعر وغائبة عما هو رخيص وقد تستعمل لوصف السلع التي تحمل خصائص وصفات مرغوب بها أو للدلالة على دقة أداء السلعة للوظيفة المشتراة لأجلها، وقد يترادف استخدامها مع منتجات دولة معينة (مثلا إنتاج ياباني) أو شركة معينة وغير ذلك، وهكذا يشار إلى أن الجودة تعني أشياء مختلفة للأفراد المختلفين وتظهر تساؤلات كثيرة لا يمكن أن تعد أو تحصى في تحديد ماهية الجودة، فمثلا ما هي الجودة في حالة الفحص والمعالجة الطبية والعمليات الجراحية؟ وعليه سوف نبين أهم التعريفات التي وردت بشأن الجودة.

أ- التعريف اللغوي:

إن لفظ الجودة باللغة اللاتينية هي مشتقة من Qualities² ويقصد بها طبيعة الشيء والشخص ودرجة صلاحه، أما أصل اللغة تعود إلى النوع أخص من الجنس وقد (تنوع) الشيء أنواعا وتعتبر كلمة الجودة عن وجود ميزات أو صفات معينة في السلعة أو الخدمة إن وجدت هذه الميزات فإنها تلبى رغبات من يشتريها أو يستعملها.

كما جاء في لسان العرب " لأبن منظور" أن أصل الكلمة من (جود) والجيد نقيض الرديء، وجاد الشيء جودة، وجوده أي صار جيدا، وحدث الشيء فجاد، وقد جاد جودة وأجاد : أتى بالجد من القول

1 قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن 2006، ص24.

2 Cambridge Dictionary. <http://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais-arabe/quality>

* Qualities :the fact of being very good or well made.

أو الفعل، ويُقال: أجاد فلانُ في عمله، وأجودَ وجادَ عملهُ يَجُودُ جَوْدَةً، وعليه فإن المعنى اللغوي يتضمن الأداء الجيد الذي يبلغ حدًا عاليًا من الاستحكام والإتقان، وليس حداً نهائياً له.¹

ب- التعريف الاصطلاحي:

ولقد اختلف الفقهاء الغربيين في تحديد مفهوم الجودة بشكل دقيق ومفصل لأنها في تطور دائم مما يجعلها غامضة، ونجد من أبرز التعاريف تعريف الفقيه فشر "Fasher" الذي عرفها بأنها تعبير عن درجة التألق والتميز وكون الأداء ممتازاً أو كون خصائص المنتج خدمة أو سلعة ممتازة عند مقارنتها مع المعايير الموضوعية من منظور المنظمة أو منظور الزبون.² وتبعا لجوانب الجودة المتعددة التي يفرضها التقدم المتسارع في كل مرة جانبا جديدا منها، فبينما يراها البعض أنها الامتياز والتفوق، ويراها البعض الآخر بأنها عدم وجود عيوب في الصناعة أو الخدمة، أو أنها "رضا العميل" اتساقا مع ما لخصه الفقيه إدواردز ديمينج W. Edwards Deming بقوله "لست أنت الذي تحدد جودة منتجك، وإنما المستفيد منه،³ ولقد ذكر في كتابه الأخير The New Economics For Industry "يملك المنتج، أو الخدمة جودة إذا ساعد فردا معينا أو تمتع بسوق جيد ومستمر"⁴. ينما عرفتها كل معهد المعايير الوطنية ANSI وجمعية ضبط الجودة الأمريكية ASQC** بأنها "المزايا والخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة والتي تشمل على قدرتها في تلبية الاحتياجات.⁵

1 عبد الله علي الكبير وآخرون، لسان العرب لابن منظور، الطبعة الأولى، دار المعارف، القاهرة، بدون تاريخ ص1115.

2 قاسم نايف علوان المحياوي، المرجع السابق، ص24.

3 عاصم محمد حسن، نظم الجودة في منظمات غير ربحية المناهج والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر 2014، ص20.

4 المرجع نفسه، ص57.

* ANSI: American National Standards Institute وهي الجهة المسؤولة عن إصدار توثيق وعمل النسخ

القياسي للغات البرمجة المختلفة ومواصفاتها وتوحيد استخدامها على مستوى العالم، وقد تم إنشائها سنة 1918م.

** American Society for Quality Control:ASQC وهي جمعية عالمية قائمة على المعرفة تتضمن عدد من

المختصين بضبط الجودة يصل عدد أعضائها إلى 85 ألف عضو.

5 محمد عبد العال النعيمي، راتب خليل صويص، غالب خليل صويص، إدارة الجودة المعاصرة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص31.

كما يرى قاموس Merriam Websber: بأنها مصطلح عام قابل للتطبيق على أية صفة أو خاصية منفردة¹.

مما سبق يتضح الاختلاف في تعريفات الجودة في الفقه الإداري الأمر الذي وضع تطبيقات عديدة في مجموعة متجانسة تعكس ذات المنطق في فهم الجودة، فنرى أن المنظمة الدولية للمعايير* ISO قد قدمت اجتهاد في إعطاء مفهوم للجودة بشكل مفضل ودقيق بحيث ورد في تعريفها للجودة بأنها " الخصائص الكلية للكيان، (نشاط أو عملية، أو سلعة أو خدمة) أو منظمة، أو نظام، أو فرد، أو مزيج منها، التي تنعكس في قدرته على إشباع حاجات صريحة أو ضمنية².

وفي الإطار ذاته عرفت منظمة الصحة العالمية** (WHO) الجودة في الخدمات الصحية بأنها "الالتزام بالمعايير والاتجاهات الصحيحة بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، مما يؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، ونسب الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية، أو هي الجودة في تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق استعادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطرة³.

ولا بد للإشارة أن المشرع الجزائري لم يضع لحد اليوم معايير واضحة ومدققة وقوانين تحدد مهام والانشطة المهنية للأطباء أثناء مزاوله نشاطاتهم الطبية وهذا مما يؤدي إلى مخالفة مفهوم جودة الخدمات الصحية الذي جاءت به منظمة الصحة العالمية من جهة، ومما أدى في أغلب الأحيان إلى المخاطرة المتمثلة في القتل والجروح الخطأ الناتجة عن الرعونة والتقصير وعدم الاحتياط، وعدم الانتباه والإهمال الطبي، وعدم مراعاة الأنظمة.

1Merriam Websber dictionary.[online]. [12/02 /2015]. Available at: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/quality>

* ISO : International Organization for Standardization المنظمة الدولية للمعايير هي منظمة تعمل على وضع المعايير، وتضم هذه المنظمة ممثلين من عدة منظمات قومية للمعايير. تأسست هذه المنظمة في 23 شباط / فبراير 1947 ومقرها الحالي في جنيف.

2 رعد عبد الله الطائي، عبيسي قدارة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العملية للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص24.

** WHO : (World Health Organization) : وهي منظمة الصحة العالمية حيث تعد واحدة من عدة وكالات تابعة للأمم المتحدة متخصصة في مجال الصحة. وقد أنشئت في 7 أبريل 1948. ومقرها الحالي في جنيف.

3 ميسر ابراهيم الجبوري، أسير زهير رشيد التوك، المسؤولية الاجتماعية والالتزام بالجودة وانعكاساتها على القيم المنظمة منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية جامعة الدول العربية، القاهرة ، 2014 ، ص19.

إذ أنه ذكر مهام الطبيب بصفة عامة غير دقيقة، وهذا ما تنص عليه المادة اثنين وعشرون (22) من المرسوم التنفيذي رقم 09-393 و الذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية¹، بحيث نصت كالاتي " التشخيص والعلاج حماية الأمومة والطفولة الحماية الصحية في الوسطين المدرسي والجامعي، الحماية الصحية في الوسط العالي والمؤسسات العقابية، المراقبة الطبية عند الحدود، الوقاية العامة وعلم الأوبئة التربية الصحية إعادة التأهيل وإعادة التربية، الاستكشاف الوظيفي والتحليل البيولوجية ومساهمون في تكوين مستخدمي الصحة، وزيادة على المهام المسندة للأطباء العاملين، فقد كلف المشرع الأطباء العامون الرئيسيين في المادة ثلاثة وعشرون (23) من نفس المرسوم بضمان تطوير البرامج الوطنية للصحة العمومية المساهمة في إعداد مشاريع المصلحة والمؤسسة و ضمان الخبرة الطبية.

وكذلك نجد نفس الشيء بالنسبة للأسلاك الشبه الطبيين الذين تم تحديد مهامهم بصفة غير دقيقة من خلال المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية²، إذ لم يذكر الأنشطة المهنية لكل سلك على حدى مما يزيد من تقادم الخاطر وتداخل الصلاحيات ويجعل الموظف غير محمي قانونيا.

ولكن نجد المشرع الجزائري قد حدد في نفس الوقت من خلال قرارات وزارية المهام والأنشطة المهنية لكل من الأطباء أو الشبه طبيين الذين يريدون مزاوله عملهم بالقطاع الخاص ، إذ كان من المفروض كذلك تحديد المهام والأنشطة الطبية بصفة مفصلة للأطباء والشبه الطبيين الذين يزاولون عملهم بالقطاع العام.

وعلى غرار المشرع الجزائري نجد بان المشرع الفرنسي قد حدد مهام الاطباء والشبه طبيين بصفة مدققة ، فعلى سبيل المثال نجد المشرع الفرنسي قد حدد مهام الشبه الطبيين من خلال القرار رقم 1993/03/25 المتضمن المدونة العامة للأنشطة المهنية للشبه الطبيين بحيث بين من خلال هذا القرار نشاط كل سلك من الطاقم الشبه طبي .

1 المرسوم التنفيذي رقم 09-393، المؤرخ في 24 نوفمبر 2009، المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية، ج ر ج ج، الرقم 70، المؤرخة في 29 نوفمبر 2009، ص 8.

2 المرسوم التنفيذي رقم 11-121، المؤرخ في 20 مارس 2011، المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية، ج ر ج ج، الرقم 17 المؤرخة في 20 مارس 2011، ص 12.

وان هذا الفراغ القانوني الذي تركه المشرع الجزائري المتمثل في تحديد مهام سلك الأطباء والشبه طبيين تنتج عنه مخاطر مهنية كبيرة والتي تقف ضد تحسين جودة العلاج الطبي. مما أدى إلى الأخطاء الطبية التي تصعب غالبا لا على القاضي الفصل فيها لعدم تفقهه في المجال الصحي، بحيث يلجأ القاضي للاسترشاد على بالخبرة الطبية في أغلب الأحيان.

وبالعودة الى التعريفات السابقة نجد أن الجودة أمر نسبي، وفي هذا الصدد ونتيجة لإحدى الدراسات التي أجريت على 86 مديرا في شرق الولايات المتحدة الأمريكية والتي حددت الجودة بالمواصفات التالية:¹

- الكمال .
- الاتساق .
- إلغاء الهدر .
- سرعة التسليم .
- الاتفاق مع السياسات والإجراءات .
- تقديم منتج جيد قابل للاستخدام .
- أداء العمل الجيد من المرة الأولى .
- إدخال البهجة أو السرور على العملاء .
- إجمالي الخدمة و رضى العميل .

ومنه نلاحظ أن مصطلح الجودة يحمل بين طياته مفهومين، كلاهما مرتبط ارتباطا وثيقا بالآخر وكثير من الفقهاء من يساند المفهوم الأول الذي ينظر إلى الجودة من حيث مدى مطابقة الخدمة أو المنتج نفسه، بينما أنصار مفهوم الثاني والذي يرى أن الجودة ترتبط بالعلاقة بين الزبون والخدمة أو المنتج، غير أن كلا المفهومين مرتبطين بالمفهوم الأول ينظر إلى الجودة من حيث مدى مطابقة الخدمة أو المنتج للمواصفات المحددة له أما الثاني فيرى أن الجودة هي مدى ملائمة المنتج أو الخدمة للغرض الذي أنتجت من أجله².

أما من الناحية القانونية فنجد أن المشرع الجزائري لم يقدم لحد الآن تعريفا صريحا خاصا بالجودة ولكنه قد رجح المفهوم الأول الذي يرى الجودة من حيث مدى مطابقة الخدمة أو المنتج للمواصفات

1 عاصم محمد حسن، المرجع السابق، ص 57.

2 قاسم نايف علوان المحياوي، المرجع السابق، ص 25.

المحدد له، ويتجلى هذا من خلال نص المادة الثالثة (3) من المرسوم التنفيذي رقم 90-266¹ المتعلق بضمان المنتج والخدمات بحيث تقتضي المادة النص الأتي " يجب على المحترف أن يضمن سلامة المنتج* الذي يقدمه من أي عيب يجعله غير صالح للاستعمال المخصص له و/ أو من أي خطر ينطوي عليه، ويسرب مفعول هذا الضمان لدى تسليم المنتج"، أي خلو المنتج من أي عيب قبل عرضة للاستهلاك وبعد تسليمه للمستهلك.

وكذلك حاول المشرع تدعيم مفهوم الجودة بشهادة الضمان الإجبارية في المنتج، بحيث نصت المادة الخامسة عشر (15) من نفس المرسوم السالف الذكر كالآتي " شهادة الضمان إجبارية في المنتجات التي تحدد قائمتها بقرار وزاري مشترك بين الوزير المكلف بالجودة والوزير المعني أو الوزراء المعنيين."

وإن المشرع الجزائري قد نص على مفهوم الجودة في أغلب مواد المرسوم الرئاسي رقم 15-247 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية وتفويضات المرفق العام²، إذ نصت المادة ثمانية وسبعون (78) من نفس المرسوم " يجب أن تكون معايير اختيار المتعامل المتعاقد ووزن كل منها، مرتبطة بموضوع الصفقة وغير تمييزية، مذكرة إجبارية في دفتر الشروط الخاص بالدعوة للمنافسة، ويجب أن تستند للمصلحة المتعاقدة لاختبار أحسن عرض من حيث المزايا الاقتصادية ":

1/ إما إلى عدة معايير، من بينها:

- النوعية
- أجال التنفيذ أو التسليم
- السعر والكلفة الإجمالية للاقتناء والاستعمال
- الطابع الجمالي والوظيفي.

النجاعة المتعلقة بالجانب الاجتماعي لترقية الإدماج المهني للأشخاص المحرومين من سوق الشغل والمعوقين والنجاعة المتعلقة بالتنمية المستدامة، التنمية التقنية، الخدمة بعد البيع والمساعدة التقنية.

1 المرسوم التنفيذي رقم 90-266، المؤرخ في 15 سبتمبر 1990 المتعلق بضمان المنتج والخدمات، ج ر ج ج، رقم 40 المؤرخة في 29 صفر عام 1411هـ، ص 1246.

* المحترف: حسب نص المادة 02 من نفس المرسوم السابق هو منتج أو صانع أو بسيط أو حرفي أو تاجر أو مستورد أو موزع وعلى العموم كل متدخل ضمن إطار مهنته، في عملية عرض المنتج أو الخدمة للاستهلاك.
** المنتج: هو كل ما يقتنيه المستهلك من منتج مادي أو خدمة.

2 المرسوم الرئاسي رقم 15-247، المؤرخ في 16 سبتمبر 2015 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية وتفويضات المرفق العام، ج ر ج ج، رقم 50، المؤرخة في 20 سبتمبر 2015، ص 22.

شروط التمويل، عند الاقتضاء، وتقليص الحصة القابلة للتحصيل التي تمنحها المؤسسات الأجنبية. إذ يمكن تستخدم معايير أخرى، بشرط أن تكون مدرجة في دفتر الشروط الخاص بالدعوة للمنافسة.¹ والإضافة الجديدة التي حملته هذه المادة هو النظر من أجل تحسين الإجراءات الخاصة باختيار المتعامل المتعاقدة مع إضافة شروط أخرى، ، وإن تفسير سوء الخدمات في الكثير من المؤسسات الصحية يرجع لعدم وجود رقابة فعلية ومتكررة بعد عقد الصفقات مع المتعامل وعدم وجود ردع في حالة اكتشاف الفساد من طرف المفتشين المعنيين بالمراقبة.

ولقد ذكر المشرع مصطلح الجودة في المادة سبعة وستون(67) من نفس المرسوم، بحيث من بين الوثائق التي يتضمنها ملف الترشيح لتقييم قدرات المترشحين أو المتعهدين قدرات المهنية والتي تتمثل في شهادة التأهيل والتصنيف، اعتماد وشهادة الجودة عند الاقتضاء.² إلا أننا نلاحظ بان المشرع الجزائري في هذه النقطة لم يلزم شهادة الجودة على المرشحين والمتعهدين، وكان من الضروري إلزام هذه الشهادة للرفع من مستوى الخدمة.

وعليه بالرغم من الاختلافات الواردة حول هذا المفهوم فإن معظمها يحاول إبراز أن الجودة هي عملية التحسين المستمر وتلبية الاحتياجات الحالية والمستقبلية للعميل. ومن خلال ما سبق نجد أنه على الرغم من تعدد وجهات النظر في تعريف الجودة، إلا أنها تتفق حول ثلاث نقاط : إشباع حاجات العميل، تلبية متطلباته، وتحقيق رضاه.

وبناء على ما سبق يمكن تعريف الجودة على أنها مستوى الدقة والإتقان في إنتاج وتقديم السلع والخدمات الذي يجعلها مطابقة لمجموعة من صفات والخصائص والمعايير، لتكون قادرة على تلبية متطلبات ورغبات العميل (سواء كان داخلي أو خارجي) وتحقق رضاه من أول مرة وفي كل مرة.

الفرع الثاني: التطور التاريخي للجودة

كانت الجودة متواجدة قبل العصر الإسلامي ولكن بشكل معنوي فان ألقينا نظرة على الأرض الواقع وقبل آلاف من الأعوام سنجد أن مصطلح الجودة قد ورد في كثير من الأعمال التي كانت الشعوب القديمة تمارسها في حياتها اليومية أي أن المصطلح ليس بالجديد في الساحة العالمية إنما هو مصطلح قد تم العمل به منذ القدم وفي العصور القديمة، ففي القرن الخامس قبل الميلاد ورد في مجموعة من الكتب يطلق عليها "ثوث" وهي من كتب الحضارة المصرية القديمة بعض الممارسات الخدمية أو

1 على معطى الله، تقنين الصفقات العمومية وتعيوضات المرفق العام، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2016، ص 50.

2 المرجع نفسه، ص 43.

الإنتاجية حيث ذكر في هذه الكتب أن أي انحراف وتجاوز عن المعايير يعتبر جريمة. وفي عهد الإغريق طلب أبقراط من تلامذته تأدية يمين القسم على أنهم سوف يقدمون إلى زبائنهم أفضل خدمة وأفضل منتج يمكنهم تقديمها.

وإذا تدرجنا مع التسلسل التاريخي نجد أنه في عام 2000 قبل الميلاد نجد أن تاريخ الجودة يعود إلى القوانين التي وضعها حمورابي ملك بابل الذي حكم الفترة من 1750_1792. إذ أصدر شريعته المذكورة في السنة الثلاثين من حكمه ولقد عالجت موادها أنظمة قانونية متعددة ومنها ما يتعلق بنظم القانون العام ومنها ما يتعلق بنظم القانون الخاص، ونجد من ضمن هذه القوانين قانون خاص بالعقوبات المتعلقة بالأخطاء وبذلك نرى أن هذا القانون قد قام بالتوفيق والجمع بين الجودة وتكلفة الخدمة¹. على سبيل المثال في الجرائم الخاصة التي تشمل الضرر الجسدي وهي الجرائم التي تصيب جسم الإنسان إلى حد الموت وهنا تحدد العقوبة بنفس الكمية ونوع الضرر الذي وقع على المتضرر أي (القصاص) فمثلا نجد المادة (220) تنص إذا فتح طبيب محجر عين بسكين للعمليات وأتلف عينه فعليه أن يدفع فضة نصف ثمنه، وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانون يؤكد أنه لا يسمح للأطباء تغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى وقد أكدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية تحكم ممارسة الطب منذ عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر .

وبعد هذه الحقبة الزمنية ظهر بعض الفقهاء الذين بدورهم وضعوا أساسيات للجودة، شكلت مناهج إدارة الجودة فيما بعد، وأثرت بالضرورة على زوايا النظر في تعريف الجودة وتحديد متطلباتها وأولويتها. وفيما يلي سيتم استعراض مختصر لأهم هذه المبادئ، ومن أهم المؤسسين هم إدواردز ديمينج وجوزيف جوران، وفيليب كروسي، وفيجنروم، وكارو أيشكاور هؤلاء الرواد سوف يتم التعريف عليهم والتركيز على أفكارهم الأساسية وبشكل مختصر بغية التعرف على المنطلقات والأسس الفكرية لإدارة الجودة.

➤ **الفقيه إدواردز ديمينج (W. Edwards Deming)**: يعتبر الأب الروحي لجودة الإنتاج ورقابة الجودة، وهو مستشار أمريكي وحاصل على درجة الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء ولقب بأب ثورة إدارة الجودة وخلال القرن العشرين والثلاثينات من القرن المنصرم، وأثناء الحرب العالمية الثانية قام بتعليم مقررات مراقبة الجودة كجزء من جهد الدفاع الوطني في الولايات المتحدة الأمريكية، ثم قام مع

1 نزار عبد المجيد البرواري، لحسن عبد الله باشوية، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة مفاهيم أسس وتطبيقات، الطبعة الاولى ، الوراق للنشر والتوزيع ،عمان ، 2011، ص27.

زميله جوزيف جوران بتقديم هذه المفاهيم التقليدية للعمال اليابانيين بعد الحرب العالمية الثانية كجزء من برنامج الجنرال مكارترز General Macarthur لإعادة الإعمار¹. ولقد ساهم هذا الفقيه في ترسيخ صدى الجودة في قناعات اليابانيين بان تحسين الجودة سوف يفتح لهم أفقا جديدة، بالإضافة إلى تكريس قناعة لأبناء الشعب الياباني، الذي عانى من ويلات الحرب العالمية الثانية التي لم تترك موارد يستند عليها لينافس بها في السوق العالمية وتجسدت هذه القناعة بأنه أصبح عليهم من الضروري إبقاء الأمة اليابانية على قيد الحياة. وقد ساهم ديمنج بقسط وفير في إنجاح وتفوق اليابان في مجال الجودة، حيث تم تأسيس جائزة للجودة في عام 1962 وحملت اسمه عرفانا وتقديرا لإسهاماته المتميزة وذلك بواسطة الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين والمعروف باسمه المختصر (JUSE) وهو القائل "إذا أريد لي أن ألخص رسالتي للإدارة في عدة كلمات، فإنني أقول إنها جميعا تتعلق بأن اعمل على تخفيض الاختلافات"². كما حصل ديمنج على اكبر شرف في الدولة ألا وهو الرتبة الملكية للكنز المقدس ROYAL ORDER OF THE SACRED TREASURE من إمبراطور اليابان.

ويرى ديمنج أن تحقق التمييز في جودة المنتجات يتم من خلال الاعتماد على برنامج متكامل يتكون من أربعة عشر مبدأ وهي:³

- إيجاد التناسق بين أهداف المؤسسة.
- إيمان قيادة المؤسسة بالتغيير والتطوير.
- عدم الاعتماد على الفحص بهدف اكتشاف الأخطاء وتكريس. عملية بناء الجودة في المنتج لتكن أساسا للمراحل التالية لها.
- إيجاد علاقات طيبة بين المؤسسة وأطراف الجهات المتعاملة معها أساسها التفوق والتمييز في الأداء لكي يتم إسعادهم و إرضائهم، إذ أن من المهم أن لا يكون أساس هذه العلاقة السعر فقط (خلق العميل قبل السعر).
- التحسين الدائم للمنتج والخدمات المقدمة من الشركة.
- الاهتمام بعملية التدريب بشكل مستمر.

1 عاصم محمد حسن، المرجع السابق، ص59.

2 أحمد ابن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة TQM الأسس النظرية والتطبيقية والتنظيمية في المؤسسات السلعية والخدمية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، الاردن، 2013، ص31.

3 مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان 2006، ص ص 40، 41.

الفصل التمهيدي: الإطار المفاهيمي للحكمة وجودة الخدمات الصحية

- تكريس دور القيادة بعملية التطوير.
- الاعتماد على فرق العمل وتشجيعها على العمل وإبعاد الخوف عنها.
- الانفتاح بين أقسام الشركة والتخلص من الحواجز القائمة بينها.
- التخلص من عادة التهديد للعاملين وتوجيه اللوم إليهم.
- التشجيع المستمر للعاملين والتحسين المستمر لأسلوب وطريقة أدائهم.
- تكريس مبدأ الاعتزاز بالعمل لدى العاملين .
- تطوير برامج التعليم والتحسين الذاتي.
- الالتزام الدائم والجاد من قبل الإدارة العليا في المؤسسة بالجودة والإنتاجية.

واستنادا لمبادئ الفقيه ديمنج نرى انه باستطاعة الإدارة العليا في المؤسسات الصحية تحسين العلاقة بين المؤسسة الصحية والمجتمع باعتبار المستشفى احد أهم المكونات التي تقدم فيها خدمات صحية بصفة نهائية للمريض، حيث أن الصحة تتكون من عمليات مختلفة من السهل تحسينها من خلال إدارة الجودة لتشمل كل جزئيات النظام الصحي، فالجدول التالي يوضح كيفية تفعيل مبادئ ديمنج في الحقل الصحي :

| مبادئ الجودة لدى ديمنج في الصناعة | تفعيل الجودة في القطاع الصحي |
|---|---|
| 1. ضع هدف مستقر وثابت لتحسين الإنتاج والخدمات | <p>✓ حدد رسالة وقيماً أساسية للمؤسسة الصحية وتأكد من وعي الموظفين (أطباء، شبه طبيين، عمال الإدارة) واستيعابهم الكامل بها.</p> <p>✓ قيم حاجات المرضى وأحصل على التغذية الراجعة من المرضى الذي قضاوا في عملية الاستشفاء على الأقل من 3 أيام فأكثر بخصوص المدة الاستشفائية التي قضاها بالمؤسسة بغرض التحسين وتتم عملية التقديم بطريقة إحصائية إما عن طريق الاستبيان أو المقابلة.. الخ</p> <p>✓ استخدم الموارد بصورة فاعلة لتحقيق الأهداف السابقة.</p> |
| 2. اعتمد على انتهاج افكار جديدة | <p>✓ ركز على أهم النقاط التي ينبغي تغييرها داخل المؤسسة الاستشفائية لاعتماد الأفكار الجديدة على سبيل المثال: التركيز على النظافة الاستشفائية، الانضباط في الدوام، تقوية عملية الاتصال بين الإدارة والطاقم الطبي والشبه الطبي.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>✓ نور الأفراد من الأطباء وشبه الطبيين وعمال الإدارة كي يمكن تطبيق مبادئ الجودة بفعالية.</p> <p>✓ أحشد الموارد اللازمة لتدريب الأطباء والشبه الطبيين والتقنيين على مفاهيم الأفكار الجديدة و مبادئها، وكيفية توظيفها داخل المؤسسة الصحية.</p> | <p>للتطوير.</p> |
| <p>✓ ركز على تحسين عمليات الاستشفاء والعلاج بدلا من التركيز على مخرجات العلاج فقط.</p> <p>✓ أفحص عمليات الاستشفاء والعلاج من خلال التغذية الراجعة من المرضى الذين هم في حالة استشفاء والمرضى الذين خرجوا من المستشفى، عدم الاعتماد على الإحصائيات المقدمة من طرف مكتب الدخول ومختلف المصالح الاستشفائية الذي قد يكون أحيانا مضللا وغير منصف</p> | <p>3. تخلص من استخدام أساليب التفتيش والفحص الشامل لتحقيق الجودة.</p> |
| <p>✓ التخلص من قبول أرخص العروض لشراء المعدات والتجهيزات الطبية الضرورية للمؤسسة.</p> <p>✓ التخلص من قبول أرخص العروض لشراء لوازم التغذية الخاصة بالمريض.</p> | <p>4. إيجاد علاقة طيبة بين المؤسسة والجهات المتعاملة أساسها التفوق والتميز في الأداء أي أن لا يكون أساس هذه العلاقات السعر فقط (خلق العميل قبل السعر).</p> |
| <p>✓ احرص على إدخال السجلات المميكنة للمرضى وربطها مع نظام التغذية والصيدلي، واستحداث نظام لعرض نتائج الأشعة والفحوص ونظام لجدولة صرف الأدوية ومراجعة الطوارئ ونظام لضبط الجودة لقسم الأشعة، وإدخال نظام</p> <p>✓ (HACCP Analysis Hazasd Contro Point) وهو نظام أوصت به منظمة الصحة العالمية بشأن التغذية وهذا لتحسين عمليات استشفاء المريض والتقليل من المخاطر وحث العاملين على استخدامها بعناية وإتقان.</p> <p>✓ إدخال لوائح وشروط لمتابعة صيانة أجهزة المختبرات لضمان نتائج صحية.</p> <p>✓ إدخال المقررات والبرامج الجديدة التي تلبي حاجات مختلف شرائح المجتمع.</p> | <p>5. إدخال التحسين المستمر لكل العمليات والأنشطة والخدمات المساعدة.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>✓ حدد الحاجات التدريبية للأطباء وشبه الطبيين والإداريين وموظفي المؤسسة الصحية، وضع برامج تدريب المناسبة لتلبيتها برؤية مستقبلية واضحة المعالم.</p> <p>✓ ضرورة اختيار برامج تدريب للأطباء وشبه طبيين يساير آخر المستجدات في المجالات الطبية والجراحية وكيفية استعمال التجهيزات الحديثة في العالم.</p> <p>✓ اختيار المواضيع المهمة في التكوين الخاص وإدارة الصحة والتي تشمل (تسيير الميزانية، تسيير المستخدمين، تسيير المصالح الصحية).</p> | <p>6. الاهتمام بعملية التدريب بشكل مستمر.</p> |
| <p>✓ أختار قادة (مدير، نواب المدير، رؤساء المكاتب) يمثلون الكفاءة في أحداث التغيير المطلوب في المؤسسة الصحية وتحسين جودة مخرجاتها وبرامجها.</p> | <p>7. تكريس دور القيادة بعملية التطوير.</p> |
| <p>✓ أبتكر أساليب جديدة لتقييم العمال، ولا تجعل مصير العامل مرهونا بنقطة المردودية والراتب الشهري.</p> <p>✓ نوع في أساليب تقويم أداء الرؤساء المصالح، رؤساء المديرات الفرعية، ورؤساء المكاتب، ورؤساء المصالح الصحية.</p> <p>✓ أحرص على كشف نواحي القوة والضعف في الأداء وزود بالتغذية الرجعية.</p> | <p>8. أزل الخوف على المرؤوسين.</p> |
| <p>✓ أخلق فرص الاتصال والتعاون المستمر بين دوائر المؤسسة الصحية.</p> <p>✓ التخلص من الصراعات الداخلية بين الدوائر لما تتركه من أضرار للمؤسسة الصحية.</p> | <p>9. أزل العوائق التنظيمية داخل المؤسسة.</p> |
| <p>✓ أبحث في سبب المشكل شخصيا وعالجه بالطرق الحديثة التي ترجع بالمرودود الجيد للمؤسسة الصحية.</p> <p>✓ لا تكتفي بإبلاغ العاملين في المؤسسة الصحية بضرورة بلوغ الجودة بل وفر لهم كل المستلزمات تحقيقها.</p> | <p>10. التخلص من عادة التهديد للعاملين وتوجيه اللوم وتجنب الشعارات والنصائح.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>✓ ترقية جميع العاملين الذين يقدمون مردود عالي للمؤسسة ✓ خلق مناصب عمل دائمة للموظفين العاملين بالإدماج وتشجيعهم لتقديم المزيد من العطاء للمؤسسة الاستشفائية. ✓ حسن توظيف العامل في مجال البارع فيه وتحس أنه سيقدم المزيد في المجال المراد أن يكون فيه. ✓ التشجيع المعنوي المستمر للعامل والاستماع إليه.</p> | <p>11. التشجيع المستمر للعاملين والتحسين المستمر لأسلوب وطريقة أدائهم.</p> |
| <p>✓ قدم مكافآت للموظف المتميز في ضوء إنجازاته الفردية في ميدان العمل، وليس بمقارنته بأقرانه في المؤسسة الصحية، ✓ أتبع نظاما لتقييم عمل الموظف برؤية مستقبلية في المؤسسة الصحية، وليس على المدى القصير. ✓ أغرس روح مبدأ الاعتزاز بالعمل والجودة والإتقان التي حثت عليها الشريعة الإسلامية لدى العاملين خلال الاجتماعات الدورية.</p> | <p>12. تكريس مبدأ الاعتزاز بالعمل لدى العاملين</p> |
| <p>✓ أحرص على التنظيم المستمر للدورات التدريبية المجانية لموظفي المؤسسة. ✓ أحرص على استفادة نسبة كبير من العمال على الدورات التكوينية. ✓ تشجيع الموظف باستمرار على تطوير وضعه المهني وتحسين مهاراته وقدرته في العمل. ✓ ضع جميع التسهيلات للأطباء المختصين لحضور ملتقيات وأيام الدراسة داخل وخارج بلده. ✓ تشجيع الأيام الجراحية لتبادل المعارف والمهارات التطبيقية والنظرية.</p> | <p>13. تطوير برامج التعليم والتحسين الذاتي.</p> |
| <p>✓ وضح للموظفين أهمية أحداث التغيير في المؤسسة الصحية. ✓ بين للموظف أن الجودة ليست نزوة إدارية بل التزام مستمر بتحسين المخرجات الصحية في المؤسسة، وارتقاء بخدماتها إلى الأفضل.</p> | <p>14. الالتزام الدائم والجاد من قبل</p> |

| | |
|---|--|
| <p>✓ وضح للعاملين أهمية الأهداف المسطرة في لوحة القيادة وضرورة الوصول للارتقاء بجودة الخدمة الصحية.</p> <p>✓ تكثيف من ورشات العمل لمناقشة مدى فعالية الأهداف المسطرة من خلال المؤشرات الموضوعية في لوحة القيادة.</p> <p>✓ إشراك الجمعيات المرتفعة بالصححة لتكريس أهمية التغيير في المؤسسة الصحية.</p> | <p>الإدارة العليا في المؤسسة بالجودة والإنتاجية.</p> |
|---|--|

الجدول رقم 01: تفعيل مبادئ الجودة لدى ديمنج بالصناعة في القطاع الصحي

[الجدول من إعداد الباحث]

➤ **الفقيه جوزيف جوران (JOSEPH JURAN):** عمل جوزيف جوران بشركة ويسترن الكتريك ELECTRICS WESTERN كمهندس صناعي، وعمل على تدريب مبادئ الجودة لليابانيين خلال الفترة الخمسينيات الأمر الذي كان له الأثر في نجاح برنامج الجودة التي طبقت في تلك الفترة.

ومن الأفكار الأساسية التي أسهم فيها في هذا المجال:

(1) أن الجودة يجب أن تكون على المستويين هما:¹

أ_ **على مستوى المؤسسة:** من خلال دورها في تقديم منتج ذو جودة عالية، من خلال قيامها بالعديد من الأنشطة مثل بحوث التسويق، وتطوير المنتج، وطريقة التصنيع، وتخطيط الإنتاج وعمليات الشراء والرقابة على عملية الإنتاج، والفحص والاختيار للوحدات المنتجة و المشتريات، وعملية البيع يجري فيها دراسة عن درجة رضا العميل للحصول على المعلومات المسترجعة والتي من خلال يتم إجراء التعديلات المناسبة، وكذلك دور المدراء في تشجيع الأفراد وترسيخ الجودة في أعمالهم.

ب_ **على مستوى كل قسم من أقسام المؤسسة:** من خلال كل قسم داخل المؤسسة في القيام بعمليات الإنتاج والتصنيع وتقديم خدمات الإسناد المختلفة بمستوى مرتفع من الجودة.

ويعد جوران من أوائل رواد الجودة: حيث قام بتأليف عدد كبير جدا من الكتب والمقالات العلمية في هذا الخصوص، ولقد لخص أفكاره عن الجودة في عشرة نقاط وهي:²

1 المرجع نفسه، ص 56.

2 أحمد ابن عشاوي، المرجع السابق، ص 34.

- الاهتمام بعملية التنظيم من أجل تحقيق الأهداف المنشودة وذلك من خلال عدد من الإجراءات على سبيل المثال، تكوين مجلس للجودة وتحديد المشكلات واختيار المشاريع وتعيين أعضاء فرق العمل وتعيين منسقين للجودة.
- الاهتمام بعملية التدريب.
- الاهتمام بتنفيذ مشاريع تساعد المؤسسة في حل مشكلاتها.
- الاهتمام بتقديم تقارير دورية وشاملة عن وضع المؤسسة.
- تشجيع العاملين وحثهم على تحسين الأداء وذلك من خلال ما يقدمون من خدمات متميزة.
- الاهتمام بعملية الاتصال بين أقسام المؤسسة وتركيز على أهمية التغذية العكسية كوسيلة التوصيل النتائج للأقسام المعنية.
- الاهتمام بتوثيق النتائج وتسجيلها على شكل بياني.
- الاهتمام بعملية التوسع وذلك من اعتبار التحسين السنوي جزءا لا يتجزأ من نظم المؤسسة وعملياتها المختلفة.

من خلال التجارب الطويلة في الإدارة يرى جوران أن ما يقارب (80%) من عيوب الجودة ناتج عن عوامل متعددة تستطيع الإدارة التحكم فيها، وعلى هنا الأساس يؤكد جوران أن على الإدارة العليا في أية مؤسسة الاهتمام بعملية التحسين المستمر للجودة.

➤ **الفقيه فيليب كروسبي (Philip B. Crosby):** بدأ فيليب كروسبي حياته العملية بوظيفة مشرف خطوط إنتاج شركة (ITT) الأمريكية وتدرج في عدة مناصب فيها حتى وصل إلى منصب نائب مدير وقد شغل هذا المنصب لمدة 14 عاما، وقد ساعدته هذه الخبرة الطويلة على إصدار كتابين في مجال الجودة الأول بعنوان (QUALITY IS FREE) والثاني (QUALITY WITHOUT TEARS).¹ ولقد قدم **crosby** أربعة مسلمات لإدارة الجودة هي²:

- تعريف الجودة: وتعني مطابقة الاحتياجات.
- نظام لتحقيق الجودة: المنهج العقلاني لمنع المعيب.
- معيار الأداء: المعيار الوحيد للأداء هو المعيب الصفري ويقصد به أن المعيار الأساسي للأداء في المؤسسة هو (منتج بلا عيب).

1 مأمون سليمان الدراكعة، المرجع السابق، ص 55.

2 محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 51.

• القياس: مقياس الأداء هو كلفة الجودة أي أنه يمكن قياس الجودة من خلال مقدار الثمن النقدي أو العيني الذي تدفعه المؤسسة نتيجة عدم مطابقتها لمنتجاتها للمواصفات الموضوعية، فكلما زاد مقدار هذا الثمن دل على وجود جودة مرتفعة في هذه المؤسسة.

➤ **الفقيه فيجنبوم A.V. Feingenbaum** : لعل جهود فيجنبوم كانت هي المدخل الرئيسي في تطوير مفاهيم جودة الخدمات ولقد قدم أرمائد فيجنبوم ضبط الجودة ليعكس الالتزام الكلي لجهد الإدارة و الموظفين في المنظمة من أجل تحسين الجودة وجعلها عملية مستمرة وقد تبنى اليابانيون هذا المبدأ وأرجعوا إلى ضبط الجودة على مستوى الشركة، لقد اعتقدوا بأن الموظفين في كل المستويات المنظمة يتم قيادتهم من الإدارة العليا لتحسين الجودة المستمرة¹، بحيث أرادا فيجنبوم تبين أن المسؤولية يجب أن تكون على من يؤدون العمل، وهذا يعني أن كل عامل يجب أن يكون مسؤول عن أداء عمله بجودة متميزة².

و عليه يمكن أن نلخص في الجدول التالي أهم المفاهيم و العناصر الرئيسية التي ركز عليها فقهاء الجودة³.

| المفكر | رؤية حول أهم العناصر الرئيسية لإدارة الجودة |
|-------------------|--|
| ديمنج (DEMING) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ التوجه نحو تقييم عملية (أو عمليات أو إجراءات) ✓ استخدام الإحصاءات. ✓ ضرورة طرد أو إزالة الخوف من مخيلة الموظفين ✓ خفض درجات الانحراف عن مستويات القياسية لأداء الخدمات. |
| جوران (juran) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ إشراك جميع الطاقم الإداري في موضوع الجودة. ✓ التخطيط للجودة ✓ الرقابة على الجودة ✓ تحسين الجودة |
| كروسبي | <ul style="list-style-type: none"> ✓ العيوب الصفرية ✓ تكلفة كلفة الجودة |

1 محمد عبد العال النعيمي وآخرون، المرجع السابق، ص 51.

2 مأمون سليمان الدراكعة، المرجع السابق، ص 58.

3 عاصم محمد حسن، المرجع السابق، ص 66.

| | |
|---|---------------------------|
| ✓ شعارات الجودة | (CROSBY) |
| ✓ نظام الجودة الشاملة ✓ تصميم الجودة ✓ التوجه نحو العميل (المستفيد) | فيجنبوم (feigenbaum) |
| ✓ استخدام الإحصاءات ✓ حلقات الجودة ✓ إشراك الموظفين | إيشيكاوا (ICHIKAWA) |

الجدول رقم 02: رؤية أهم المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة.

الفرع الثالث: مراحل تطور مفهوم الجودة

لقد استمرت مفاهيم الجودة التي وضعها المؤسسون الأوائل في التطور تبعاً للاحتياجات الظرفية وكنتيجة لطبيعية التطور في مجالات الأعمال، يمكن تلخيص المراحل التي قطعتها مفاهيم الجودة في رحلتها التطورية في التالي:

1- مرحلة الفحص والتفتيش:¹ وتهدف هذه المرحلة إلى منع وصول المنتج المعيب إلى الزبون.

فالتفتيش هو طريقة للتحقق من المنتج يطابق المتطلبات المحددة وأنه حينما يتم تزويد منتج أو إنتاجه أو إصلاحه أو إعادة تشغيله أو تعديله، فإنه يجب تعريضه للتفتيش والفحص، ومن أجل التأكد من أنه يلبي المتطلبات المحددة، وتصحيح أي عيوب قد تظهر فيه قبل تحريره إلى المرحلة التالية. ويتطلب على المؤسسة وضع إجراءات موثقة، تحدد أعمال التفتيش الواجب القيام بها، للتحقق من مطابقة المنتجات للمتطلبات المحددة بدءاً من المواد الأولية وانتهاءً بالمنتجات التامة.

بعد ذلك يتم التمييز بالمنتجات المطابقة عن المنتجات غير المطابقة في جميع مراحل الإنتاج وهذا يشمل تمييز المنتجات الجاهزة للانتقال إلى المرحلة التالية للتصنيع أو التسليم وما إذا كانت هذه المنتجات قد اجتازت جميع العمليات المعاينة بنجاح.

1 عبد الحق سائحي، محمد خثيري، محاولة لدراسة إدارة الجودة في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، المجلد 17، العدد 1، 2007، ص 09.

2- **مرحلة المراقبة الإحصائية للجودة:**¹ أساس هذه المرحلة المبادرات الأولى لإدوارد ديمينج في سعيه المستمر لجمع المعلومات على مستوى الجودة من خلال الرقابة على عملية الإنتاج واستخدام الأساليب الإحصائية لتحليلها، ومن بعد تحولت الأقسام المعنية بالفحص إلى المختبرات لرقابة الجودة كانت مهمتها الأساليب هي تقديم نظريات وطرق جديدة لعملية الفحص يمكن بواسطتها تسهيل عملية الرقابة على الجودة والإقلال من الجهود المبذولة في رصدها، وكانت الأداة الأساسية في هذه المرحلة هي خرائط مراقبة الجودة التي قدمها والترشيوارت " Shewart Walter " و أساليب فحص العينات التي أبتكرها دوج " Dogre " .

3- **مرحلة التأكيد:**² وتسمى هذه المرحلة بمرحلة تأكيد الجودة وامتدت من الخمسينيات حتى الستينيات، ومع استمرار النظرة للجودة على أنها مشكلة تتطلب خلاصاً، بالإضافة إلى ذلك أصبحت المسؤولية لا تقتصر على إدارة واحدة تتحكم بالجودة حيث أدركت المنظمات أن للجودة ينبغي أن تكون مسؤولية المنظمة إذا أريد الحيلولة دون تدهورها، وفي هذه المرحلة أصبحت الجودة جزءاً لا يتجزأ من مخطط المنظمة وأصبح تنسيق الجودة بين الأقسام والمجموعات المختلفة على أسس الأولويات .

4- **مرحلة الجودة الشاملة:** ظهور مفهوم الجودة الشاملة (TQM) في منتصف الثمانينات من القرن الماضي وذلك في أعقاب أزمة النفط والركود الاقتصادي الذي تبعها في السبعينات الميلادية، إذ تعتبر الجودة الشاملة طريقة حديثة لإدارة المؤسسات وهي مبنية على تعاون كل أقسام المؤسسات لتحسين والحفاظ على جودة المنتجات لإرضاء الزبون، ويكون أكثر اقتصادياً للمنتج³.
فجاء منهج إدارة الجودة الشاملة والذي يعتبر كذلك تطويراً للجودة الشاملة (TQM) لينادي بالتالي:

- مشاركة كل فرد في المنظمة في عملية تحسين الجودة.
- أتساع مفهوم الجودة لأبعد من جودة المنتج فحسب.
- إظهار الإدارة العليا بدءاً بضابط التنفيذ الرئيسي وضابط العمليات الرئيسي شمولاً قوياً وقيادة واقعية.
- توجه التركيز إلى تحقيق رضا العملاء.
- مشاركة الأطراف الخارجية أيضاً في جهود الجودة الشاملة.

1 عاصم محمد حسن، المرجع السابق، ص 67.

2 قاسم نايف علوان المحياوي، المرجع السابق، ص 29.

3 K.ishikawq ,Manuelpartique de gestion ,Afnor ,Paris ,1986,p :10

المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية

تعتبر الخدمة التي تقدمها المؤسسات الصحية غير ملموسة، مما يدفعها باستمرار لتقييم خدماتها المقدمة إلى المجتمع قبل ظهور الحاجة إليها، وفي معظم الحالات تقدم خدمات الرعاية أنياً حين الطلب عليها، وهذا ما يجعل عملية تقديم الخدمة تتطلب السرعة والدقة والجودة وخاصة في المستشفيات حيث المنافسة الشديدة في ظل مؤسسات القطاع الخاص والعام بهدف تحقيق النجاح، ولتحقيق مثل هذا النجاح يتوجب على المؤسسات الصحية بناء حساباتها المتوازنة والصحية التي تشمل التكلفة المعقولة و مفردات الخدمات المتميزة، مع التركيز الشديد على تأمين العلاقات الحميمة مع الزبائن¹ والجدير بالذكر يكون من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط أنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، والخدمات لا تبتعد عن هذا المضمون كثيراً. لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمات الصحية، إلا أن كل منها يمكن أن يعطي اتجاهاً محدداً وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم في بعض الأحيان.

ولتعدد المفاهيم يقتضي إبراز أهم التعريفات التي وردت بخصوص الخدمة وخصائصها في الفرع الأول، ثم نوضح العلاقة بين الصحة والصحة العمومية في الفرع الثاني، وأبعاد جودة الخدمة الصحية وخصائصها في الفرع الثالث.

الفرع الأول: تعريف الخدمة وخصائصها

قبل التطرق إلى التعريف بالخدمة الصحية وخصائصها يجب أن ننفذ على بعض التعريفات الواردة على الخدمة وخصائصها من جهة والصحة من جهة أخرى.

أ-التعريف اللغوي: والخدمة جمعها خِدْم، خَدَمْتُ. ومصدرها خَدَم وتعني خدمة مساعدة أو فضل هدية، منحة، عناية واهتمام. وأية خدمة تعني إي تحت تصرفك، ومستعد لخدمتك، وخدمات صحية تعني فحوص وعلاج وغيرها.

ب-التعريف الاصطلاحي: ولقد عرفها محمد توفيق ماضي بان الخدمة " الأنشطة التي تكون إلى حد ما ذات طبيعة غير ملموسة وغير عادية".²

1 سليمان زيدان، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2010، ص 203.

2 محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدماتية، مجلة المنظمة العربية للتنمية الإدارية . العدد 358، مصر، 2002، ص 13.

أما عن رائد المدرسة الحديثة للتسويق الفقيه كوتلر فليب " Kotler Philipe " فعرفها على أنها " أي فعل أو أداء يمكن يحققه طرف لطرف آخر يكون في جوهره غير ملموس، ولا يترتب عليه أي ملكية وأن إنتاجه قد يرتبط للمنتج مادي وقد لا يكون"¹

ويعرفها احمد السيد مصطفى على أنها "نشاط يؤدي إلى إشباع حاجة أو حاجات معينة لدى العميل"²

كما يعرفها هاني حامد الضمور قائلا أن "الخدمات بالأصل أنشطة أو فعاليات غير ملموسة ونسبيا سريعة الزوال ، وهي تمثل نشاطا أو أداء يحدث من خلال عملية تفاعل هادفة الى تلبية توقعات العملاء وإرضائهم، إلا أنها عند عملية الاستهلاك الفعلي ليس بالضرورة أن ينتج عنها نقل للملكية"³

وقد عرفت أيضا بأنها " المنتج غير المادي يحتوي في مضمونه على عمل وأداء لا يمكن امتلاكه ماديا"⁴ والشيء المميز في هذا التعريف هو إضافة خاصية جديدة للخدمة وهي كونها لا تمتلك ماديا من قبل مشتريها ويعني ذلك إمكانية الانتفاع منها دون امتلاكها لكون الخدمة أساسا غير ملموسة " .

وأخيرا فقد عرفت بهذا الاتجاه على انها "جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا والقبول لدى المستهلك مقابل ثمن ودون ان يتضمن تقديمها أي خطأ"⁵ والشيء المميز في هذا التعريف هو التوضيح بان الخدمة لكي تحظى برضا المشتري يجب ان تقدم دون خطأ. ولعل هذا الأمر يبرز بالخدمة الصحية أكثر من أي مجال آخر تقدم به الخدمات.

وهذا يعني أن تأكيد مسألة الجودة (Qualité) في تقديم الخدمة وهو بحد ذاته يمثل إستراتيجية متقدمة في العمل الإداري للمؤسسة الصحية عند تقديمها للخدمات الصحية للمواطنين.

ومن خلال ما تقدم نحاول إعطاء تعريفا يتضمن النقاط المشتركة التي أكدت عليها التعاريف السابقة المتعلقة بالخدمة وهو على النحو التالي:

1 Philcpe Kotler , et autres, Marketing ,publie ennio, Paris,11eme édition, 2003, p462.

2 أحمد السيد مصطفى، إدارة الإنتاج والعمليات في الصناعة والخدمات، الدار الجامعية، مصر، 1999، ص28.

3 هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، ، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2002، ص21.

4 Lancaster,Geoff&.massingham,lester Essentials of marketing2nd ,Mcgrawhall,inc2001 p206.

5 ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص ص 56، 57.

إن الخدمة هي عبارة عن فعاليات وأنشطة متسلسلة أو أداء يمكن أن يحققه طرف لطرف آخر تغلب عليها خاصية اللاملموسية، تقدم بغرض إشباع حاجة أو حاجات معينة لدى العميل، إلا أنه ليس بالضرورة أن ينجم عنها نقل للملكية عند استهلاكها بالإضافة إلى ضرورة تحقيق الرضي لدى طالبها. وتأسيساً على هذه التعاريف يمكن تحديد الصفات الأساسية للخدمات عامة، وهذا لكي يتم تحديد انعكاس هذه الصفات على طبيعة العمل الإداري للمؤسسات الصحية (المستشفيات) في تعاملها مع الجمهور. وهذه الخصائص هي:¹

أ- **اللاملموسية (Intangibility):** وتعني بأنه من غير الممكن اختيارها، مشاهدتها لمسها، سماعها قبل أن تتم عملية شرائها، وخصوصاً لذلك الشخص الذي لا يمتلك تجربة سابقة في الخدمة المقصودة. وعليه فإن الرأي أو الاتجاه المتراكم لدى الفرد عما سبق له من استخدام أو انتفاع من الخدمة نفسها يحدد مستوى ملموسيتها له من عدمه، وبالتالي الإشباع المتولد منها.

ب- **التلازم (Inseparability):** تربط الخدمة عموماً بعملية الاستهلاك المباشر لها إذا أن المنتج يمكن أن يمر بمراحل التصنيع والتخزين والبيع. ليتم استهلاكه في مرحلة أخيرة. بينما الخدمة تمثل حالة استهلاك مرتبطة مع وقت إنتاجها " At the sametaime " أي انها تنتج وتباع للاستهلاك أو الانتفاع منها في الوقت ذاته.

وهو الحال في الخدمات الشخصية، المقدمة أو العلاج الصحي وعموماً يمكن القول بأن الخدمات لا يمكن أن تمنح شخصياً أو تخول إلى غير منتجها لأنها متلازمة معه.

ج- **التباين (Heterogeneity):** يكون من الصعب في بعض الأحيان المحافظة على مستوى واحد من المعيارية في المخرجات لذات الخدمة المقدمة للفرد، ولعل ذلك يعود إلى المحددات المؤثرة في مدخلات إنتاج الخدمة، ممثلة بالمواد التي تتطلبها الخدمة، التوقيت، السرعة، الأدوات المستخدمة، التي تنعكس جميعها على معيارية الأداء للخدمة ودرجة تماثلها.

د- **الهالك (Perishability):** وهي إن الخدمة لا يمكن تخزينها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، وأنها لا تتجاوز زمنياً الطلب المتحقق عليها وخصوصاً إذا كان الطلب متقلبا أو غير مستقر للخدمات التي يطلبها الأفراد، كما هو في مجال النقل، السياحة والعلاج الطبيعي.

1 المرجع نفسه، ص 59 .

هـ- **عدم التملك (Lack of Ownership)**: نعني بذلك أن الخدمة يمكن الانتفاع منها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليه، كما هو الحال في استخدام سيارة الأجرة، والهاتف العمومي والفندق والوقود في المستشفى... الخ، كلها حالات تمثل انتفاع الشخص من هذه الخدمات مقابل ما يدفعه من نقد، إلا أنه لا يحق له امتلاك الجوانب المادية التي تنتج عنها الخدمة.

الفرع الثاني: علاقة الصحة بالصحة العمومية

ليس من السهل تعريف الصحة كما أن قياسها أصعب، إذن التمتع بالحالة الصحية والجيدة لا يعني مجرد الحياة، ما يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها، ولكون الصحة مطلب أساسي لكل فرد ومجتمع، والانشغال بصوتها، والارتقاء إلى أقصى حد ممكن بها، لهذا نجد أن التعريف اللغوي والاصطلاحي يذهب إلى أبعد من ذلك.

1- الصحة لغة: تعني الصحة في لسان العرب لابن منظور، ذهاب المرض، وهي خلاف السقم، ويرد

فيه السقم بمعنى المرض، أما المرض فهو، فيه، السقم ونقيض الصحة¹.

2- الصحة اصطلاحاً: تعرف الصحة في الاصطلاح بأنها، حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم

الناجمة عن تكيفه مع عوامل البيئة المحيطة. وهو مفهوم فيه دلالة على أتساع أبعادها، واعتماد تعزيزها والارتقاء بها على السلامة والكفاءة الجسمية والعقلية وارتباطها بالسياق الاجتماعي والثقافي والعلاقات مع الغير. ويتوقف مدلولها، في عبارة أخرى مكافئة على التوافق بين صحة الجسم، والنفس والمجتمع في إطار القيم².

كما ذهب البعض إلى أن الصحة " عبارة عن حالة إيجابية يوتر الشخص بها من خلال تفاعله مع الظروف الاجتماعية والثقافية السائدة بدور فعال في تحقيقها أو غيابها، ويصعب فهمها دون الأخذ بالظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية السائدة في مجتمع من المجتمعات بعين الاعتبار³.

كما ورد في تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS) في المادة الأولى من ميثاقها، أثناء الندوة العالمية بنيويورك بتاريخ 1946/07/22، بنصها على أنها " حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً

1 أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور الإفريقي المصري، لسان العرب، المجلد الثاني، دار صياد، بيروت ص ص 288، 289.

2 المرجع نفسه، ص 219.

3 خالد سعد أنصاري يوسف، المرجع السابق، ص ص 151، 152.

واجتماعيا، لا مجرد الخلو من المرض أو العجز¹. ويمكن استخلاص غاية مهمة من هذا التعريف، أن الصحة ليس مجرد الخلو من المرض أو العجز، بل يجب مراعاة السياق البيئي للأسنان، الذي يقضي فيه معظم حياته، بالإضافة إلى أنها حالة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية. كما يعرف البنك الدولي أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي يحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير².

➤ **تعريف الصحة العمومية:** تعرف الصحة العامة بأنها العلم والفن في الوقاية من المرض، وإطالة العمر وتعزيز الصحة البدنية والكفاءة من خلال تنظيم جهود المجتمع من أجل النظافة الشخصية وتنظيم خدمات التمريض للتشخيص المبكر والعلاج الوقائي من المرض، وتطوير الآليات الاجتماعية التي تكفل لكل فرد مستوى من المعيشة كافي للإنفاق على الصحة وتنظيم هذه الفوائد بهذه الطريقة يمكن كل فرد من تحقيق مكاسب الصحة وإطالة العمر³.

وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة العمومية " مجموعة الوسائل التي تهدف إلى تحسين الحالة الصحية داخل مجتمع ما، وهي العلم الذي يمنع ظهور الأمراض ويمدد أمل الحياة ويحسن الصحة والنشاط الذهني والفيزيائي لأفراد المجتمع"⁴.
ومن بين الوظائف الأساسية للصحة العمومية:⁵

- تحري المشاكل ومكافحة الأخطار التي تهدد الصحة العمومية.
- بحوث حول الصحة العمومية.
- تحليل وتقييم الحالة الصحية.
- برامج تعزيز الصحة والوقاية.
- التخطيط والإدارة.
- الحد من تأثيرات الكوارث على الصحة.

1 Genieve Giudicelli-Delage: Droit a la protection de la lasenté et droit penal en France Rev.S.C ,1996,p13.

2 إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث، الجزائر، 2009، ص 18.

3 خالد سعد أنصاري يوسف، المرجع السابق، ص 154.

4 Rachele Poigant , santé Publique. édition Estem, Paris,2005,P:13

5 العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، دار هومة، الجزائر، 2014، ص14.

• ضمان الجودة في الخدمات الصحية للفرد والسكن.

• تقييم وتعزيز تغطية الخدمات الصحية لتسهيل عملية الوصول إليها.

وخلاصة القول إن الصحة العمومية تعمل لضمان الظروف اللازمة لنمو الإنسان السليم من الناحية البدنية والعقلية والاجتماعية وتقدم جميع الأفراد في المجتمع، ومن هنا نستخلص أن الصحة هي قرينة للصحة العمومية فكما كانت الصحة العمومية بحالة جيدة ستأثر بالإيجاب على الصحة.

الفرع الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحية وخصائصها

قبل التطرق إلى جودة الخدمة الصحية وخصائصها من الواجب أن نعرض على مفهوم الخدمة الصحية. ولقد عرف المشرع الجزائري الخدمة في المرسوم التنفيذي رقم 90 - 39 المتعلق برقابة الجودة وقمع الغش، وطبقا للمادة الأولى (1) فقد عرفت الخدمة " كل مجهود يقدم ما عدا تسليم منتج ولو كان هذا التسليم ملحقا بالعقود المقدم أو دعما له¹.

وهناك من يرى أنه من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد، لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والبعاد، والخدمات لا تبتعد عن هذا المضمون كثيرا، لذا يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة، إلا أن واحد منها يمكن أن يعطى اتجاها محددًا أو إن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم.

ولابد للإشارة لمفهوم الخدمة الصحية الذي يأخذ طابع آخر بحيث تكون هذه الخدمة تتميز عن باقي الخدمات الأخرى، وقد اختلفت تعاريف الخدمة الصحية باختلاف آراء الكثير من الباحثين والكتاب حيث تم تعريفها:

أ- **تعريف الخدمة الصحية:** وتعرف بأنها " مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد من الخدمة"²، فمثلا عند إجراء عملية جراحية ومبيت المريض في المستشفى، وبعد الحصول على خدمة الجراحة والإيواء وخروج المريض من المستشفى فإنه لا يأخذ معه ولا يمتلك السرير ولا أدوات ولا أي سلعة في المستشفى، ويمكن القول أن الخدمات الصحية هي عبارة عن³:

• منافع صحية تعرض للبيع مثل: إزالة الألم، إزالة التعب، تخفيض الحرارة، التخلص من الصداع تحقيق الراحة النفسية...الخ.

1 المرسوم التنفيذي رقم 90-139، المؤرخ في 30 جانفي 1990 المتعلق برقابة الجودة وقمع الغش، ج ر ج ج، رقم 05 المؤرخة في 31 جانفي 1999، ص 202.

2 ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 98.

3 المرجع نفسه، ص 98.

- خدمات غير ملموسة ولكن يتم تقديمها بمساعدة سلع ملموسة، مثل أخذ حبة دواء للتخلص من الصداع.
 - خدمات غير ملموسة ولا يتطلب الاستعانة في تقديمها بسلع ملموسة: خدمات الرعاية النفسية مراعاة الحالة النفسية للمريض... الخ.
 - بالإضافة إلى ما سبق فإنه يمكن تعريف الخدمة الصحية من خلال الأبعاد التي تتضمنها، حيث يعرفها ثامر ياسر البكري بأنها " العلاج المقدم للمرضى سواء تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً، ينتج عنها رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى، والميول لأن يكون بحالة صحية أفضل"¹ وحسب هذا التعريف توجد ثلاث أبعاد للخدمة الصحية، وهي:²
 - الصفة المميزة للخدمات: ترتبط أساساً بجوهر الخدمات الصحية، وتتضمن الإجراءات التشخيصية والعلاجية.
 - المنافع المرجوة من الخدمة : وتشمل المنافع التي يحصل عليها المريض مقابل الاحتياجات الصحية، وتسمى هذه المنافع أحياناً بحزمة الرضا المتحقق للعميل، والمتضمنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدي بشكله الملموس وغير الملموس، وبما يؤدي إلى الشعور بالاطمئنان للعمل المؤدي.
 - الخدمات المساندة: وهي العناصر المضافة إلى جوهر الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، مثل: نظام حجر المواعيد، خدمات الاتصال التليفونية.. الخ.
- وهناك من عرف الخدمة الصحية على أنها³:

1- الوقاية Prerntiv

2- العلاجية Curative

3- الأشعة X-ray/radiology

4- الطب الإتصالي Madicime-te le

5- التمريضية Nusing

6- المخبرية Pobratorg

1 ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان، 2005، ص 168.

2 المرجع نفسه، ص 168.

3 وليد يوسف صالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، الطبعة الأولى، دار أسامة للنشر والتوزيع ، عمان 2014، ص ص 53 ، 54.

- 7- الصيدلانية Pharmaceuticale
- 8- التأمينية Insrance
- 9- التأهيلية Rehab
- 10- الطب النووي Nuclear
- 11- الرياضي Athalitic
- 12- النفسية Mental
- 13- الإدمان Addiction
- 14- الإنقاذ Rescue
- 15- الإسعافية Ambulatory
- 16- التجميلية Comatic
- 17- التلطيفية Paliatir
- 18- التشغيل والصيانة Maintenance/Operation
- 19- صحة البيئة Environmental
- 20- الإدارة والمالية Administrative/Financial
- 21- الشيخوخة Geriatric

تُعرف الجودة من خلال مدى تحقيقها لاحتياجات المرضى على النحو التالي: درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف وموثقة جدا.

وتعريف جودة الخدمات الصحية " بأنها جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض، وهي الرعاية التي تقدم للمريض والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجهِ والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته.

وعرفت جودة الخدمات الصحية بأنها تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقيق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد إضافة على ضرورة التوثيق المفعول للعملية التشخيصية والعلاجية.¹

ولا بد للإشارة للحصول على رعاية صحية عالية الجودة يتطلب النهوض بالدعم الصحي أكثر من مجرد تقديم خدمات صحية ذات نوعية جيدة، وقد أكدت تقارير التنمية البشرية السابقة أن الفقر البشري متعدد الأبعاد. وقد أكدت بلدان كثيرة ضرورة اتخاذ إجراءات متزامنة في قطاعات متعددة. ففي الأعوام الماضية، حققت كل من تونس والجزائر والمغرب، مثلاً، مكاسب هامة في متوسط العمر المتوقع. ومن المصادر المحتملة لهذه المكاسب التحسين في تكنولوجيا الصحة والدواء، وتوسيع التغطية بالتلقيح والتقديم في تكنولوجيا المعلومات، وتحسين إمكانيات الإمداد بالمياه وخدمات الصرف الصحي وإمدادات الطاقة، والاستثمار والعام والخاص في مجال الصحة.

ونتهي القول انه للوصول إلى إدارة جودة الخدمات، يجب أن تكون هناك إستراتيجية في التسيير من طرف المجلس المسير (مجلس الإدارة)، بالإضافة إلى ضرورة وجودة أدوار واضحة في المحيط الصحي ويجب تسيير المؤسسات الصحية عن طريق لوحة قيادة يتم فيها اشتراك جميع العمال والمرضى والشركاء الاجتماعيين، ويجب أن يتمتع المجلس بطاقم محترف يمتلك المهارات اللازمة، بالإضافة إلى إيلاء أهمية كبيرة للمعلومات وكيفية التعامل معها.

كخلاصة لما سبق، فإننا نقول بأن الخدمات الصحية تمثل مختلف الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، بهدف تحقيق منافع صحية للمريض. إذ تساهم جميع فواعل المجتمع في التقدم بهذه الخدمات. وهذه الخدمات لا تقتصر فقط على الخدمات العلاجية والوقائية، بل أنها تشمل أيضاً خدمات أخرى مثل: خدمات والإطعام، الخدمات الإدارية... إلخ.

ب- الخصائص المميزة للخدمة الصحية:

ذكرنا سابقاً بعض خصائص الخدمات مثل: عدم الملموسية، التلازم وعدم الانفصال التباين والاختلاف، عدم إمكانية التخزين... إلخ. وإضافة إلى هذه الخصائص التي تعتبر عامة، أي تشترك فيها مختلف أنواع الخدمات بما فيها الخدمات الصحية، فإن هذه الأخيرة تتصف بخصائص تميزها عن

1 ديون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية: حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، مجلة الباحث، العدد 11، بسكرة، 2012، ص 218.

مختلف الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن نقدم به خدمة للجمهور، من بين هذه الخصائص نذكر ما يلي¹:

- 1- تتميز خدمات المستشفيات بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراد أو منظمات أو هيئات.
 - 2- ينبغي أن تكون الخدمات الصحية ذات جودة عالية، لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه.
 - 3- وجوب الاتصال المباشر بين من يقدم الخدمة الصحية والعميل، حيث أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه.
 - 4- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو القطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها.
 - 5- في منظمات الأعمال تكون قوة اتخاذ القرار بين شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة، بينما المنظمات الصحية (المستشفيات) تكون قوة القرار موزعة إلى حد ما بين الإدارة ومجموعة الأطباء، لذلك برز تيار واضح و متسارع في المناادة بأن يكون مدير المستشفى إدارياً وليس طبيباً، وقد تحققت هذه الحالة فعلاً في العديد من المستشفيات في دول أوروبا وأمريكا.
 - 6- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم، فإنه ينبغي حشد كل الطاقات الإدارية والطبية اللازمة حتى تكون هناك استجابة إلى أقصى حد لتقديم لطلبها.
 - 7- لا يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة لطلب الخدمات الصحية لأن ذلك يعني إخفاقاً في مهمتها الإنسانية التي أنيطت بها، بينما الحالة تكون مقبولة في المؤسسات الأخرى المنتجة للخدمة. بالإضافة أن الخدمة الصحية غير ملموسة، ومرتبطة بعملية الاستهلاك المباشر (التلازم)، يصعب المحافظة على مستوى واحد من المعيارية في المخرجات بذات الخدمة المقدمة للمستهلك وذلك يعود لكون مدخلات إنتاج الخدمة ممثلة بالمواد، التوقيت، السرعة، الأدوات المستخدمة (تذبذب الطلب في الخدمة) والخدمة الصحية يمكن الانتفاع منها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها (عدم التملك).
- من خلال المفاهيم السابقة نجد أن مفهوم جودة الخدمة الصحية يتمحور حول المواطن المستفيد من هذه الخدمة ودرجة رضاه عنها، لذلك فهو يستهدف تقديم خدمات أكثر كفاءة وأماناً، وأسهل منالاً

1 ثامر ياسر بكري، إدارة المستشفيات، المرجع السابق، ص ص 59، 60.

وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها، بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الخدمات الصحية المقدمة.

وإن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلاً لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى، إن أول تعريف لجودة الخدمة الصحية لكل من الفقيه لي جون " Lee et Jones " سنة 1933 وهو كالأتي " تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية حاجات السكان ¹.

ولقد عرفها كذلك الفقيه سولي وكتال (Suleketal) سنة 1995 جودة الخدمة الصحية على أنها " تلك الدرجة التي يرها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع ².

وهناك من ينظر أن الخدمة الصحية هي اعتماد آلية منتظمة لتحسين النوعية وهي مجموعة متفق عليها وتمثل معايير الرعاية الصحية العالمية، وتدور حول المعرفة لقياس نوعية وسلامة ورعاية المرضى ومعرفة الوسائل المنهجية العلمية لتحسينها وبسرعة، وتعني لكل من المريض والنتائج وتقليل التكاليف ويشمل مفهوم الجودة في الخدمة الصحية على عدة عناصر أهمها ³.

- سهولة الحصول على الخدمة الصحية.
- استدامة الخدمة الصحية.
- فعالية الخدمة الصحية وكفاءتها، وإسنادها بإثبات البحث العلمي.
- العلاقات الشخصية للفريق الصحي المقدم للرعاية الصحية.
- توقعات المريض التي تقدمها الخدمات الصحية
- أمان وسلامة البيئة التي تقدم فيها الخدمات الصحية.
- توفير الخدمات الصحية في الوقت المناسب.

1 A.jacquerye, laqualité des soin infirmiers, Implantation,evaluation,AccreditionEditons,Maloine 1999, p247.

2 ثامر ياسر بكري ، المرجع السابق، ص 20.

3 هاني عبد الرحمان عمر العمري، مدى الالتزام بمعايير اعتماد الجودة العالمية في قطاع الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية دراسة استطلاعية بالتطبيق على محافظة جدة ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، القاهرة 2014، ص 123.

إذ لا يتطلب إدخال مفهوم جودة الخدمة الصحية بالضرورة زيادة الإنفاق الصحي كما لا يتطلب موارد إضافية، حيث تركز إدارة الجودة على فعاليات الخدمات المقدمة فتدعو لتقليل الهدر وتجنب تكرار العمل والازدواجية، وفي ذلك استخدام أمثل للموارد. أي أن إدارة الجودة تتلاقى مع مبادئ الاستخدام الأمثل في التركيز على جدوى الرعاية الصحية المقدمة، ويؤدي الاستخدام الأمثل للموارد مع إدارة الجودة إلى تحسين التخطيط الاستراتيجي الهادف إلى¹.

- تجفيف الهدر.
- ترشيد استخدام الخدمات والاستقصاءات المعقدة.
- تحسين العلاقات بين الأفراد و كوادر الرعاية الصحية.
- تمكين المؤسسات الصحية من المنافسة على المستوى المحلي والإقليمي، بشكل جذاب للسياحة العلاجية التي يمكن أن تشكل دخلاً إضافياً لا يستهان به كما تثبت مثلاً تجربة الأردن في هذا المجال.

وهناك من عرف جودة الخدمات الصحية على أنها مدى مطابقة الخدمات التي تقدم للمريض سواء كانت شخصية أو ارشادية أو أية خدمات أخرى المواصفات الطبية المعتمدة وما ينتج عن ذلك من رضا أو قبول وانتفاع من قبل المريض بما يؤدي إلى تحسين في حالته الصحية. والتعريف يمكن أن يشر في مضمونه إلى ثلاث أبعاد الخدمة المقدمة في المستشفى على النحو الآتي².

- 1- رغبة إدارة المستشفى في زيادة كفاءة وفاعلية العمل.
- 2- تخفيض التكاليف، والاحتفاظ بالعملاء من المرض عند مستوى الرضا عن الخدمات الطبية المقدمة.
- 3- مواجهة المنافسة الحادة من المستشفيات الأخرى.

ت- أبعاد جودة الخدمة الصحية:

أصبح اليوم من الضروري تطبيق الجودة باعتبارها من الأولويات التي يجب أن تلتزم بها كافة الأطراف المعنية في المستشفى، وتعتبر أبعاد الجودة في مجال الرعاية الصحية هي الإطار العام لأنشطة إدارة الجودة وتعطي التوازن المطلوب بين الجودة والتكلفة والمخاطر، ومن أهم هذه الأبعاد التي يجب أن

1 المرجع نفسه، ص 124.

2 غالب محمود سنجق، موسى أحمد خير الدين، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2015، ص 311.

تهتم بها المنشأة الصحية (مؤسسة الصحة الجوارية، مؤسسة العمومية الاستشفائية، مركز جامعي استشفائي)¹:

1- الملائمة (Appropriateness): مدى تناسب الرعاية الصحية أو التدخلات الطبية مع الاحتياجات الإكلينيكية للمريض وترتكز، على ضرورة مواكبة الخبرات لأخر ما توصل إليه العلم والمعرفة.

2- الإتاحة (Availability): مدى توفر الرعاية الصحية أو التدخلات التي يحصل عليها المريض وتطابقها مع احتياجاته.

3- الجدارة (Competency): مدى قدرة الممارس للمهنة على المساهمة في رفع المستوى الصحي للمريض وجعله راضي عن هذه الخدمة.

4- المطابقة (Conformity): مدى تطابق الخدمات المقدمة مع الممارسين مع معايير الرعاية (الفنية المتخصصة) للمريض ومعايير الخدمات داخل الوحدة.

5- التواصل (Continuity): مدى تنسيق الخدمات الصحية التي يحتاجها المريض أو الاحتياجات الخاصة للسكان بين كل الممارسين للمهنة عبر كل أقسام المنشأة الصحية المشتركة في تقديم الخدمة على مدار الزمن.

6- الكفاءة (Efficiency): مدى تقديم الرعاية الصحية بطريقة صحيحة توائم آخر ما توصل إليه العلم والمعرفة لتحقيق أعلى مخرجات ممكنة وفق مآثم وضعه من مخطط لعلاج المريض.

7- الفعالية (Effectiveness): مدى توافق المخرجات والنتائج الفعلية في تقديم الرعاية الصحية مع المعايير المرغوبة والأهداف المرسومة.

8- الاحترام والرعاية (Respect and Caring): وهي الدرجة التي يصل بها مقدمي الخدمة إلى قدرة من الحساسية في تحديد احتياجات وتوقعات المستفيدين بالخدمة من خلال إدراك الفروق بين الأشخاص المختلفين، وهي الدرجة التي يصل بها المصمم خطة العلاج إلى أن يشتمل قراره على ما يحتاجه فعلياً مرضاه من الرعاية.

9- الأمان (Safety): هي الدرجة التي تقل فيها مخاطر التدخلات الطبية ومخاطر البيئة التي فيها الرعاية الصحية للمريض ولأفراد الآخرين متضمنا كل ممارسين للمهنة.

10- في الوقت المناسب (Time liness): وهي الدرجة التي تقدم فيها الخدمة الصحية التي يحتاجها المريض في الوقت المناسب الذي يتحتم فيه التدخل لتحقيق الاستفادة الكبرى.

1 المرجع نفسه، ص ص 311،312.

11- العدالة: وتعني تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية لمختلف فئات المجتمع.

ج. **قياس جودة الخدمات الصحية** : أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ظروف ملحة ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها.

وفي حدود علم الباحث توجد طريقتين لقياس جودة الخدمات الصحية، الأولى وضعت بأنها تقليدية والثانية حديثة، وتشمل الطريقة التقليدية ثلاث أنواع من المقاييس وهي:

1. **المكاسب الهيكلية**: إن مقياس الرعاية الصحية مرتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها لذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم والإفراد والتسهيلات المتاحة في المستشفى.

2. **مقاييس الإجراءات**: تسمى كذلك مقاييس العمليات ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم أو وصول الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في الوصول إلى نتائج (المخرجات) وتعتمد كل المداخل المتصلة بتقديم الإجراءات على إصدار معايير مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير على حالات من المرضى، ومثال ذلك قياس إجراءات تصفية كل المرضى أو مدة انتظار المرضى.

3. **ومقاييس النواتج**: ويعكس التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنتاج للرعاية الصحية ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما لي:

- الحالة الصحية العامة: التي يعبر عنها لمجموعة من المقاييس مثال معدلات الوفيات أو أحد الأمراض كقياس ويكمن ذلك في استخدام ملامح تأثير المرضى.

- مؤشرات النواتج: وذلك لما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرضى، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة.

- دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية.

- تحليل وتوزيع المعلومات من أجل اتخاذ القرارات المناسبة وفي الوقت المناسب.

- أما المدخل الحديث فيرى أن التركيز على الجودة ورقابتها يجب أن يوجد ليس فقط في ملامح محددة للمدخلات والعمليات أو الهيكل ولكن في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

- كما يمكن قياس جودة الخدمات الطبية والصحية من خلال :

(1) دراسة وتحديد توقعات المرضى المستفيدين من خدمات المؤسسات الصحية.

(2) وضع مواصفات محددة ومعلنة ومدروسة على كل مستوى من مستويات المؤسسات الصحية وذلك كأداة رئيسية لتصميم الخدمات التي تتماشى مع توقعات المرضى والمتردددين على المستشفى.

- ويمكن قياس الخدمة في الجوانب غير القابلة وذلك من خلال توجيه قوائم الاستقصاء للعملاء ومثلما يحدث في المطاعم الكبيرة أو الفنادق ويجب أن تكون الأسئلة سهلة وبسيطة ومحددة ووثيقة الصلة بموضوع الخدمة حيث يمكن تحليله تحليلًا ملائمًا، وقد تكون جودة الخدمة أو ضمان جودة الخدمات أكثر صعوبة من ضمان الجودة بالنسبة للسلع والمنتجات الملموسة وذلك راجع لخصائص الخدمات والتي سبق توضيحها.

- وإن تحقيق جودة عالية في مجال الخدمات الصحية أمر هام وعنصر جوهري في أي مؤسسة صحية إلا أن هناك صعوبة في قياس الجودة والرقابة عليها في مجال الخدمات مقارنة بمجال الإنتاج، وذلك راجع للعوامل أو الخصائص التي يصعب قياسها كميًا في الخدمة.¹

1 دبون عبد القادر، المرجع السابق، ص ص 219، 220.

الباب الأول:

إسهامات فواعل الحكاممة وأهم الإستراتيجية الحديثة
للتحسين من جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح اليوم لزاما على الدول النامية والتي من بينها الجزائر، تبني مفهوم الحكامة بشكل جدي وفعال وبالخصوص في القطاع الصحي لكونه العصب الحساس في تحقيق التنمية البشرية في جميع القطاعات و ايلاء عناية خاصة بفكرة الإصلاح النظام القانوني المؤسساتي، والابتعاد عن مفهوم الشعارات الرنانة التي لاتفي بالغرض المطلوب . فالقطاع الصحي هو بمثابة مرآة عاكسة على مدى تقدم أو تخلف أي دولة ،وفي هذا الإطار لابد على الدولة أن تحرص على مدى التزام فواعل الحكامة (المجتمع المدني والقطاع الخاص) بالمشاركة في العملية الإصلاحية المؤسساتية بشكل مقنن ومضبوط من جهة وتقيد جميع الأطراف الفاعلة بخصائص الحكامة الصحية والمتمثلة في الشفافية والمساءلة و سيادة القانون والعدالة والمساواة والمشاركة و الوقاية من الفساد والرؤية الإستراتيجية بغية الوصول إلى الأهداف و السياسات المسطرة لترقية الخدمة الصحية . و على هذا الأساس اتضح لنا أن للصحة بيئة داخلية والتي تتمثل في الهياكل الصحية المساهمة في تقديم العلاجات باختلاف أشكالها و أدوارها و بيئة خارجية تتمثل في فواعل الحكامة الصحية و التي سيتم التفصيل فيها لاحقا .

ولعل تطبيق هذه الآلية الحديثة في التسيير يتطلب تجسيد استراتيجيات حديثة على ارض الواقع ، لخلق جو يلاءم تطبيق هذه الآلية بشكل سليم يعطي ثمار نتائج على المريض بصفة خاصة و الذي يعتبر كذلك أهم حلقة في الإصلاح من جهة ويحقق قفزة نوعية في الخدمة الصحية.

ولقد ارتأينا لدراسة هذا الجزء من الرسالة تقسيم هذا الباب إلى فصلين نتعرض في الأول منه لإسهامات فواعل الحكامة بالجزائر والتي تتمثل في الدولة كأحد أهم الأطراف الفاعلة في المجال الصحي وصولا إلى المجتمع المدني والقطاع الخاص كفاعلين لتحقيق الصالح العام في المجال الصحي.

أما الفصل الثاني سنتناول أهم الاستراتيجيات الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية ، بحيث تم التطرق إلى استراتيجيه الحد من الفساد للتحسين من جودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى ضرورة تطبيق الإدارة الالكترونية الصحية.

الفصل الأول:

إسهامات فواعل الحكامة الصحية بالجزائر

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

تعد الدولة والمجتمع المدني والقطاع الخاص من أهم الفواعل التي تساهم في تجسيد الحكامة على ارض الواقع ، غير أن بناء الحكامة وتعزيزها يحتاج إلى تكامل وتضافر جهود هذه الفواعل على كافة الأصعدة. فالدولة وحدها غير قادرة على بناء مجتمع ديمقراطي ، فلم تعد اليوم القوة الفاعلة الوحيدة في المجتمع، حيث يقوم كل من المجتمع المدني والقطاع الخاص بأدوار حاسمة في العمليات الاقتصادية والاجتماعية¹، وهو ما يتطلب نظاما قانونيا وإصلاحات اقتصادية واجتماعية ومالية وقانونية تطور العلاقة بين الفواعل، فتأسيس الحكامة الصحية لا يمكن أن يتحقق إلا بتوزيع الأدوار بين مكونات المجتمع ومشاركتهم في صنع السياسة الصحية للدولة.

مما يدعونا للتساؤل حول ماهية الدولة وكيف تساهم في تفعيل الحكامة من خلال ترقية الصحة العمومية؟ وما هو الدور الذي تلعبه كل من الجماعات المحلية والمجتمع المدني والقطاع الخاص كفواعل رسمية للحكامة الصحية؟.

وحتى نتمكن من الإجابة على هذه التساؤلات قسمنا دراسة هذا الفصل إلى المبحثين التاليين:

- المبحث الأول : الدولة.
- المبحث الثاني : المجتمع المدني والقطاع الخاص.

1 نادر فرجاني، المرجع السابق ، ص.20.

المبحث الأول: الدولة

لقد حذت الجزائر حذو الكثير من الدول المتقدمة في تشكيلة التنظيم الإداري الصحي والذي يتميز بالترج والهرمية ابتداء بالسلطات المركزية والمتمثلة في الوصايا المكلفة بالصحة في المستوى المركزي والتي بدورها تلعب دورا هاما في ترقية المنظومة الصحية وتحسين الخدمات المقدمة للمرضى بمؤسساتها وان فهم الدور والتطور القانوني لمهام السلطات المركزية الصحية ، بالإضافة إلى المهام المسندة إلى الجماعات المحلية في تحسين الخدمات الصحية ،يسمح لنا بتشخيص واقع الحكامة الصحية في الجزائر وعلاقة هذه الأخيرة بتلك السلطات التي تشكل بيئة دعم خارجية للمؤسسة الصحية والصحة في أن واحد. الأمر الذي يستدعي تقسيما لدراسة هذا المبحث إلى ثلاثة مطالب.

حيث نتناول في المطلب الأول السلطات المركزية للقطاع الصحي ، وفي المطلب الثاني نتطرق للجماعات المحلية كمساهم في تقديم الخدمات الصحية ، أما المطلب الثالث نتطرق فيه لعلاقة الحكامة الصحية بالسلطات المركزية و اللامركزية.

المطلب الأول: السلطات المركزية للقطاع الصحي.

تعمل السلطات المركزية للقطاع الصحي على ترشيد المؤسسات الصحية التابعة لها بمختلف هياكلها وأنشطتها من خلال مهام خولت لها بموجب القانون ، وللسير الحسن لهذه المهام التي يمكن تلخيصها في ترقية الصحة العمومية وحمايتها والحفاظ عليها، وجب علينا معرفة دور السلطات المركزية في الارتقاء بجودة الخدمات الصحية وتجسيد الإدارة الرشيدة على ارض الواقع من خلال استقرار مجموعة النصوص القانونية المنظمة للوسط الصحي والتي تعتبر عماد أي نظام صحي ناجح ، والتي من خلالها يتم تحديد الفواعل المساهمة ودورها في تنظيم الخدمة الصحية بغيت الوصول للحكامة الصحية. وان تحديد الطبيعة القانونية لعمل السلطات المركزية يكتسي أهمية بالغة لفهم العلاقة بين السلطات المركزية وباقي الفواعل الأخرى .

ولهذا ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى أربعة فروع، نتناول في الأول الحق في الصحة من منظور القانون رقم 01-16 ، وفي الفرع الثاني نتطرق إلى دور الوزير في ترقية الصحة العمومية، أما الفرع الثالث فنتناول فيه تطور التنظيم الإداري المركزي من اجل حكامة الإدارة الصحية، بالإضافة إلى الفرع الرابع الذي سنتطرق فيه إلى اللجان الوطنية المساهمة في صنع السياسات الصحية.

الفرع الأول: الحق في الصحة من منظور القانون رقم 16-01.

لقد أولت الدساتير الجزائرية أهمية كبيرة لترقية الرعاية الصحية، إذ تتجسد هذه الأهمية من خلال تبلور هذا المفهوم من دستور إلى آخر، حيث أكد دستور (63) في ديباجته على انتهاج سياسته اجتماعية لفائدة الجماهير للرفع من مستوى الحالة الصحية، ويانتهاج الدولة الإطار الاشتراكي في دستور 1976 فقد سعى هذا الأخير لتوسيع مفهوم الحق في الرعاية الصحية. فنصت المادة (67) بأن «لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية. وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية، وبتوسيع مجال الطب الوقائي، والتحسين الدائم لظروف العمل، وكذلك عن طريق ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه» بالإضافة إلى المادة (62) التي اقتضت أن الدولة تضمن أثناء العمل الحق في الحماية، والأمن والوقاية الصحية» وفي نهاية الثمانينات، جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية، كما نصت عليه كذلك المادة (51) من الدستور السالف الذكر والتي تنص كالأتي «الرعاية الصحية حق المواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية وبمكافحتها».

ويؤكد ذلك قانون المالية لسنة 1993، حيث نص على أنه بداية من هذه السنة فإن مجال تدخل الدولة سيكون في الوقاية والتكفل بالمعوزين والتكوين مع البحث في العلوم الطبية أما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.

أما عن دستور 1996 في مادته الرابعة وخمسون (54) وكذلك التعديل الدستوري لسنة 2002 و2008 في نفس المادة السالفة الذكر نجدهم قد انتهجوا نفس المفهوم في الدساتير السابقة.

وأما الجديد الذي ورد في دستور 2016 يكمن فيما نصت عليه المادة (66) من القانون رقم 01-16 السالف الذكر كالأتي «بأن الرعاية الصحية حق المواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين» وفي فقرتها الثالثة أولى المشروع الجزائري ضرورة توفير شروط العلاج للأشخاص الغير قادرين على تغطية نفقات العلاج وهذا ما سيسمح للفئات الهشة والفقيرة بالمجتمع من الاستفادة من العلاجات لأن أغلبها غير مؤمنة اجتماعيا.

ولكن يرى الباحث أن توفير شروط العلاج للأشخاص الغير قادرة ، لا يتحقق إلا بتأمين هذه الفئات الهشة من طرف الدولة وهي التي تتحمل عاتق التأمينات واحصائها بصفة رسمية من طرف وزارة التضامن بالتنسيق مع الضمان الاجتماعي و الجماعات المحلية ،لان اليوم في ضل عدم معرفة الفئات

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الهشة الحقيقية التي يجب أن يتوجه لها الدعم سيبقى المستفيد الأكبر هو الضمان الاجتماعي والخاسر الأكبر هو المؤسسة الصحية من جهة والمريض المؤمن بشكل رسمي (الموظف والعامل).

كما ألزم قانون الصحة الجزائري رقم 05/85¹ بالاعتناء بصحة المواطنين سواء تعلق ذلك بجانب العلاجي أو الوقائي للصحة، فالمادة (21) منه تنص « تسخير الدولة جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها من خلال توفير مجانية العلاج»، وتنص المادة(29) بأن «تلتزم أجهزة الدولة بتطبيق تدابير النقاوة والنظافة ومحاربة الأمراض البوائية ومكافحة تلوث المحيط وتطهير ظروف العمل والوقاية العامة» بالإضافة إلى الرقابة الصحية في الحدود المنظمة في المادة (56) بنصها «تستهدف الرقابة الصحية في الحدود ، الوقاية من نفس الأمراض المعدية بـأ أو جـ أو بحرًا تطبيقا للقوانين والتنظيمات الجاري بها العمل». وأنه بموجب الفقرة الثانية من المادة 57 من المرسوم 01-16 فإن هذه الرقابة الصحية في الحدود موضوع تحت سلطة الوزير المكلف بالصحة.

الفرع الثاني: دور الوزير في ترقية الصحة العمومية

من خلال المراسيم التنفيذية السابقة التي تحددها صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، نجد بأن جميعها تصب في قالب واحد من ناحية الصلاحيات التي حددها القانون ابتداء من المرسوم رقم 81-65 والذي يحدد صلاحيات وزير الصحة².

ثم تلاه المرسوم التنفيذي رقم 89-80 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة العمومية³. إلى أن صدر المرسوم التنفيذي رقم 90-124 ليحدد صلاحيات وزير الصحة⁴، ثم تلاه المرسوم التنفيذي رقم 96-66 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان⁵.

1 القانون رقم 85-05، المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج ر ج ج، الرقم 08، المؤرخة في 17 فبراير 1985، ص ص 181، 179.

2 المرسوم رقم 81-65، المؤرخ في 18 أبريل 1981 والذي يحدد صلاحيات وزير الصحة، ج ر ج ج، رقم 16 المؤرخة في 21 أبريل 1981، ص 479.

3 المرسوم التنفيذي رقم 89-80، المؤرخ في 06 جوان 1989 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة العمومية، ج ر ج ج رقم 23، المؤرخة في 7 جوان 1989، ص 620.

4 المرسوم التنفيذي رقم 90-124، المؤرخ في 30 أبريل 1990 ليحدد صلاحيات وزير الصحة، ج ر ج ج، رقم 19 المؤرخة في 09 ماي 1990، ص 643.

5 المرسوم التنفيذي رقم 96-66، المؤرخ في 27 جانفي 1996 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان، ج ر ج ج رقم 8، المؤرخة في 31 جانفي 1996، ص 31.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

إلى أن صدر المرسوم التنفيذي 11-379 المؤرخ في 21/11/2011 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات¹، ويمكن تلخيص هذه الصلاحيات في اقتراح وزير الصحة والسكان في إطار السياسة العامة للحكومة وعناصر السياسة الوطنية في مجال الصحة والسكان، والجديد الذي ورد في التعديل الدستوري الأخير بخصوص المادة (98) من قانون رقم 16-01 هو كالاتي « يجب على الحكومة أن تقدم سنويا إلى المجلس الشعبي الوطني بيانا عن السياسة العامة» بحيث تم إضافة طبيعة الأمر في تقديم البيان التي تدل على الإلزام.

وطبقا للمادة الأولى (01) من المرسوم التنفيذي 11-379 السالف الذكر، انه بالإضافة إلى الاقتراح الذي يقدمه الوزير حول السياسة الوطنية في مجال الصحة فهو من يتولى متابعتها ومراقبتها وتنفيذها ويعرض نتائج عمله على رئيس الحكومة، ومجلس الحكومة ومجلس الوزراء. ولأجل ذلك يكلف وزير الصحة والسكان بالاتصال مع مؤسسات الدولة وهيئاتها والوزارات المعنية بالتشاور مع الشركاء الاجتماعيين، بالصلاحيات المتمثلة في المبادرة بالدراسات الاستشرافية التي من شأنها تحديد اختيارات الحكومة في مجال الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وإعداد التدابير والمقاييس الضرورية لممارسة النشاطات وسير هياكل قطاع الصحة وتنفيذها، والعمل على تدعيم المنظومة الصحية، والعمل على ترقية العلاقات بين الهيئات المكلفة بالبحث العلمي وقطاع الصحة.

كما اقتضت ذلك المادة (05) من نفس المرسوم بأنه من أجل القيام بالمهام السالفة الذكر يتولى وزير الصحة بما له من سلطة عمومية بإعداد الإستراتيجية والسياسة الوطنية في مجال المستشفيات وتنفيذها وتقييمها، السهر على تنفيذ مسعى جودة العلاجات في الوسط الاستشفائي، واقتراح التدابير الموجهة لضمان ترقية العلاج ذو المستوى العالي في المنظومة الوطنية الصحية واقتراح التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم وعمل هياكل الصحة العمومية والخاصة وتنفيذها وتحديد أنماط مستخدمي الصحة في مجال تطوير هياكل الصحة والإصلاح الاستشفائي وطبقا للمادة الثامنة (08) من نفس المرسوم 11-379 كذلك والتي خولت للوزير المكلف بالصحة أن يقترح قصد ضمان تنفيذ المهام وتحقيق الأهداف المسطرة له، أية هيئة تشاورية وتنسيقية مشتركة بين الوزارات وأي جهاز آخر يسمح بالتكفل الجيد بالمهام المسندة إليه، ويشارك في إعداد التنظيم الذي يطبق على مستخدمي الصحة وكذلك يقدر

1 المرسوم التنفيذي 11-379، المؤرخ في 21 نوفمبر 2011 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ج ر ج ج، رقم 63، المؤرخة في 23 نوفمبر 2011، ص 6.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

حاجات القطاع من الوسائل المادية والمالية والبشرية ويتخذ التدابير الملائمة لتوفيرها في إطار القوانين والتنظيمات المعمول بها.

ومن خلال هذه الصلاحيات نستخلص أن المشرع الجزائري قد وضع جميع الأدوات القانونية للوزير لترشيد إدارته من خلال دوره في الرقابة والمسائلة وتوفير الشفافية عن طريق قنوات المنظمة الوطنية للإعلام والاتصال وهذا حسب نص المادة (09) من نفس المرسوم التنفيذي السابق، وترك له مجال لإنشاء أي هيئة تشاورية أو تنسيقية، ولكن نجد أن معظم الوزراء الذين تعاقبوا على وزارة الصحة، لا يقدمون اجتهادات لإنشاء وسائل عن طريق لجان بين المركزية واللامركزية والقطاع الخاص والمجتمع المدني وهذا ما يتسبب في قمع الديمقراطية التشاركية وغلق قنوات الحوار.

والجدير بالذكر أن المشرع الجزائري لأول مرة يلفظ مصطلح الجودة في المادة الخامسة (05) لنفس المرسوم السابق المحدد لصلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في شطرها الثاني والذي يكلف الوزير بالسهر على تنفيذ مسعى الجودة في العلاجات في الوسط الاستشفائي، ويعاب عليه انه لم يعر اهتماما بشأن وضع ضمانات قانونية يتم من خلالها تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن وخص بالذكر جودة العلاج فقط، على غرار بعض الدول النامية التي نصبت لجان مركزية للجودة.

الفرع الثالث: تطوير التنظيم الإداري المركزي من اجل حكامه الإدارة الصحية.

إن جهود الإصلاح في القطاع الصحي الذي تبنته الإدارة المركزية باعتبارها السلطة الإدارية الوصية المكلفة بتطبيق وتنفيذ قانون الصحة والإشراف على ذلك في البلاد، بالإضافة إلى تكفلها بالرقابة الإدارية على كافة الإدارات الصحية المنظمة في إطار عدم التركيز واللامركزية الموضوعة تحت سلطتها التدريجية ، وكذلك الأمر بالنسبة للهيئات الصحية العمومية سواء الاستشفائية أم غير الاستشفائية، لا زالت غير قوية بما فيه الكفاية كما أنها لا تتسم بالانتظام والثبات وتفتقد إلى إستراتيجية شاملة وعضوية وبالخصوص إصلاح النظام القانوني ، لأنه مكون هام من مكونات الإدارة الرشيدة يتقدم ذلك ضمان حقوق المريض فضلا عن الحاجة إلى قوانين جديدة تسهل إدارة المجال الصحي وتضبط نظم قوية لتعزيز السلامة بين مسؤولي القطاع الصحي العمومي والخاص ، لذا فإن التنظيم الإداري للوزارة المكلفة بالصحة وكذا تسمياتها الرسمية تغيرت بتغير وتعاقب الحكومات بحيث أن تسمية الوزارة في الجزائر حاليا هي " وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات " إذ لم تكن كذلك من ذي قبل بحيث كانت تسميتها مثلا في

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

سنة 1985 وزارة الصحة العمومية* ثم بقيت تسميتها كذلك حتى بعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 89-81 المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة العمومية¹.

ويصدر المرسوم التنفيذي رقم 90-125 المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة² تغيرت رسمياً التسمية بحيث أصبحت وزارة الصحة. ثم بصدور المرسوم التنفيذي رقم 96-67 المنظم هو الآخر للإدارة المركزية لوزارة الصحة والملغي للمرسوم التنفيذي 90-125 الذي سبقه، أصبحت التسمية الرسمية لهذه الوزارة، وزارة الصحة والسكان³ ويبقى الأمر كذلك بحيث لم تتغير هذه التسمية بالرغم من صدور المرسوم رقم 2000-150 المنظم هو الآخر للإدارة المركزية لهذه الوزارة⁴ فأبقى على نفس التسمية أي وزارة الصحة والسكان بعد أن ألغى المرسوم التنفيذي رقم 96-67 السابق، غير أنه بصدور المرسوم التنفيذي رقم 05-428 المنظم لنفس الإدارة المركزية⁵ فإن التسمية لهذه الوزارة تغيرت لتصبح وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وإن دلت عبارة " إصلاح المستشفيات" على عدم وجود إستراتيجية معينة للخروج من عملية الإصلاح وغياب نمط تسيير الإدارة بالأهداف، بالرغم من الأموال الطائلة التي تضخ لهذه الوزارة من طرف الدولة. ولهذا فإننا نعتقد بهذا الخصوص ضرورة التخلي على عبارة الإصلاح لأنه عمل ظرفي يكون بعد اكتشاف نقص في سياسة ما وليس شيئاً مستمراً بصفة أبدية ودائمة ، مما يعني بأن الإصلاح عجز في تحقيق أهدافه الأمر الذي جعله يستمر لسنين متتالية، بينما كان أجدر للسلطات العمومية الاكتفاء بتسمية هذه الوزارة " بوزارة الصحة والسكان "⁶. وإن تسيير إدارة المستشفيات بهذا

* كانت الإدارة المركزية آنذاك منظمة بموجب المرسوم رقم 85-133 المؤرخ في 21 ماي 1985.

1 المرسوم التنفيذي رقم 89-81، المؤرخ في 06 جوان 1989 المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة العمومية، ج ج ج رقم 23، المؤرخة في 07 جوان 1989، ص 622.

2 المرسوم التنفيذي رقم 90-125، المؤرخ في 30 أبريل 1990 المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة، ج ج ج ج ، رقم 19، المؤرخة في 09 ماي 1990، ص 645.

3 المرسوم التنفيذي رقم 96-67، المؤرخ في 27 أكتوبر 1996 المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة، ج ج ج ج ، رقم 08، المؤرخة في 31 جانفي 1996، ص 04.

4 المرسوم رقم 2000-150، المؤرخ في 28 جوان 2000 المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة، ج ج ج ج ، رقم 39 المؤرخة في 04 جويلية 2000، ص 14.

5 المرسوم التنفيذي رقم 05-428، المؤرخ في 07 نوفمبر 2005 المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة، ج ج ج ج ، رقم 73، المؤرخة في 09 نوفمبر 2005، ص 10.

6 عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، رسالة دكتوراه في الحقوق قسم القانون العام، جامعة الجزائر 1 2012، ص 22.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الروتين الذي لم يثمر نتائج على المريض وأدى إلى ظهور انتقادات من طرف المهتمين بالأمر، مما أدى إلى بروز آلية الحكامة الصحية على أرض الواقع من أجل إصلاح الخدمة الصحية بالجزائر.

و يمكن تلخيص المهام المنوطة بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في العمل على ترقية الصحة العمومية وحمايتها، لذا فإن الإدارة المركزية لهذه الوزارة منظمة ومكونة بمديريات تعمل كل حسب اختصاصها لتحقيق هذه الأهداف على المستوى الوطني، وتسهر على تحسين نوعية خدمات المصالح العمومية التابعة للقطاع، كما تسهر على تحسين نوعية خدمات المصالح العمومية وتحسين العلاقات بين الإدارة والمواطنين، وطبقاً للمادة الثالثة (03) من المرسوم التنفيذي رقم 90-188 والتي تحدد هياكل كل الإدارة المركزية وأجهزتها في الوزارات¹، إذ تنص بأن هياكل الإدارة المركزية في الوزارة تضطلع بالمهام التي تستهدف ضمان ديمومة العمل الإداري وحسن سير المصالح العمومية والتي يمكن أن تنظم بحسب الحالة وتبعاً لخصوصية كل وزارة في شكل مديريات عامة أو مركزية، وأقسام ومديريات، ومديريات فرعية ومكاتب كما أنه طبقاً لنفس المرسوم التنفيذي سيما منه المادة الرابعة (04) التي تبين دور المديرية العامة والذي يتجسد في التنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها، واقتراح كل تدبير يرمي إلى إنجاز برنامج عمل الحكومة، وكذلك نجد أجهزة التفتيش والرقابة والتقييم التي تلعب دور هام في تجسيد الحكامة الصحية على المستوى المركزي و اللامركزي، كما اقتضت ذلك المادة (17) ونصت فقرتها الثانية على أنه ينبغي على هذه الأجهزة أن تسهم من خلال أعمالها بالخصوص فيما يلي: الوقاية من أنواع التقصير في تسيير المصالح العمومية وسيرها، وتوجيه المسيرين وإرشادهم لتمكينهم من القيام بصلاحياتهم أحسن قيام مع مراعاة القوانين، والسهر على الاستعمال المحكم والأمتثل للوسائل والموارد الموضوعة تحت تصرف الوزارة والهيئات التابعة لها.²

وبموجب المادة واحد (01) من المرسوم التنفيذي السابق الذكر 05-428، والتي تنص بان الإدارة المركزية للوزارة تحت سلطة الوزير تشمل على الأمين العام ومدير الديوان والمفتشية العامة وثمانية مديريات مركزية بحيث كل مديرية تندرج تحتها مديريات فرعية و هذه الأخيرة كذلك تندرج تحتها مكاتب والتي نص عليها القرار الوزاري المشترك الذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان

1 المرسوم التنفيذي رقم 90-188، المؤرخ في 23 جوان 1990 والذي يحدد هياكل كل الإدارة المركزية وأجهزتها في الوزارات، ج ر ج ج، رقم 26، المؤرخة في 27 جوان 1990، ص 850.

2 المرجع نفسه، ص 853.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وإصلاح المستشفيات في المكاتب¹، والذي تم اتخاذه سابقا بناء على التنظيم القديم للإدارة المركزية المذكورة في ظل المرسوم التنفيذي رقم 150-2000، وعليه فقد تم إستخلافه بالقرار الوزاري المشترك الذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في المكاتب²، وهو المنظم حاليا لهذه الإدارة المركزية في المكاتب تبعا وطبقاً للتنظيم الذي أتى به المرسوم التنفيذي رقم 05-428 والجدير بالذكر أنه يلاحظ على القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 30 ديسمبر 2001 الذي كان يتضمن تسعة ثمانون مكتب و يصدر القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 25 أبريل 2006 تقلص عدد المكاتب إلى تسعة وسبعون مكتب، بحيث تم التخلي عن أهم مديرية فرعية وهي المديرية الفرعية للعلاقات العمومية والتي تعتبر همزة وصل بين الوزارة الوصية والشركاء الاجتماعيين، بحيث تحتوي هذه الأخيرة على مكتب العلاقات مع المؤسسات ومكتب العلاقات مع النقابات والجمعيات، ومكتب التوجيه والعلاقات العامة وكان من الأفضل على الوزارة الوصية ترك هذه المديرية لما لها من أهمية في توفير الشفافية.

➤ متابعة تطور التنظيم الإداري المركزي بقطاع الصحة بالجزائر :

يشهد القطاع الصحي في الجزائر حركة تغير وتطور هائلة وسريعة تتمثل في تحديث تكنولوجيا وأساليب العمل وتحسين وتجويد الخدمات والسلع المقدمة وما يتبع ذلك من خدمات لاحقة لها، وهناك حركة تطور تسيير بشكل أبطأ تتمثل في بناء السياسات العامة والإستراتيجية وبناء الهياكل التنظيمية السليمة من خلال تطوير القوانين التي تتماشى مع مسايرة التغيرات العالمية، وهكذا أصبحت عمليات التغيير في التنظيم الإداري المركزي المتعددة الوجوه من أهم متطلبات تقدم وتطور المنظمات الصحية. إن المنظمات الصحية في القرن الحادي والعشرين تواجه تحديات ضخمة تتمثل بالمنافسة الداخلية والخارجية، خاصة في ظل ما يطلق عليه بالعولمة، فباتت تلك المنظمات تتعامل مع تكنولوجيا متقدمة تتقدم بسرعة، وتعمل في عالم تسوده حالة من الغموض وعدم التأكد، منظمات باتت تواجه نظرة مستجدة لتطور القوانين في القطاع الصحي والموارد البشرية فيها باعتبارها أعلى الأصول والموارد.

1 القرار الوزاري المشترك، المؤرخ في 30 ديسمبر 2001 الذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في المكاتب، ج ر ج ج ، رقم 06، المؤرخة في 23 جانفي 2002، ص 22.
2 القرار الوزاري المؤرخ في 25 أبريل 2006 والذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في المكاتب، ج ر ج ج ، رقم 38، المؤرخة في 11 جوان 2006، ص 16.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

إزاء كل ما ذكر تواجه المستشفيات اليوم موقفا حرجا وصعبا باعتبار أن تلك الظروف لا يمكن مواجهتها بحرفية وتنافس، دون توافر قوانين قادرة على إحداث التغيير الذي تقتضيه ظروف المرحلة التي تعيشها من قوانين غير تقليدية تدير المنظمات وتعمل على تغييرها وتطويرها بروح من الإبداع والتميز¹. من خلال استقراء النصوص القانونية لحقبة زمنية سابقة نجد أن هناك تطور ملحوظ في المنظومة الصحية بالجزائر، وطبقا للمادة واحد(01) من المرسوم التنفيذي السالف الذكر 150-2000 المتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان، بحيث نص هذا الأخير على احتواء الوزارة عشرة (10) مديريات هي مديرية الوقاية ومديرية الأنشطة الصحية الخاصة ومديرية المصالح الصحية ومديرية الصيدلية والتجهيزات ومديرية التخطيط والتفتيش ومديرية السكان ومديرية التكوين ومديرية الإدارة العامة ومديرية التنظيم ومديرية الاتصال والعلاقات العامة، وبعد صدور المرسوم التنفيذي رقم 05-428 المؤرخ في 07 نوفمبر 2005 حددت المادة واحد(01) المديرية المركزية التي أنخفض عددها إلى ثمانية (08) مديريات*، بحيث يلاحظ أن هذا الأخير ذكر نفس المديرية التي نص عليها المرسوم التنفيذي المذكور سابقا رقم 05-428 المؤرخ في 07 نوفمبر 2005.

والملاحظ من خلال التذبذب المتمثل في تزايد وتناقص عدد المديرية داخل الوزارة آنذاك، غياب الرؤية الإستراتيجية للسلطة المركزية في تلك المرحلة، وان غياب هذه الرؤية شكل عائق أمام تجسيد الحكامة الصحية، لأنها كانت غير مبنية على رؤية الاستراتيجية تساير التغييرات العالمية في المجال الصحي.

وإن الجديد الذي جاء به المرسوم التنفيذي رقم 11-380 المتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات²، هو تغيير جذري للهياكل بغية مسايرة التطورات الحالية في المجال الصحي بحيث تم استحداث ثلاث (03) مديريات عامة والتي تندرج تحتها مديريات، وطبقاً

1 محمد محمود الطعمنة، الأساليب القيادية الحديثة والتحفيز في المستشفيات، المؤتمر السنوي الخامس المنعقد تحت شعار بلوغ التميز في المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007، ص127.
* أما العدد الإجمالي للمديريات الفرعية 29 مديرية فرعية، وأما العدد الكلي للمكاتب في هذه المديرية المركزية 79 مكتبا، أنظر: القرار الوزاري يضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المؤرخ في 25 أبريل 2006.

2 المرسوم التنفيذي رقم 11-380، المؤرخ في 21 نوفمبر 2011 المتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ج ر ج ج، رقم 63، المؤرخة في 21 نوفمبر 2011، ص08.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

للمادة (01) من نفس المرسوم تتضمن الوزارة حاليا عشرة مديريات،* وهي المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة، المديرية العامة لمصالح وإصلاح المستشفيات، المديرية العامة للصيدلية والتجهيزات الصحية* مديرية السكان، مديرية الدراسات والتخطيط، مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون، مديرية الموارد البشرية مديرية التكوين، مديرية المالية والوسائل مديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي.

والجدير بالذكر فقد تم إيلاء أهمية كبرى لبعض المديريات وهذا نظرا لأهميتها مثلا المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة التي كانت سابقا مديرية الوقاية، ولقد تم إدراج تحت هذه المديرية العامة ثلاث(03) مديريات، مديرية الوقاية ومكافحة الأمراض المتنقلة والتي تندرج تحتها المديريات الفرعية لبرامج التلقيحات وترقية الصحة إذا يلاحظ أن الوزارة الوصية ركزت على مصالح ترقية الصحة من خلال تنفيذ برامج متعددة نصت عليها منظمة الصحة العالمية سواء كان مكافحة بعض الأمراض الفتاكة أو برامج التلقيحات بالإضافة إلى استحداث مديرية فرعية أخرى هي المديرية الفرعية لمكافحة الأمراض المنتشرة والإنذار الصحي، وعليه فإن الإنذار الصحي هو آلية أنشأتها منظمة الصحة العالمية في إطار تنفيذ اللوائح الصحية الدولية التي تم تبنيها لأول مرة سنة 1951، وكان آخر تعديل لها سنة 2005، إذ تعمل الوزارة الوصية لتطوير منظومتها الصحية والقانونية لمسايرة التطورات الحاصلة في العالم من حيث الجانب الصحي، وكذلك نلاحظ توسيع مهام المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات التي كان يطلق عليها سابقا مديرية المصالح الصحية بحيث هذه المديرية أوكلت لها مهام جديدة تسعى من خلالها الوصايا إلى تطوير القطاع وترقية الصحة العمومية ومن بين هذه المهام التي نصت عليها المادة الثالثة (03) من المرسوم التنفيذي 11-380 هي إعداد واقتراح وتنفيذ مخطط عام للتنظيم الصحي يشمل جميع هياكل الصحة بما فيها القطاع الخاص ويتجلى إدماج القطاع الخاص في مخطط التنظيم الصحي لإيلاء الوصايا أهمية في فتح قنوات اتصال ودمجه في صنع السياسة الصحية بالجزائر، بالإضافة إلى إعداد المخططات النوعية لتنفيذ كل النشاطات الرامية إلى ترقية التسيير في مجال علاج الأشخاص المسنين والصحة الجوارية والاستجالات الطبية الجراحية وتطوير العلاج ذو المستوى العالي، وإعداد مخطط تقييس طرق التنظيم والتسيير وتخصص الوسائل لهياكل الصحة ومواصفات المناصب لمستخدمي الصحة الذين يمارسون على مستوى هياكل العلاج، المساهمة في إعداد الخريطة الوطنية للصحة وتحسينها والتكفل بمتابعة برنامج تواجد هياكل الصحة العمومية والخاصة وتحسينها والتكفل بمتابعة

* أما العدد الإجمالي للمديريات العامة في المرسوم التنفيذي 11-380 فهو حاليا 03 مديريات عامة، وأما العدد الكلي للمديريات 15 مديرية، وأما العدد الكلي للمديريات الفرعية هو 39 مديرية فرعية.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

برنامج تواجد هياكل الصحة العمومية الخاصة، والجدير بالذكر أن هذه النقطة كانت غائبة في المراسيم السابقة بالرغم من أهمية الخريطة الوطنية الصحية في التسيير الاستشفائي، والسهر على مراقبة ممارسة مهن الصحة وهياكل الصحة العمومية والخاصة، وتنفيذ مخططات وترتيبات لتنظيم الإسعافات والاستعجالات في حالة حدوث كارثة وضع معايير خاصة بعملية اعتماد هياكل العلاج وتأهيل مصالح الصحة، ونجد أن هذه المديرية العامة نظم ثلاث (03) مديريات وهي مديرية برامج العلاج والأخلاقيات وآداب مهنة الطب وهذه الأخيرة هي مديرية مستحدثة لم يتم ذكرها في المراسيم السابقة بالإضافة إلى مديرية المؤسسات الاستشفائية وإصلاح المستشفيات ومديرية هياكل الصحة الجوارية، أما عن المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات هي ذلك أولتها الوزارة الوصية عناية كبيرة في هذا المرسوم بعد ما كان يطلق عليها مديرية الصيدلة بالمرسوم التنفيذي السابق 05-428 بحيث ألحقت بالمديرية العامة لمديرتين (02) هما مديرية الموارد الصيدلانية والتي أوكلت لها مهام جديدة تسمح للوصايا من خلالها تطوير سوق الدواء وتشديد المراقبة عليه، إضافة إلى هذا التعديل نجد أنه تم استحداث مديرية جديدة وهي مديرية التجهيزات الصحية، أما عن مديرية السكان فقد أستحدثت به مديرية فرعية جديدة ليصبح عدد المديريات الفرعية بها أربعة مديريات وهي المديرية الفرعية للاستشراف واليقظة الديموغرافية وهذه الأخيرة لها دور مهم في وضع استراتيجيات وتوفير المعلومات التي تساهم في الحكامة الصحية ومن المهام التي كلفت بها العمل عن الملاحظة المنتظمة للظواهر الديموغرافية والاجتماعية الديموغرافية الجديدة والمساهمة في وضع وتطوير نظام معلومات خاص بالسكان والتنمية وقاعدة ديناميكية المعطيات والمساهمة في نشر المعلومات وإعداد الفرضيات والإسقاطات الخاصة بالسكان مع الهيئات المختصة على المستوى الوطني والمحلي وترقية حماية الإرث الديموغرافي، وكذلك مديرية الدراسات والتخطيط التي كان يطلق عليها سابقا مديرية التخطيط والتنمية إذ تم الإبقاء على المديرية الفرعية للتخطيط وإلغاء ثلاث مديريات فرعية من جهة واستحداث المديرية الفرعية للدراسات وبرامج الاستثمار، ونلاحظ كذلك أنه تم تغيير تسمية مديرية التنظيم والوثائق إلى مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون، والجديد الذي نصت عليه المادة (07) من المرسوم 11-380 هو تعويض المديرية الفرعية للوثائق والأرشيف بالمديرية الفرعية للدراسات القانونية، وهي التي لا يقل دورها شأنًا عن المديريات المستحدثة في هذا المرسوم ومن المهام التي كلفت بها هذه المديرية، القيام بالأبحاث في مجال الدراسات القانونية والفقهية والاجتماعية والدراسات الأخرى الكفيلة بالمساعدة على حل المشاكل الخاصة بمرحلة التنازع والمنازعات والفهم الصحيح للنصوص القانونية وتقديم المساعدة والاستشارة لمختلف هياكل القطاع في مجال اختصاصها، بالإضافة إلى القيام بأشغال الدراسات

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وتحضير ملخص عن كل ملف قصد تسهيل استغلاله، وتكوين رصيد وثائقي ضروري لنشاطات القطاع، إعداد اقتراحات وحلول تسمح بالقيام باختصاصات قانونية ملائمة وفقا للأهداف المرجوة، المساهمة في تحسين المنظومة التشريعية والتنظيمية التي القطاع.

والملاحظ أن هذه المهام السابقة الذكر كانت غائبة تماما في المراسيم السابقة فتطوير المنظومة القانونية لقطاع الصحة أصبح اليوم من الأولويات لترقية القطاع الصحي وكذلك من المديرية الفرعية المستحدثة التي تدرج تحت مديريةية التنظيم والمنازعات والتعاون وهي المديرية الفرعية للتعاون والتي تهدف إلى ترقية التعاون الثنائي وترقية الشراكة والتبادل مع الإدارات والهيئات الوطنية. وإن المرسوم التنفيذي 380-11 السالف الذكر في مادته التاسعة (09) قد خصص للتكوين مديريةية بعدما كانت في المراسيم السابقة عبارة عن مديريةية فرعية تابعة لمديرية الموارد البشرية والتي تتكون من المديرية الفرعية للتكوين الأولي والمديرية الفرعية للتكوين المتواصل وفي ظل هذا التغيير يتضح أن الوزارة الوصية أولت أهمية كبيرة لتكوين الموارد البشرية الذي يعتبر عامل مهم في نهضة القطاع، وقد استحدثت كذلك مديريةية جديدة هي مديريةية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي والتي كلفت بتحديد أدوات ومناهج تنظيم المنظومة الإعلامية للصحة، المبادرة بالإجراءات المتعلقة بتبادل وحماية المعطيات والمشاركة في إعدادها وتنسيق مختلف الأنظمة الإعلامية الفرعية للصحة ذات الصلة بالمنظومة الوطنية للإعلام والسهر على انسجامها والعمل على تعميم استعمال تكنولوجيات الإعلام والاتصال، وتطوير شبكة الإعلام الآلي الضرورية للقطاع.

والملاحظ من خلال هذا المهام التي كلفت بها هذه الأخيرة أن الدولة تسهر على تطوير تكنولوجيات الإعلام والاتصال بالقطاع الصحي والذي يعمل بدوره على إرساء مبدأ الشفافية ويساهم في ربح الوقت أثناء التنسيق بين وحدات القطاع ومسايرة المستجدات الحديثة سواء على المستوى العالمي أو الوطني أو المحلي.

الفرع الرابع: اللجان الوطنية المساهمة في صنع السياسة الصحية

في إطار إرساء مبدأ التشاركية في صنع القرارات المتعلقة بالسياسات الصحية في البلاد نجد أن هناك لجان وطنية مفتقدة للشخصية المعنوية ذات طابع فيسفاي متكونة من عدة قطاعات ووزارات بالإضافة إلى ممثلي وزارة الصحة، مع العلم أن أماناتها موجودة في الإدارة المركزية بوزارة الصحة والسكان وهناك لجنة أخرى على مستوى مجلس الأمة تختص بالمسائل المتعلقة بالصحة العامة، وفي هذا الإطار سنتطرق لبعض اللجان التي تعتبر شريك فعال في تطوير السياسة الصحية داخل البلاد.

1) لجنة الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل والتضامن الوطني: تختص لجنة الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل والتضامن الوطني بالمسائل المتعلقة بالصحة العامة والمجاهدين وأبناء الأرواح الشهداء وأصولهم، وضحايا الإرهاب وحماية الطفولة والأسرة والقواعد العامة المتعلقة بقانون العمل وممارسة الحق النقابي وسياسة التشغيل والمعوقين والمسنين والتضامن الوطني والضمان الاجتماعي وهذا حسب المادة الرابعة والعشرون (24) من النظام الداخلي لمجلس الأمة.¹

2) اللجنة المركزية لإعداد مشروع المخطط التوجيهي القطاعي للصحة: يرأس اللجنة المركزية لإعداد مشروع المخطط التوجيهي القطاعي للصحة الموضوعة لدى الوزير المكلف بالصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وطبقاً للمادة الثالثة (03) من القرار الوزاري المشترك الذي يحدد تشكيلة اللجنة المركزية لإعداد مشروع المخطط التوجيهي القطاعي للصحة وكيفية عملها²، يكلف اللجنة المركزية لإعداد مشروع المخطط التوجيهي القطاعي للصحة بدراسة مشروع المخطط التوجيهي الذي تعده وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والقيام بالاستشارات والمشاورات المتعلقة بمشروع المخطط التوجيهي التي تراها ضرورية، إذا تتولى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أمانة اللجنة وتجتمع اللجنة المركزية كلما اقتضى الأمر ذلك في دورة عادية باستدعاء من رئيسها، وطبقاً للمادة العاشرة (10) من نفس القرار الوزاري المشترك " تعد اللجنة المركزية لإعداد مشروع المخطط التوجيهي القطاعي للصحة نظامها الداخلي وتصادق عليه ".

3) اللجنة الوطنية للسكان واللجان الولائية للسكان: تنشأ لدى الوزير المكلف بالسكان لجنة وطنية للسكان، وطبقاً للمادة الثالثة (03) من المرسوم التنفيذي رقم 02-312 التي تتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للسكان واللجان الولائية للسكان وتنظيمها وسيرها³ تعتبر اللجنة الوطنية للسكان جهازاً دائماً للاستشارة والتشاور، تكلف بالمساهمة في تحديد السياسة الوطنية للسكان وتنسيقها وتنشيطها ومتابعتها وتقييمها ". وتكلف اللجنة الوطنية للسكان باقتراح وإعداد كل دراسة تساهم في تحديد السياسة الوطنية للسكان وإعادة ضبط أهدافها، واقتراح كل إجراء من شأنه أن يضمن تنفيذ السياسة الوطنية للسكان بصفة

1 www.mrp.gov.dz/Ministere_Arobe/kanourapr.htm.

2 القرار الوزاري، المؤرخ في 09 جويلية 2006 الذي يحدد تشكيلة اللجنة المركزية لإعداد مشروع المخطط التوجيهي القطاعي للصحة وكيفية عملها، ج ر ج ج، رقم 65، المؤرخة في 15 أكتوبر 2006، ص 20.

3 المرسوم التنفيذي رقم 02-312، المؤرخ في 02 أكتوبر 2002 الذي يتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للسكان واللجان الولائية للسكان وتنظيمها وسيرها، ج ر ج ج، رقم 66، المؤرخة في 06 أكتوبر 2002، ص 9.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

عقلانية وفعالة، والمساهمة في إعداد برنامج العمل الوطني المتعلق بالتحكم في النمو الديموغرافي بتطوير التنظيم العائلي، وتقييم البرامج القطاعية المسطرة في ميدان السكان، بالإضافة إلى اقتراح كل إجراء من شأنه أن يساهم في تحقيق التوازن بين النمو الديموغرافي والنمو الاقتصادي والاجتماعي، وكذلك تعمل على جمع المعلومات والمعطيات المتعلقة بالسكان والنمو الديموغرافي وتحليلها، والمساهمة في تدعيم بنك المعطيات بالمعلومات التي تدخل في مجال نشاطها، بالإضافة إلى ترقية نشاطات الإعلام والتربية والاتصال في مجال السكان، وتضمن متابعة أشغال اللجان الولائية للسكان وتنسيقها وتوجيهها.

وتتشكل اللجان الولائية للسكان من أغلب القطاعات بالحكومة بالإضافة خمسة (05) ممثلين عن الجمعيات التي تنشط في ميدان السكان والتنمية، وخمسة (05) خبراء في الميادين المرتبطة بالسكان ويمكن اللجنة الوطنية للسكان أن تستدعي عند الحاجة كل شخص طبيعي أو معنوي يمكنه بحكم كفاءته أن يساعدها في أشغالها.

4) اللجنة الوطنية للوقاية من الأمراض المتقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) ومكافحتها: أنشأت هذه اللجنة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 12-116 والذي يتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة الوطنية من الأمراض المتقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) ومكافحتها¹، واللجنة الوطنية جهاز دائم استشاري وتشاوري للتنسيق ومتابعة وتقييم مجموع نشاطات الوقاية من الأمراض المتقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) ومكافحتها وتكلف بإعداد آليات تنفيذ تدابير الوقاية والمكافحة وضمان متابعتها على المستوى الوطني، والمشاركة في إعداد البرامج الوطني للوقاية من الأمراض المتقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) ومكافحتها والتنسيق والسهر على إعداد وانسجام مخططات النشاطات القطاعية بالتشاور مع كل القطاعات المعنية وتقديم الدعم التقني الضروري لمختلف القطاعات المعنية بالإضافة إلى تقييم احتياجات المخطط الوطني الاستراتيجي للوقاية من الأمراض المتقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) واقتراح الإجراءات الرامية إلى انسجام تنفيذ النشاطات المختلفة بالإضافة إلى السهر على إدماج مفهوم احترام حقوق الإنسان في مخططات التنفيذ، وفقاً للاتفاقيات المتعلقة بحقوق الإنسان التي صادقت عليها الجزائر، وكذلك تحفيز كل نشاط بحث له صلة بمهامها، والمبادرة بنشاطات الإعلام والتحسيس والاتصال

1 المرسوم التنفيذي رقم 12-116، المؤرخ في 11 مارس 2012 والذي يتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة الوطنية من الأمراض المتقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) ومكافحتها، ج ر ج ج، رقم 16، المؤرخة في 21 مارس 2012، ص 14.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الاجتماعي، وجمع التقارير عن نشاطات اللجان الولائية ودراستها وتعميمها واعتمادها وكذلك اقتراح كل التدابير ذات الطابع الطبي والتقني والقانوني أو الإداري المتعلقة بالوقاية من الأمراض المذكورة أعلاه ومكافحتها.

ومن الفواعل التي تتشكل منها اللجنة نجد تمثيل أغلب القطاعات بالإضافة إلى ممثل عن المؤسسات والهيئات الوطنية مثل الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها. والمجلس الوطني لأخلاقيات علوم الصحة، والمعهد الوطني للصحة العمومية، ومعهد باستور، والوكالة الوطنية للدّم وبعض المنظمات والجمعيات تذكر منها منظمة أصحاب العمل الأكثر تمثيلاً، الهلال الأحمر الجزائري، الكشافة الإسلامية، جمعية الأشخاص المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري، وثلاثة (03) جمعيات الناشطة في مجال الوقاية من متلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) ومكافحتها، بالإضافة إلى ثلاث (03) شخصيات معترف بكفاءاتها في مجال الأمراض المتقلبة جنسيا يعينها الوزير المكلف بالصحة، إذ نجد كذلك اللجنة الولائية التي يرأسها الوالي تقوم بتنسيق ومتابعة مجمل نشاطات الوقاية من الأمراض المذكورة أعلاه ومكافحتها.

5) اللجنة الوطنية لليقظة والمتابعة ومكافحة الأنفلونزا من أصل الطيور: أنشأت هذه اللجنة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 06-75¹ الذي يتضمن إحداث لجنة وطنية ولجان ولائية لليقظة والمتابعة ومكافحة الأنفلونزا من أصل الطيور وتنظيمها وسيرها، إذ تحدث هذه اللجنة لدى وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتولى تحديد مخطط وطني لتدخل قطاعي مشترك لمكافحة الأنفلونزا من أصل الطيور ودعم التنسيق في هذا المجال بين المصالح الصحية والبيطرية والمصالح المعنية التابعة للقطاعات الوزارية الأخرى الأعضاء في اللجنة الوطنية، تجنب دخول أنفلونزا من أصل الطيور إلى بلادنا، بالإضافة إلى تقييم الوسائل البشرية والمادية الضرورية لتنفيذ المخطط الوطني للتدخل القطاعي المشترك لمكافحة أنفلونزا من أصلا الطيور على الصعيد الدولي والجهوي والوطني وتقييم الأخطار المرتبطة بها، واقتراح كل التدابير الضرورية قصد دعم وتكثيف جهاز الوقاية والمكافحة الذي تم وضعه بالإضافة إلى إقامة علاقات مع هيئة وطنية ودولية تعالج هذا الداء.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 06-75 المؤرخ في 18 فيفري 2006 الذي يتضمن إحداث لجنة وطنية ولجان ولائية لليقظة والمتابعة ومكافحة الأنفلونزا من أصل الطيور وتنظيمها وسيرها، ج ر ج ج، رقم 9، المؤرخة في 18 فيفري 2006 ص 19.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ونفس الشيء بالنسبة لتشكيلة اللجنة الوطنية فهي متكونة من عدة شركاء من قطاعات مختلفة، إذا نجد كذلك على المستوى الولائي تحدث لدى كل والي، لجنة ولائية لليقظة والمتابعة ومكافحة الأنفلونزا من أصل الطيور .

6) اللجنة الوطنية للحماية الصحية من خطر التسمم: أنشأت هذه اللجنة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 03-353 الذي يتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للحماية الصحية من خطر التسمم وتنظيمها وسيرها¹، وتتكلف اللجنة الموضوعة لدى الوزير المكلف بالصحة، في إطار السياسة الوطنية للصحة بالمساهمة في إعداد برنامج وطني للوقاية والحماية من خطر التسمم وكذلك تتولى مهمة اقتراح آلية لتنسيق الأعمال التي تقوم بها جميع المؤسسات والهيئات المعنية بخطر التسمم واقتراح كل تدابير ذي طابع تقني أو تنظيمي موجه للحماية من خطر التسمم، وكذلك يتم اقتراح برامج إعلام السكان المعرضين للخطر وتحسيسهم وتربيتهم، بالإضافة إلى اقتراح منظومة إعلامية حول كل المواد السامة، تسمح بتحديد موقع خطر التسمم وتشخيصه وتقييم خطورته واقتراح كل التدابير للحماية الصحية المناسبة، وجمع ودراسة واستغلال كل المعلومات المفيدة والمشاركة في إنشاء بنك المعطيات والسهر دائما على تحيينه وتتشكل اللجنة من ممثلين عن قطاعات مختلفة بالحكومة بالإضافة إلى ممثلين عن الهياكل والهيئات الوطنية وتسعة (09) خبراء مؤهلين في البيئة، البيولوجيا، علم البيئة، الطب البيطري.

7) اللجنة الوطنية المكلفة بالتنسيق ما بين القطاعات في مجال صحة المستهلك من الأخطار الغذائية: أنشأت هذه اللجنة بموجب القرار الوزاري و الذي يتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة الوطنية المكلفة بالتنسيق ما بين القطاعات في مجال حماية صحة المستهلك من الأخطار الغذائية² وتكلف اللجنة الوطنية بإعداد واقتراح برنامج أعمال سنوي يتمحور حول تنسيق وتكامل أعمال المراقبة وتقييم وتحقيق المنظومة التشريعية والتنظيمية السارية المفعول، وإثارة كل الأعمال التي تهدف إلى تحقيق تكامل فعال للوسائل المتوفرة قصد الوصول إلى أهداف المحددة، والسهر على تنفيذ البرامج المقرر وتقييم

1 المرسوم التنفيذي رقم 03-353، المؤرخ في 15 أكتوبر 2003 يتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للحماية الصحية من خطر التسمم وتنظيمها وسيرها، ج ر ج ج، رقم 62، المؤرخة في 19 أكتوبر 2003، ص14.

2 قرار وزاري، المؤرخ في 20 مارس 1999و الذي يتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة الوطنية المكلفة بالتنسيق ما بين القطاعات في مجال حماية صحة المستهلك من الأخطار الغذائية، ج ر ج ج، رقم 32، المؤرخة في 02ماي 1999 ص15.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

نتائج وإرسال تقرير عن ذلك إلى الوزراء المعنيين، بالإضافة إلى إرسال تقرير سنوي إلى رئيس الحكومة في 31 يناير من كل سنة، وكذلك القيام بمهام التفتيش لمعاينة تطبيق القرارات المتخذة.

إذ تشكل اللجنة الوطنية من ممثلي الوزارات الآتية: العدل، الداخلية والجماعات المحلية والبيئة الصحة والسكان، الفلاحة والصيد البحري، التجارة، وباستطاعة اللجنة الوطنية أن تستعين بكل هيئة أو جمعية أو خبراء يتم اختيارهم حسب مؤهلاتهم، مع العلم أن هذه اللجنة يرأسها وزير الصحة والسكان.

(8) اللجنة المركزية لاعتماد مؤسسات إنتاج المنتجات الصيدلانية: أنشأت هذه اللجنة بموجب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 12 جوان 1993¹ والذي يحدد تشكيلة اللجنة المركزية لاعتماد مؤسسات إنتاج المنتجات الصيدلانية وشروط عملها المئتم بالقرار الوزاري المؤرخ في 20 جوان 1999 وتتولى الأمانة التقنية للجنة مديرية الصيدلانية والدواء بوزارة الصحة والسكان، إذ تكمن مهام اللجنة في اقتراح قائمة المنتجات الصيدلانية القابلة للتعويض وكذلك تقترح عدم تعويض المواد الصيدلانية المسجلة في قائمة المنتجات الصيدلانية القابلة للتعويض بالإضافة إلى اقتراح التعريف المرجعية للتعويض.

وتتكون اللجنة من المدير العام للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية والمدير العام لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء ومدير الصيدلة والدواء بوزارة الصحة والسكان، وكذلك مدير الأوضاع الاقتصادية بوزارة التجارة والمدير العام للمركز الوطني لرصد الأسواق الخارجية والصفقات التجارية، وطبيب مستشار لدى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، وكذلك صيدلي مستشار لدى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية.

ومن خلال عرض معظم اللجان الوطنية التي تشكل فواعل رسمية في رسم السياسة الصحية بالجزائر، وبمساهمة جميع القطاعات والشركاء الاجتماعيين مع الوزارة الوصية للصحة، والملاحظ أن الحكومة من خلال هذه المراسيم السابقة الذكر، والقرارات الوزارية تهيء للبيئة القانونية المساعدة لعمل هذه اللجان فالحكومة معنية بوضع الإطار العام للقانون والتشريع الثابت والفعال لأنشطة القطاع العام مثلما تكون معنية بتأكيد وصول الخدمات الصحية بعدالة للمواطنين .

فالحكامة الصحية الجيدة تتجسد في توفير الحكومة للمواطنين صحة جيدة وبالخصوص الفئات الأكثر فقراً في المجتمع وتحقيق وإدامة نوع الحياة التي يطمحون لها. من خلال عمل هذه اللجان والوزارة الوصية للصحة.

1 القرار الوزاري، المؤرخ في 12 جوان 1993 الذي يحدد تشكيلة اللجنة المركزية لاعتماد مؤسسات إنتاج المنتجات الصيدلانية وشروط عملها، ج ر ج ج، العدد 48، المؤرخة في 20 جويلية 1999، ص 11.

المطلب الثاني: الجماعات المحلية كمساهم في تقديم الخدمات الصحية

في الوقت الذي تتشكل فيه مقاربات جديدة للحكامة وتصمم فيه آليات للتحليل، تقوم اليوم الأجهزة الحكومية بالدولة النامية والسائرة في طريق النمو بمجهودات عملية لتقويم الحكامة وهذا عن طريق إعطاء دور مهم في الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية للحكامة المحلية والتي تعتبر أهم حلقة لتقريب الإدارة من المواطن. وإن تركيبة هذه الأخيرة تتشكل من عدم التركيز والممثل في مديرية الصحة والوالي ومصلحة الدائرة من جهة والمصالح الصحية على الولاية والبلدية والتي تجسد اللامركزية الإدارية على أرض الواقع من جهة آخر، كما تعنى كل هذه الأطراف بتجسيد الحكامة المحلية وصلاحياتها في مجال الصحة العمومية بموجب القانون. ولهذا ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع ، نتناول في الأول المصالح المحلية على مستوى إدارة عدم التركيز ، وفي الفرع الثاني نتطرق إلى المصالح الصحية المحلية على مستوى الإدارة اللامركزية بالولاية ، أما الفرع الثالث سنتطرق فيه للمصالح الصحية المحلية على مستوى الإدارة اللامركزية بالبلدية .

الفرع الأول: المصالح الصحية المحلية على مستوى إدارة عدم التركيز

توجد هناك هيئات في الدولة لها دور هام في إرساء الحكامة الصحية المحلية ويتجسد دورها في التنسيق بين المصالح المركزية واللامركزية ، فنجد مثلا مديرية الصحة والوالي لهما صلاحيات في مجال الصحة العمومية ومنظمان بموجب قوانين، وبالإضافة إلى الدائرة بصفتها مصلحة إدارية موجودة في إطار عدم التركيز الإداري. وهي كذلك لها صلاحيات في مجال الصحة العمومية، إذ تسعى كل هذه الفواعل إلى تجسيد الحكامة المحلية من خلال تطبيق القوانين بالمساواة على جميع المواطنين سواسية، وإرساء مبدأ الشفافية، وتدعيم عملية المحاسبة والمسائلة، وإعطاء أهمية لمبدأ الشراكة وكل هذا يتضح من خلال القوانين التي تسير الهيئات اللاحقة الذكر.

النقطة الأولى:

مديرية الصحة والسكان: وهي هيئة إدارية موجودة في إطار عدم التركيز الإداري إذ تتكون مديرية الصحة والسكان من مصالح مهيكلة في شكل مكاتب وذلك طبقا للمادة الثامنة (08) من المرسوم التنفيذي 97-261 الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها¹.

¹ المرسوم التنفيذي 97-261، المؤرخ في 14 جويلية 1997 الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، ج ر ج ج، رقم 47، المؤرخة في 16 جويلية 1997، ص13.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

إذ يلاحظ أن المشرع الجزائري قد جسد من خلال المهام الموكلة لمديرية الصحة بعض خصائص الحكامة الجيدة، بحيث تكلف المديرية بالسهر على تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتصلة بأنشطة الصحة والسكان، بالإضافة كذلك إلى تكريس الإدامة الرامية إلى التقليل من نسبة الوفيات ورفع نسبة الولادات إذ تنشط مديرية الصحة والسكان بالتنسيق وتقوم بتنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة لاسيما في مجال الوقاية العامة وحماية الطفولة والحماية الصحية في الأوساط الخاصة وكذلك في مجال التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي وترقية الصحة التناسلية، وفي إطار تطبيق هذه السياسة لوحظ ارتفاع للولادات لسنة 2014 لم يسبق له مثيل حيث سجلت مصالح الحالة المدنية 1014000 ولادة حية وهو ما يعادل 2700 ولادة حية في اليوم، بينما سجلت سنة 2013 معدل 26000 ولادة في اليوم، ويُدلي توزيع الولادات حسب الجنس عن نسبة الذكور بلغت 104 ذكر لكل 100 أنثى، أما المعدل الخام للولادات فقد ارتفع من 25.14% إلى 25.93% ما بين 2013 و 2014، كما شهدت سنة 2014 ارتفاعاً لمؤشر الخصوبة الكلي الذي بلغ 3.03 طفل لكل امرأة.* أما متوسط العمر عند الإنجاب،** فهو يواصل في الانخفاض بالوتيرة المعهودة والتي بلغت 0.1 في كل عام ليبلغ 31.3 سنة،¹ بالإضافة إلى دراسة برامج الاستثمار ومتابعتها في إطار التنظيمات والإجراءات المعمول بها وكذلك السهر على احترام السلم التسلسلي للعلاج القاعدي.

إذ يرى الباحث بان المشرع الجزائري قد حاول ترسيخ خاصية من خصائص الحكامة في نفس نص المادة وهي الكفاية والفعالية في استخدام الموارد والتي تتمثل في السهر على التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمادية والمالية دون المساس بالصلاحيات المخولة قانونا لمديري الصحة الجهويين ورؤساء مؤسسات الصحة وكذلك ترسيخ ميزة المشاركة من خلال تشجيع وتطوير كل أنشطة الاتصال الاجتماعي لاسيما التربوية الصحية بالاتصال مع الجمعيات الاجتماعية المهنية والشركاء الآخرين المعنيين، إذ يسهر المشرع كذلك على ترسيخ الشفافية من خلال وضع جهاز يختص بجمع المعلومات الصحية والوبائية والديموغرافية واستغلالها وتحليلها وتبليغها، وكذلك تجسيد الرقابة من خلال متابعة وتقييم تنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة وتقييمها، وللمديرية دور تنظيمي والذي

* مؤشر الخصوبة الكلي: هو عدد الأطفال المولودين أحياء لكل امرأة خلال فترة حياتها الإنجابية، مع افتراض خضوعها لنفس ظروف الخصوبة الملاحظة خلال هذه السنة.

** متوسط العمر عند الإنجاب: تعني السن المتوسط للنساء اللواتي وضعن مولوداً في السنة.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

يتمثل في إعداد التّراخيص المتعلق بممارسة مهن الصحة وضمان مراقبتها، وتعد المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الإسعافات وتنسيقها في حالة حدوث كوارث مهما كانت طبيعتها وكذلك تنشيط الهياكل الصحية وتنسيقها و تقومها، وتسهر على وضع الإجراءات المتعلقة بحفظ المنشآت وتجهيزات الصحة وصيانتها حيز التنفيذ، وكذلك ممارسة الرقابة من خلال تأطير هياكل الصحة ومؤسساتها العمومية والخاصة وتفتيشها وتشرف وتسهر على السير الحسن للمسابقات والامتحانات المهنية لإرساء العدالة والمساواة في التوظيف.

ونجد من خلال المهام التي أوكلت لمديرية الصحة والسكان أن معظم المهام الموكلة لهذه الأخيرة تجسد مميزات الحكامة الجيدة ولكن الواقع عكس ذلك، لكون هذه المواد حبر على ورق نتيجة غياب الرقابة والمساءلة على مدى الوقوف للسير الحسن لهذه القوانين، بالإضافة إلى التخاذل في تطبيق هذه النصوص وهذا راجع لعدم كفاءة المدراء الولائيين للصحة باعتبار هذا المنصب عبارة منصب سياسي لا يخدم القطاع، ومن المفروض أن تختار كفاءات لتسيير هيئة إدارية حساسة مثل هذه، وهذا مما يغذي بروز الحكامة التي تبنى على الكفاءات في تسيير المرافق العامة.

النقطة الثانية:

دور الوالي ومصحة الدائرة في المجال الصحي: إن الحفاظ على الصحة العامة للمواطنين يتطلب تضامناً من طرف السلطات العمومية، ومن هذه السلطات التي تسهر للحفاظ على النظام والأمن والسلامة والسكينة العامة داخل إقليم الولاية؛ نجد الوالي والذي يعتبر سلطة إدارية ممثلة للدولة، وباعتبار الولاية دائرة إدارية غير ممرّكة للدولة وتشكل بهذه الصفة فضاء لتنفيذ السياسات العمومية التضامنية والتشارورية بين الجماعات الإقليمية والدولة إذ يساهم الوالي في تحقيق الحكامة المحلية الجيدة من خلال إدارة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وترقية وتحسين الإطار الصحي للمواطنين، كما اقتضت ذلك مواد القانون الجديد رقم 07-12 يتعلق بالولاية¹ الذي ألغى قانون الولاية السابق رقم 09-90² وطبقاً للمادة 116 من القانون رقم 07-12 والتي تنص على أنه يمكن للوالي عندما تقتضي الظروف الاستثنائية ذلك، أن يطلب تدخل قوات الشرطة والدرك الوطني المتواجد على

1 قانون رقم 07-12، المؤرخ في 21 فيفري 2012 يتعلق بالولاية، ج ر ج ج، رقم 12، المؤرخة في 29 فيفري 2012 ص05.

2 قانون رقم 09-90، المؤرخ في 07 أفريل 1990 يتعلق بالولاية، ج ر ج ج، رقم 15، المؤرخة في 11 أفريل 1990 ص504.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

إقليم الولاية، عن طريق التسخير بما فيها تلك الخاصة بالصحة العمومية كالعدوى الوبائية والتي تشرف عليها اللجنة الولائية لمكافحة الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان وكذلك الأمراض المتنقلة عن طريق المياه وغيرها، إذ تتمثل أبرز الأدوار التي يقوم بها الوالي في الضبط الإداري هي الحفاظ على الصحة العامة، والتي يقصد بها حماية صحة الأفراد من كل ما من شأنه أن يضر بها من أمراض أو أوبئة إذا تعدد الإدارة إلى تطعيم الأفراد من الأمراض المعدية وتتخذ الإجراءات التي تمنع انتشارها، كما تشرف على توفير المياه الصالحة للشرب وتراقب صلاحية الأغذية للاستهلاك البشري ومدى تقيد المحلات العامة، قد توسعت إلى حد كبير بفعل انتشار التلوث وكثرة الاعتماد على المواد الكيماوية في الصناعة وتأثير ذلك على صحة الأفراد¹.

إذا نشاط الضبط الإداري المتعلق بالصحة العامة يتمثل في اتخاذ الإجراءات والتدابير التي تكفل المحافظة على صحة الأفراد، أي تحقيق ميزة الإدامة والكفاية والفعالية في استخدام الموارد المختلفة من قبل المؤسسات بأمر من الوالي للتقليل من المخاطر الصحية، وعلى هذا الأساس يستطيع الوالي مثلا أن يصدر لوائح يمنع بها تعرض المأكولات للتلوث، أو منع بعض السلع واللحوم من عرضها وبيعها على الهواء الطلق دون اتخاذ الإجراءات الصحية، أو اتخاذ الإجراءات التي تكفل تغذية الأفراد أو اتخاذ قرارات والقيام ببعض النشاطات التي تساعد في منع انتشار الأوبئة، بالإضافة إلى الصلاحيات المخولة للوالي في المادة الثانية (02) والسادسة (06) من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 والذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها،² إذ تنص المادتين أن الوالي له سلطة الوصايا على المؤسسات وكذلك نص المادة الحادي عشر (11) من نفس المرسوم أن الوالي هو رئيس مجلس الإدارة وله كذلك صلاحية الرقابة على مشاريع ميزانية هذه المؤسسات العمومية الصحية باعتبارها هو من يقوم بالمصادقة عليها.

وفي هذا الإطار فإن الوالي له دور كبير في تحقيق رسالة المصالح المركزية لتحسين الخدمة الصحية على المستوى المحلي من خلال الصلاحيات الممنوحة له بصفته سلطة ضبط إداري، ويعتبر كذلك حلقة أساسية في خلق القواعد الأساسية للحكامة الصحية.

1 علاء الدين عشي، مدخل القانون الإداري ، ج2، دار الهدى ، الجزائر، 2010، ص ص 38.39.

2 المرسوم التنفيذي رقم 07-140، المؤرخ 07 ماي 2007 والذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها، ج ر ج ج، العدد 33، المؤرخة في 20 ماي 2007، ص10.

كما أنه من المفروض إعطاء صلاحية للوالي بإنشاء لجنة مكونة من أطباء خصاص ومختصين في إدارة الصحة والجمعيات المرتفعة بالصحة لمعالجة القضايا المتعلقة بالصحة العامة والعمومية. أما عن مكتب النظافة في الدائرة فقد تم انتشاره بموجب المنشور الوزاري رقم 60 المؤرخ في 04 مارس 1997 على مستوى الدائرة، وإن حالتها القانونية تشبه حالة الدائرة في النظام الإداري الجزائري باعتباره هذه الأخيرة مصلحة إدارية موجودة فعليا وميدانيا، وذلك بالرغم من عدم تنظيمها لا في قانون البلدية رقم 10-11 المؤرخ في 22 جوان 2011 ولا في قانون الولاية رقم 07-12 المؤرخ في 21 فيفري 2012 المذكورين أعلاه¹ إذا أن هذا المكتب يعمل على حفظ الصحة بالبلدية.

الفرع الثاني: المصالح الصحية على مستوى الإدارة اللامركزية بالولاية

تلعب الولاية دوراً هاماً في إرساء الحكامة المحلية للصحة ويتجسد دورها في التكفل بالسياسة الصحة العمومية على المستوى المحلي، وبصفتها الجماعية الإقليمية اللامركزية التي تعمل دائما على ضمان الإطار المحدد لتوزيع صلاحيات ووسائل الدولة بين مستوياتها المركزية والإقليمية، فهي كذلك حسب نص المادة السابعة (07) من قانون الولاية 07-12 التي تعمل على تحقيق العدالة والمساواة من خلال إنشاء مصالح عمومية للتكفل باحتياجات المواطن وتضمن له الاستمرارية والتساوي في الانتفاع، ولا ننسى أن المجلس الشعبي الولائي له بعض الصلاحيات فيما يخص الصحة العمومية طبقا لنفس مواد القانون والتي لا نقل شأنها عن سابقتها.

المجلس الشعبي الولائي: للمجلس الشعبي الولائي دورا هاما في تحقيق الحكامة المحلية بالمجال الصحي وكذلك في تسيير الشأن الصحي على مستوى الولاية من جهة يلعب دور الرقيب عن طريق لجنة الصحة ، ومن جهة أخرى تكون قراراته ناجعة لكونها مطلبا شعبياً وفي هذا الإطار نجد أن المادة (94) و (96) من قانون الولاية تبيان أهمية ودور هذه الهيئة وطبقاً للمادة أربعة وتسعون (94) من نفس القانون يتولى المجلس الشعبي الولائي في ضل احترام المعايير الوطنية في مجال الصحة العمومية، إنجاز تجهيزات الصحة التي تتجاوز إمكانيات البلدية، ويسهر على تطبيق تدابير الوقاية الصحية إذ يتخذ في هذا الإطار كل التدابير لتشجيع إنشاء هياكل مكلفة بمراقبة وحفظ الصحة في المؤسسات المستقبلية للجمهور وفي المواد الاستهلاكية. ونجد المادة (96) كذلك تنص على أن المجلس الشعبي الولائي يساهم بالتنسيق مع البلدية في كل نشاط اجتماعي بهدف ضمان كل من تنفيذ البرنامج الوطني

1 عمر شنتير رضا، المرجع السابق، ص 67.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

للتحكم في النمو الديموغرافي وحماية الأم والطفل، ومساعدة الطفولة، ومساعدة المسنين والأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وكذلك يساهم المجلس الشعبي الولائي بالاتصال مع البلديات في تنفيذ كل الأعمال المتعلقة بمخطط تنظيم الإسعافات والكوارث والآفات الطبيعية والوقاية من الأوبئة ومكافحتها ويمكن للولاية أن تنشئ قصد تلبية الحاجات الجماعية لمواطنيها بموجب مداولة المجلس الشعبي الولائي مصالح عمومية ولأئنة للتكفل على وجه الخصوص بالنظافة والصحة العمومية ومراقبة الجودة، ومساعدة ورعاية الطفولة والأشخاص المسنين أو الذين يعانون من إعاقة أو أمراض مزمنة بالإضافة إلى الصلاحيات التي حولها المشرع الجزائري في المجال الصحي، نجد كذلك أنه عضو دائم في مجلس الإدارة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية وهذا طبقا للمادة (11) من المرسوم التنفيذي 140-07 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها وكذلك الحال بالنسبة للمراكز الاستشفائية الجامعية.

إذا يتجلى من خلال المهام الموكلة للمجلس الشعبي الولائي للحفاظ على صحة المواطنين وتقديم خدمات ترقى بالأفراد وتحقيق العدالة والمساواة بينهم، إن هذه السلطة المنتخبة هي أحد أهم الفواعل في رسم السياسة الصحية¹، ولكن بالرغم من الدور المنوط بها إلا أننا نلاحظ تقصير كبير من طرف لجنة الصحة التابعة للمجلس الشعبي الولائي .

الفرع الثالث: المصالح الصحية على مستوى الإدارة اللامركزية بالبلدية

تعد البلدية الوحدة الأساسية للإدارة المحلية فهي تخضع لنظام معين في إحداثها ونظرا لأهميتها في تجسيد الحكامة المحلية على أرض الميدان فقد ميزها المشرع عن غيرها بخصائص منحت لها بموجب القانون، وبالإضافة إلى ذلك فقد نصت المادة الثانية (02) من القانون رقم 10-11 المؤرخ في 22 جوان 2011 يتعلق بالبلدية² الذي ألغى أحكام القانون رقم 80-90 يتعلق بالبلدية على أن البلدية هي القاعدة الإقليمية للامركزية،³ ومكان لممارسة المواطنة وتشكل إطار مشاركة المواطن في تسيير الشؤون العمومية، ومن خلال هذه الأخيرة يتضح أن المشرع الجزائري يرى أن البلدية هي من أهم الفواعل

1 المرسوم التنفيذي رقم 140-07، المرجع السابق، ص 21.

2 القانون رقم 10-11، المؤرخ في 22 جوان 2011 المتعلق بالبلدية، ج ر ج ج، رقم 37، المؤرخة في 03 جويلية 2011، ص 04.

3 القانون رقم 80-90، المؤرخ في 07 أفريل 1990 المتعلق بالبلدية، ج ر ج ج، رقم 15، المؤرخة في 11 أفريل 1990 ص 488.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الرسمية و تعتبر بمثابة الأرضية الخصبة لتجسيد الحكامة المحلية عن طريق إشراك المواطنين في صنع القرارات التي تهم حياتهم اليومية.

صلاحيات المجلس الشعبي البلدي في المجال الصحي: مما لا شك فيه أن صحة المواطن مرتبطة بنظافة محيطه، ويلعب المجلس الشعبي البلدي دوراً هاماً في المجال، حفاظاً على سلامة المواطن من كل خطر يهدد حياته ويتجلى ذلك من خلال القوانين ذات الصلة بالصحة والنظافة، أو من خلال ما تضمنته المادة (31) من القانون 10-11 الخاصة بلجان المجلس الشعبي البلدي الذي خص صحة المواطنين بلجنة الصحة والنظافة وحماية البيئة، بالإضافة إلى تنسيق المجلس الشعبي البلدي مع الجمعيات المرتفعة بالصحة ، والتي تعتبر عضو في مجلس الإدارة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية والمراكز الجامعية طبقاً للمرسوم التنفيذي 07-140 حيث نصت المادة (122) من نفس القانون بأنه بإمكان البلديات في حدود إمكانياتها تشجيع ترقية الحركة الجمعوية في ميادين الشباب والثقافة والرياضة والتسليية وثقافة النظافة والصحة، ومساعدة الفئات الاجتماعية المحرومة لاسيما منها ذوي الاحتياجات الخاصة، مما يعني أن هذا الفضاء المتاح للجمعيات يتيح للسكان المحلية المشاركة في اتخاذ القرارات التي تهم شأنهم وذلك عبر الجمعيات المرتبطة بالصحة ومنتخبهم المحليين بالإضافة أن هذه الجمعيات واللجان الخاصة بالصحة تمد الهيئات المركزية عن طريق التفاعل مع هيئات عدم التركيز بالأطر اللازمة وجعله أداة لإنعاش الممارسة التشريعية إذ تتجسد صلاحيات المجلس الشعبي البلدي في عدة مجالات ويمكننا أن نلخص هذه المجالات فيما يلي:

أولاً- دور البلدية في محاربة التلوث: لقد أوكل المشرع للبلدية بمساهمة من المصالح التقنية للدولة وكذا بالتنسيق مع مختلف المتعاملين سواء مستثمرين أو هيئات عمومية مهمة دراسة الأخطار قبل القيام بأي مشروع وهذا للقيام بدراسة تقنية واقتصادية واجتماعية لأي مشروع ينجز فوق تراب بلدية ما ولتحقيق البلدية هذه الأهداف تقوم بوضع الإجراءات التالية محل التنفيذ والمتابعة:

أ- **تسيير النفايات:** وذلك من خلال إنشاء أماكن التفريغ العمومي متخصصة في نوع من النفايات، سواء تعلق الأمر بالنفايات المنزلية أو حتى الصناعية أو المواد المستعملة في المستشفيات.

ب- **محاربة التلوث:** من خلال فرض رقابة صارمة على مختلف المؤسسات وجعلها تحترم إجراءات محاربة التلوث.

ثانيا- دور البلدية في مجال الحفاظ على الصحة العامة: في غالب الأحيان يعتبر مسؤولي البلديات، بأن الحفاظ على صحة المواطن هي مهمة لا تدخل في صلاحيات البلدية، إلا أننا نجد المادة (123) من القانون 10-11 المتعلق بالبلدية ، تنص على أن البلدية تسهر بمساهمة المصالح التقنية للدولة على احترام التشريع والتنظيم المعمول بهما المتعلق بحفظ الصحة والنظافة العمومية، ولا سيما في مجالات توزيع المياه الصالحة للشرب، صرف المياه المستعملة ومعالجتها، جمع النفايات الصلبة ونقلها ومعالجتها، مكافحة نواقل الأمراض المتقلة، الحفاظ على صحة الأغذية والأماكن والمؤسسات المستقبلية للجمهور وصيانة طرقات البلدية، وكذلك إشارات المرور التابعة لشبكة طرقاتها.

المطلب الثالث: علاقة الحكامة الصحية بالسلطات المركزية واللامركزية

إن لمفهوم الحكامة مدلول واسع يشمل جوانب كثيرة باعتبارها نظام القيم والسياسات والمؤسسات التي يدير بها المجتمع شؤونه الاقتصادية والسياسية والاجتماعية، مما ينجم عن ذلك تعددية الفواعل المعنية بتكريس مفهوم الحكامة الصحية على جميع المستويات والأصعدة. والجدير بالذكر أن جودة الخدمة الصحية لن تتحقق إلا من خلال العمل المتواصل للسلطات المركزية واللامركزية على تجسيد الحكامة الصحية المحلية ، والذي بالضرورة يقتدي تخفيف العبء على الهيئات الاستشفائية والوصول إلى خدمة صحية جيدة لان سلسلة الصحة مترابطة مع هاتة الفواعل الرسمية.

تأسيسيا على ما تم تناوله سالفًا سنتطرق إلى علاقة الحكامة الصحية بالسلطات المركزية في الفرع الأول، وسنتناول علاقة الحكامة الصحية بالسلطات اللامركزية في الفرع الثاني، بالإضافة إلى تبيين دور اللامركزية في تأسيس النمط التعاقدى كضمان للحكامة الصحية في الفرع الثالث.

الفرع الأول: علاقة الحكامة الصحية بالسلطات المركزية.

من خلال استعراض مهام ودور السلطات المركزية سابقاً، ومن خلال سعيها الحثيث في ترقية الخدمة الصحية، نستخلص أن أول طرف معني بتكريس مفهوم الحكامة الصحية هي الدولة ممثلة في السلطات المركزية المختلفة وفي الهيئات الوطنية كالبرلمان وسائر الجهات الرسمية المخولة قانوناً، فعليها يقع عبئ توفير الإطار التشريعي والإطار التنظيمي من أجل تحسين الظروف بغرض تحقيق المقاصد الكبرى للحكامة الصحية في البلاد، ولا يكون ذلك طبعاً إلا من خلال وجود تشريعات تكفل الحريات العامة وتسمح بالمشاركة في صنع السياسة الصحية وتحترم مبادئ حقوق الإنسان، وخلق حوار جاد ومستمر عبر المجالس المنتخبة حول السياسات الصحية، وكذا الإشراف على تنفيذ سائر القوانين

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

والتنظيمات المتعلقة بالمجالات المشار إليها.¹ ولتجسيد الأبعاد الرئيسية لمهام إدارة الحكم والتي تتضمن دولة المؤسسات وحياد وموضوعية جهاز الدولة وتحقيق كفاءة الإدارة العامة، وجب على الدولة التحقيق من المركزية الحادة التي تقمع الديمقراطية وروح الإبداع لدى المواطنين في جميع المجالات من خلال أعمال مبادئ النزاهة والشفافية و التشاركية ومحاربة الفساد.² إذ يرى الباحث بان الوصايا تسير في المركزية المفرطة في المجال الصحي، وهذا واضح وجلي من خلال حرص هذه الأخيرة على اتخاذ القرار بنفسها في جميع الأمور وقلة التفويض، ويعرف النظام الذي يطبق هذا النموذج بـ " الدولة الحارسة" *l'état gendarme* وهو نظام نقيض للامركزية.

ومن مظاهر التدخل المفرط للدولة أن تستعمل مؤسسات هذه الأخيرة صلاحياتها كوصية لتحل محل الهيئة التي هي وصية عليها، وهذا يظهر واضح وجلي من خلال العلاقات بين الوزارة الوصية ومديرية الصحة كهيئة عدم تركيز والمؤسسات الصحية على المستوى المحلي، والإفراط في التدخل ساهم في إفراغ اللامركزية من مدلولها ومعناها وفقدانها لمفعولها، مما لا يخدم التوجه الذي يسعى إلى خلق الديمقراطية محلية³.

وهذا الواقع لا يتنافى مع المنهج الذي انتهجته الجزائر في تأسيس دولة متسلطة ومركزية " *état autoritaire centralisateur* "، هي في واقع الأمر محاكاة للنموذج اليعقوبي* للإدارة الفرنسية الذي بقيت حبيسة له، مثلما أنها نتيجة لاختيار دستوري أقر " نظاما رئاسويا " *régime président tialiste* لا يفرق بين السلطات ويسخر الإدارة تسخيراً تاماً.⁴

ومن التوجهات الكبرى التي تعمل من أجلها الإدارة الرشيدة هي القضاء على مركزية الحكم وتوزيع الوظائف بين السلطة اللامركزية داخل الدولة والإدارة المتواجدة على المستوى المحلي التي تعتبر قريبة جداً للمواطن، وبروز دور هذه الأخيرة يفرض على المؤسسات العمومية وعلى المصالح الصحية على مستوى الإدارة المحلية فتح سبل مشاركة المواطنين في العملية التنموية الصحية وفي صنع السياسات

1 عمار بوضياف، شرح قانون البلدية، المرجع السابق، ص 138.

2 البيان الختامي والتوصيات، المؤتمر السنوي العام الثاني عشر للإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 08-10 سبتمبر 2012، ص أ.

3 عبد الحميد قرفي، المرجع السابق، ص 71.

* النموذج اليعقوبي: هو مذهب سياسي تأسس منذ الثورة الفرنسية 1789، ثم أستقر كحركة سياسية تدعو إلى " الديمقراطية الصارمة " والمركزية في الحكم ومنه النظام الرئاسوي.

4Essaid Ettaib, le soutorités administrative UN dependents en algérie, colloque interational sur le changement dans l'administration, ENA, Alger, 14-15 December 2002.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الصحية ، وممارسة الرقابة الشعبية على هذه الهيئات فلا بدا اليوم على الدولة التخفيف من المركزية وإعطاء الثقة في المؤسسات المحلية والمجالس المنتخبة والمجتمع المدني في تطوير قطاعات الدولة عن طريق المشاركة والمسائلة والمحاسبة، والرقابة والرؤية الإستراتيجية والتعامل مع التحديات التنموية الحالية يستلزم تدعيم ممارسات الإدارة الرشيدة والشفافية والمسائلة ونشر ثقافة المواطنة. وصيانة عقد اجتماعي على هذه القاعدة، إذ يكون الإطار الذي ينظم علاقة الدولة بمواطنيها بوصفها علاقة ثنائية الاتجاه يقف طرفاها على تقديم المساواة أمام المسائلة القانونية ومعنى ذلك أن ولاية الدولة يعني القيام بواجباتها في تأمين أعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والمدنية والسياسية للمواطنين، وضمان المشاركة وسرعة الاستجابة لمتطلبات الأوضاع وضمان مشاركة الجميع وعدم الإقصاء والتهميش¹.

وعليه فقد أصبح اليوم من أولويات الحكامة الصحية (الإدارة الصحية الرشيدة) مواجهة التحديات التي تهدد الديمقراطية والتنمية الصحية وسيادة القانون ورفاهية المواطنين وصحتهم والبيئة النظيفة وكذلك مواجهة المركزية المفرطة التي تأثر على معيشة المواطنين ، وبالخصوص المناطق البعيدة عن صنع القرار مثل الأرياف والقرى والمداشر التي تعاني من حدة الفقر وظروف صحية قاسية، وبتحقيق من هذه الأخيرة ستقف اللامركزية وجه لوجه للحد من الفقر وتحسين من الظروف المعيشية للمواطنين عن طريق مشاركتهم في الحكم المحلي.

وعلى هذا الأساس فإنه لا يمكن تصور خدمات صحية عالية على المستوى المحلي بالهيئات الاستشفائية إلا بتقاسم المهام بين السلطة المركزية وهذه الهيئات، وإعطاء هامش من الحرية للمسيرين على المجال المحلي لتقديم الأفضل، مع فرض السلطات المركزية الرقابة والمسائلة والمحاسبة الدورية على المؤسسات الاستشفائية بمختلف أنواعها، ومن بين مظاهر المركزية المفرطة نجد أن الوصاية الإدارية على المراكز الاستشفائية الجامعية تمارس من طرف وزارة الصحة من جهة، ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي إذ تمارس وصاية بيداغوجية طبقاً لنص المادة(02)من المرسوم التنفيذي 97-467 والذي يحدد قواعد إنشاء المركز الجامعية وتنظيمها وسيرها. بحيث هذه الوصايا تقيد من صلاحيات مدير المركز الجامعي وتحد من تطوير الإدارة الاستشفائية².

1 البيان الختامي والتوصيات، المؤتمر السنوي العام الثاني عشر للإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات، المرجع السابق ص ب.

2 المرسوم التنفيذي 97-467، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 والذي يحدد قواعد إنشاء المركز الجامعية وتنظيمها وسيرها ج ر ج ج، رقم 81، المؤرخة في 10 ديسمبر 1997، ص 29.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وإذ يعاب كذلك على السلطات المركزية مساهمتها في قمع جانب من الشفافية والمساءلة والمحاسبة بعدم إنشاء مجالس مركزية تهتم بجودة الخدمات الصحية و المنشآت الصحية بالرغم أن المرسوم التنفيذي رقم 96-66 المؤرخ في 27 جانفي 1996 في نص مادته الحادي عشر(11) يخول لوزارة الصحة إنشاء هيئة تشاورية وتنسيقية مشتركة بين الوزارات وأي جهاز آخر يسمح بالتكفل الجيد بالمهام المسندة إليه قصد ضمان تنفيذ المهام وتحقيق الأهداف المسطرة له.

وفي هذا الإطار نجد بعض الدول النامية حذت نحو إنشاء مجالس مركزية تساهم في إرساء قواعد الحكامة الصحية وعلى سبيل المثال نجد المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية في المملكة العربية السعودية ومن بين أهداف المجلس المركزي نجد:¹

- 1) اعتماد المعايير الموحدة للجودة في المنشآت الصحية المقترحة من اللجنة الفنية.
- 2) تشكيل مجالس الجودة في المناطق الأربعة ومتابعة أنشطتها وفق المهام المحددة لها.
- 3) إعداد المقيمين وتدريبهم وتأهيلهم.
- 4) اعتماد المنشآت الصحية بعد عمل التقييم لها ومن ثم منحها شهادة تطبيق معايير الجودة.
- 5) الاستمرار في تطوير معايير العمل الطبي في المستشفيات وغيرها من المرافق الصحية.
- 6) عمل الدراسات والبحوث الميدانية اللازمة لتطوير المعايير وطريقة تطبيقها.
- 7) إرساء قواعد الممارسة المهنية والتعاون مع الجمعيات الطبية لكل تخصص لكتابة القواعد الاسترشادية السريرية للممارسة في التخصصات المختلفة ونشرها على المستشفيات.
- 8) التعاون مع مجلس الضمان الصحي التعاوني للتأكد من تطبيق معايير الجودة.
- 9) التعاون مع الهيئات الدولية وتبادل الخبرات معها.

وإن هذا التقصير الوارد من طرف السلطات المركزية وحصر جميع السلطات في يد الوصاية والاستئثار بها قد أصبح عائق أمام تطبيق الحكامة المحلية وإعطاء فرصة للهيئات المحلية في المشاركة للتحسين من الخدمات الصحية.

1 غالب محمود سنجق، المرجع السابق، ص372.

الفرع الثاني: علاقة الحكامة الصحية بالسلطة اللامركزية

سبق البيان أن اللامركزية تعد من مؤشرات ومظاهر الحكامة الصحية، فلا يمكن وصف إدارة حكم ما بالحكامة إلا إذا كان نظام الحكم يجسد مبدأ اللامركزية في تسيير شؤون الدولة وفي إشراك المواطنين في صنع القرار.

حيث تعد هذه الأخيرة الإطار القانوني للممارسة الديمقراطية ومدرسة للتكوين في المجالات الاجتماعية والثقافية والقانونية والاقتصادية والسياسية وغيرها، وكما ثبت يقيناً في كل الدول أن أعباء التنمية سواء في المجال الصحي أو غيره وتلبية حاجات الأفراد المختلفة لا يمكن أن تتولاها الإدارة المركزية لوحدها بهيكلها وإطارها البشري، بل يقتضي الأمر الاستعانة بالإدارة بالمؤسسات العمومية والمرافق التابعة للوصايا وبالمجالس المنتخبة بهدف بعث مرونة في التسيير والاستجابة أكثر لحاجيات الأفراد الكثيرة والمتنوعة والمتجددة¹.

وتعرف البلدان " النامية " والتي نجد منها الجزائر بالعجز الملحوظ في اللامركزية بل وبالإفراط في مركزية القرار، ولهذا نجد الهيئات الدولية مثل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي وغيرها تؤكد كثيراً على تطبيق اللامركزية واستقلالية السلطات المحلية، و التي بدورها تؤدي إلى تطور المنظومة الإدارية على المستوى المحلي، وما يصاحب ذلك من حتمية الاستقلالية المالية وغيرها من الوسائل حتى تؤخذ القرارات عن دراية بالموضوع ، عكس ما يمكن أن يقع في غالب الأحيان عندما يكون القرار مركزياً.

وغالبا ما تكمن هذه الاستقلالية في التحكم في الموارد ومنها على وجه الخصوص في القطاع الصحي والمتمثلة في جمع التحصيل داخل المؤسسات الاستشفائية واستعمالها بما يعود بالفائدة على المواطن على المستوى المحلي²، إذ تعتبر هذه المداخل المحتشمة في إطار مجانية العلاج المدخول الوحيد في المستشفى، مما يحتم على الوزارة الوصية إعادة النظر في عصرنة الإدارة بانتهاج النمط التعاقدية الذي سيتم التفصيل فيه لاحقا.

وعلى صعيد آخر يجسد مجلس الإدارة الذي نص عليها المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية الصحية الجوارية، مبدأ الديمقراطية والشفافية في أرض الواقع ومن خلاله يتمكن كل مواطن مهتم بالمنشآت الصحية أو ممثلي المجالس المنتخبة أو بعض الإدارات المحلية التي تشكل شريك هام للمؤسسة الاستشفائية والتي نصت

1 عمار بوضياف، المرجع السابق، ص29.

2 عبد الحميد قرفي، المرجع السابق، ص70.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

عليها المادة الحادي عشر(11) من نفس المرسوم السابق من المشاركة في تحديد السياسة الصحة بالمؤسسات الاستشفائية على المستوى المحلي، وهنا أيضا يحدث التقاطع بين اللامركزية من جهة ومبدأ المشاركة والشفافية من جهة أخرى وكلاهما من مؤشرات الحكامة الصحية.

ولقد ازدادت أهمية مجالس الإدارة من خلال إشراك ممثلي المنتخبين والمجتمع المدني، في حين برز على الصعيد الدولي في مطلع التسعينات فكرة الحكامة وما تتوجه من آليات منها المشاركة في الحكم والشفافية في إعطاء المعلومات سواء للمواطنين أو عمال الإدارة وترسيخ أطر النظام الديمقراطي وآلية الفعالية والشفافية والمساءلة والمحاسبة وغيرها من الآليات.

وإن فكرة الحكامة أحدثت ثورة في مجال نظرية الإدارة المحلية والتي تنعكس بدورها على المؤسسات العمومية والمرافق العامة على الصعيد المحلي بمختلف محتوياتها وأبعادها لا شيء إلا لأنها تعمل على ترسيخ فكرة الديمقراطية التشاركية والتي يراد بها " الارتقاء بثقافة الإنصات والتفاعل، واقتسام المسؤولية والمعرفة مع المواطن، والانفتاح على فواعل المجتمع من هيئات المجتمع المدني والقطاع الخاص، وإشراك كل من يمكن إدماجه من ساكنة المدينة من مجالس الأحياء والشباب والنوادي والجمعيات وغيرها، وهي عمليات ترسي قيم التخلي السلطوي عن الاستئثار المركزي بعملية اتخاذ القرار ".¹

ولقد امتد الاهتمام بالحكامة الصحية لكل من الباحثين في علم الإدارة العامة والعلوم القانونية والعلوم السياسية وعلم الاجتماع وعلم الإدارة العامة وغير ذلك من العلوم الإنسانية والاجتماعية.

وإزداد عدد المؤتمرات والندوات والأبحاث من طرف الهيئات العالمية بخصوص الحكامة في الإدارة الصحية وضرورة التحسين من جودة الخدمات الصحية بالنظر لعلاقة التنظيم السياسي بالتنظيم الإداري لكون قوة الشعوب تكمن في سلامة أفرادها. فلا يتصور أن يقدم شعب دولة اقتصاد قوي، ويحس هذا الأخير بالرفاهية إلا إذا كانت النظم الصحية في تطور.

وتقتضي متطلبات النظام اللامركزي توزيع الاختصاص بين الإدارة المركزية والإدارة الصحية المحلية أو هيئات غير تابعة سلميا للسلطات المركزية، ويتجسد هذا من خلال منح قوة أكبر لمجلس الإدارة بالمؤسسات الصحية لكونه مزيج من الفواعل القريبة من حياة المواطن، والذي نصت عليه المادة

1 عصام بن الشيخ، أمين سويقات، إدماج مقارنة الديمقراطية التشاركية في تدبير الشأن المحلي-حالة الجزائر المغرب: دور المواطن المجتمع المدني والقطاع الخاص في صياغة المشروع التنموي، مخبر " الديمقراطية التشاركية في ظل الإصلاحات السياسية والإدارية في الدول المغاربية، قسم العلوم السياسية وكلية الحقوق، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2013 ص 09.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الحادي عشر (11) من المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ 19 ماي 2007 السالف الذكر كالآتي " إن مجلس الإدارة يضم ممثل عن الوالي رئيسا، وممثل عن إدارة المالية وممثل عن التأمينات الاقتصادية وممثل عن المجلس الشعبي الولائي وممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة وممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه وممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه وممثل عن جمعيات المرتفعة بالصحة وممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة ورئيس المجلس الطبي بحيث يحضر كل من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير الصحة الجوية مداولات مجلس الإدارة برأي استشاري ويتوليان أمانتهما، وكذلك نفس الشيء بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة التي نص عليها المادة العاشرة (10) من المرسوم التنفيذي 97-465 الذي يحدد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها¹.

غير أنه يلاحظ في حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية أن التنظيم الخاص بها أوكل وظيفة التسيير لمجلس الإدارة عوض المدير، وأسندت وظيفة الإدارة للمدير عوض مجلس الإدارة في حين أن العكس صحيح²، ولهذا نجد أن مجالس الإدارة ضعيفة لكونها تفتقد لمختصين في مجال الإدارة الصحية بالرغم من أهميتها في سير المرفق العمومي الصحي، ومن الصلاحيات التي خولها المشرع لمجلس الإدارة في المرسوم التنفيذي 07-149 السابق الذكر كالآتي " يتداول مجلس الإدارة مخطط تنمية المؤسسة على المديين القصير والمتوسط ومشروع الميزانية المؤسسة والحسابات التقديرية والحسابات الإدارية ومشاريع الاستثمار، ومشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة والبرامج السنوية لحفظ البيانات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة وصيانتها، والاتفاقيات المنصوص عليها في المادتين (9) و (5) من نفس المرسوم والعقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة، لا سيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاضديات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى، ومشروع جدول تعداد المستخدمين والنظام الداخلي للمؤسسة واقتناء وتحويل ملكية المنقولات والعقارات وعقود الإيجار وقبول الهيئات والوصايا أو رفضها والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات.

1 المرسوم التنفيذي 97-465، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج ر ج ج ، رقم 81، المؤرخة في 10 ديسمبر 1997، ص 14.
2 عمر شنتير رضا، المرجع السابق، ص 157.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وبذلك فإن المشرع أنه قد راعى في مجالات تداول مجلس الإدارة الأمور المالية وممارسة الرقابة والمحاسبة وتوفير المعلومات اللازمة للمجلس من طرف الإدارة ولكنه لم يدرج معايير لمراقبة جودة الخدمات الصحية .

ومن خلال أسئلة شفوية تم طرحها على عمال المستشفى من مختلف الوظائف والرتب لوحظ أن نسبة حوالي 80 % من عمال المستشفى ليس لهم أي دراية عن مهام مجلس الإدارة وهذا الانعدام الشفافية .

ومنه نستخلص لا بد من توفير الشفافية والمحاسبة والمساءلة والتشاركية لإنجاح أسس اللامركزية المحلية في المجال الصحي، مع العلم أن مجلس الإدارة بالهيئات الاستشفائية هو الوجه الحقيقي لتطبيق اللامركزية على مستوى القطاع الصحي ومن خلاله نستطيع تجسيد الحكامة الصحية المحلية. ولعل السر في اهتمام المشرع الجزائري والسلطات المركزية بمجالس الإدارة وإعطائها بعض الصلاحيات المهمة كان بغرض دفع الهيئات الاستشفائية للارتقاء بالخدمة الصحية ، وهي محاولة من المشرع لإقحام هذه الهيئات وإشراكها في تحمل أعباء التنمية الصحية ، و دمج فواعل الحكامة الصحية من منتخبين وممثلين عن المجتمع المدني وممثلين عن مؤسسات اقتصادية بغية مراعاة اهتمامات المواطنين ومتطلباتهم ، ولا يمكن تحقيق تنمية صحية للأفراد على المستوى المركزي دون توسيع مهام ودور مجالس الإدارة لان غياب دورها يشكل أكبر معوق في وجه التنمية الصحية.

وإذا سلمنا بأن فكرة الحكامة التي ظهرت منذ أكثر من عقد من الزمن على الصعيد الدولي ليست فكرة نظرية مجردة، وإنما هي على حد وصف البعض عبارة عن هندسة مجموعة من الممارسات الناتجة عن تحديات محسوسة وجب على المجتمع أن يحددها وبات من المؤكد رسم هذه الممارسات في شكل مجموعة اختصاصات يناط تنفيذها على مستوى كل الهيئات العامة والخاصة بهدف تحقيق المقاصد التي تم رسمها وتحديدها¹.

وبما أن فكرة الحكامة هي وليدة هندسة المجتمع وصوته على المستوى المحلي والوطني، إذ من خلال هذه الممارسات الناتجة من عادات وتقاليد المواطنين المتضمنة إسماع صوتهم للسلطات المركزية ومشاركتهم في صنع القرارات وحقهم في المساءلة وسيادة القانون وتجسيد الشرعية على أرض الواقع وتحقيق اللامركزية التي تساهم في دعم صوتهم في المجالس المنتخبة والهيئات المحلية المختلفة وبالتالي الوصول إلى الحلقة المفقودة في الدول النامية هي الديمقراطية التشاركية.

¹ أعمار بوضياف، المرجع السابق، ص 148.

ومن خلال الرجوع لخطاب رئيس الجمهورية يوم 25 نوفمبر 2000 بمناسبة تنصيبه للجنة إصلاح هياكل الدولة ومهامها المذكور أن إرادة السلطة العمومية تتجه نحو تعزيز دور الجماعات المحلية والتخفيف من الأعباء على السلطة المركزية، وفي هذا المقام ردد رئيس الجمهورية العبارة التالية: ". لا بد من تذكيركم ببعض المبادئ التي يجب أن تحذو مسعاكم عندما تتطرقون إلى تحديد مهام الإدارات المركزية للوزارات وأعني أول ما أعني إعادة صب مهام الإدارات المركزية على الوظائف الإستراتيجية المتمثلة في التصميم والتحليل والضبط والتنشيط والمراقبة على أن يترجم ذلك بالضرورة بتخفيف الهياكل وإعادة توزيع مهام التسيير والتنفيذ في اتجاه المجالات المفرغة واللامركزية"¹.

إذ تعتبر اللامركزية شرط رئيسي لتفعيل الحكامة الصحية، كما أن الدولة يمكن لها أن تقوم بعدة أدوار لتضمن نجاح هذه المبادرة، وهذا ما يفهم من خطاب الرئيس الذي يضبط مهام الإدارة المركزية من خلال الوظائف الإستراتيجية لها، ويعطي للامركزية دورها في المجتمع من خلال مهامها الحقيقية.

الفرع الثالث: دور اللامركزية في تأسيس النمط التعاقدى كضمان للحكامة الصحية

وعليه سوف نبين مفهوم النمط التعاقدى باختصار لكونه عامل مهم في تحسين جودة الخدمات الصحية والذي احتذت به الكثير من الدول الأوروبية وكانت نتائجه ايجابية على المرضى.

(أ) ماهية النمط التعاقدى:

يتميز النمط التعاقدى بكونه احد أنماط العقود الإدارية التي يجب أن تتوفر على عدة شروط .

(1).تعريف العقد الإداري:

يعرف على انه " هو العقد أو الاتفاق الذي يبرمه شخص معنوي عام، قصد تسيير مرفق عام وفقا لأساليب القانون العام بتضمينه شروط استثنائية غير مألوفة في القانون الخاص"².

(2) تعريف النمط التعاقدى:

إن النمط التعاقدى بمفهومه الموضوعي، يعني إبرام المؤسسة مع ممولياها لعقد بأداء خدمة وبذل عناية، مقابل تعويض مالي يساوي إلى مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة وهذا في إطار الأصول المتعارف عليها.

¹ أعمار بوضياف، المرجع نفسه، ص 149.

² محمد صغير بعلي، العقود الإدارية، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة، 2005، ص.10.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

كما تعرف منظمة الصحة العالمية النمط التعاقدى على انه " : عقد بين كيانين اقتصاديين أو أكثر، يجبرون من خلاله على ترك، أو حيازة أو القيام أولاً ببعض الأشياء فهو إذن اتفاق بين شركاء مستقبليين"¹.

(3) شروط صحة النمط التعاقدى: ويمكن توضيحها من خلال النقاط التالية:

1.3. مبدأ سلطان الإرادة للنمط التعاقدى: إذا كان العقد وليد إرادتين أو أكثر وكان هدفه ترتيب اثر قانوني،فأنه يتضح لنا أن العقد المزمع إبرامه بهذا المفهوم هو عقد محله تأدية عمل أو أداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع تكاليف الخدمة المقدمة وأطرافه هم²:
المستهلك أو المريض.

- القائم بإنتاج الخدمة الصحية الطبيب أو المرفق العام.

- ممول العملية الإنتاجية الذي يتمثل في صندوق التأمينات الاجتماعية من جهة والدولة بالمفهوم الضيق من جهة أخرى.

3-2 محل الالتزام: هو عبارة عن عملية التزام بتأدية عمل، أو تحقيق نتيجة أو بذل عناية،وما يمكن قوله عن الخدمة الصحية أنها تدخل أساسا من باب الالتزام ببذل العناية من قبل الطبيب المعالج والمرفق الصحي من اجل الوصول إلى نتيجة يهدف إليها الطرفان.

3-3 مبدأ الرضائية: إن العقد حسب مفهوم النمط التعاقدى هو عقد احتمالي ورضائي ملزم للأطراف المعنية بالعقد فالرضاء هو حجر الزاوية التي تقوم عليها العلاقة التعاقدية في المؤسسات الصحية من حيث:

- إرضاء المستهلك.
- إرضاء الطبيب أو المرفق الصحي.
- إرضاء ممول العملية الإنتاجية.

¹ العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، الجزء الثاني،2014، ص14.

² المرجع نفسه، ص15.

4.3 مبدأ السبب في النمط التعاقدى: المقصود به السبب أو الدافع للتعاقد، فالمشرع يشترط أن يكون السبب مشروع ويتمشى مع متطلبات النظام العام فمثلا لا يحق لأي طبيب منح أدوية مخدرة او منومة قصد استعمالها لغرض الإدمان.

وعليه فالسبب من منظور النهج التعاقدى يكمن خاصة في ضبط الأموال التي تمنحها كل من الدولة وصناديق الضمان الاجتماعى على أساس الإحصائيات والحسابات التي تقدمها الهيئات الصحية، كما يكمن السبب في الخدمة الاجتماعية التي يتعين على الدولة ضمانها عبر ما يعرف بالمرفق العام. وحسب المنظمة العالمية للصحة فأن هناك نوعين رئيسيين من التعاقد الداخلى والخارجى.

4) انواعه: وتتمثل أهم أنواع التعاقد كالتالى¹:

1.4 التعاقد الداخلى: هو منح المدير تفويض لرؤساء المصالح، ويتم هذا على أساس عقد تفاوضى ما بين رئيس المصلحة والمدير، كما تحدد في هذا الأخير الأهداف ووسائل المتابعة، وكيفية حشدها واستخدامها، والاهتمام بنتائج تسييرها ودراسة الآثار الناتجة عن عدم تنفيذ هذا العقد.

كما أن نجاح النمط التعاقدى هنا يجب أن يهتم حتما بالإرادة المشتركة في تطوير وسائل تحليل الأنشطة (المحاسبة التحليلية.) وعناصر التكاليف.

هذا العقد في حالة وضعه حيز التطبيق، يمكنه تغيير توزيع السلطات و المسؤوليات على مستوى المصالح وصندوق الضمان الاجتماعى على حساب استقلالية المؤسسات العمومية.

2-4 التعاقد الخارجى: يجب اعتماد أسلوب تسيير يكون مؤسس على أساس نظام(مقدم، دافع) حيث

إن هذا الأسلوب من شأنه إلغاء النظام التقليدى السابق الذي كان يعتمد على المساهمة السنوية المحددة للمؤسسات الصحية، وعليه تصبح العلاجات تغطى في حينها على أساس النشاطات، أي أن المستشفى يتحصل على اعتمادات اكبر كلما قدم علاجات وخدمات اكبر للمرضى، وهو الشيء الذي من شأنه خلق نوع من المنافسة ما بين المؤسسات الصحية ومنه إلى تحسين نوعية الخدمة وخفض سعرها.

وتعتمد هذه السياسة في كون المرضى يكونون أحرارا في اختيار المؤسسات الصحية، وهذا سيدفع بهذه الأخيرة إلى المنافسة عن طريق تحسين نوعية خدماتها العلاجية وتسهيل الوصول عليها.

وعليه يصبح النظام الصحى خاضع لمعايير السوق المبنية على العلاقات التعاقدية ما بين المؤسسات الصحية (كمنتج للعلاجات)،، وصناديق الضمان الاجتماعى (كمشتري للعلاجات).

¹ المرجع نفسه، ص 16.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

(5) الأهداف التي تضمن فعالية النهج التعاقدية: إن النمط التعاقدية كأسلوب جديد في تمويل الصحة العمومية يبرر قدرته على تحسين أداء أنظمة الصحة من خلال مجموعة من الأهداف منها¹:

1-5 التحكم في النفقات: والمقصود بالفعالية أن على المستشفى بلوغ أهدافه المسطرة كاملة وبأقل الوسائل الممكنة وهذا من شأنه خلق ثلاث نتائج هامة:

- الدقة في التمويل: بحيث يتم على أساس بيانات دقيقة توضح كل الخدمات المقدمة مع تكاليفها.
- إمكانية وضع نسب أو معدلات للنفقات: من أجل مقارنة هذه المعدلات على المستوى المحلي والوطني والدولي.
- حرية المبادرة والمنافسة: وهذا من شأنه دفع الهيئات العمومية الى التفكير في كيفية تحسين نوعية خدماتها.

وإن التحكم في نفقات القطاع العمومي يكون من خلال:

1_ **تشخيص التكاليف:** لا يكفي معرفة التكلفة الإجمالية داخل الهيئة بل يجب معرفة تكلفة جميع الوظائف مهما كان حجمها والمقصود ان اللامركزية داخل الهيئة في حد ذاتها يفرض عن المسير الأول سلطة مسك وإعداد الميزانية لكل مركز مسؤولية داخل الهيئة وذلك من أجل تقدير أحسن التوقعات.

2_ **عقلانية الإنفاق:** وهذا باستغلال أحسن للموارد المتاحة وكذا للمزايا الجديدة التي يمنحها القانون، كالتوجه والميول نحو التعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتكفل بها المستشفى مثل: (الحراسة، الغسيل، خدمات المطاعم...) وهذا التوجه من شأنه تمكين المستشفى من تحقيق النجاعة والفعالية في تقديم الخدمات.

5_2 **تكريس مبدأ تدرج العلاج:** من المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النمط التعاقدية هو مبدأ تدرج العلاج وهذا من الهياكل غير الاستشفائية الى الهياكل الاستشفائية المتخصصة، إلا أن الملاحظ بان ذهنية المريض الجزائري تذهب لوضع الثقة في الهيئات الاستشفائية وليست في الهيئات القاعدية الأخرى، لهذا يجب رد الاعتبار لمكاتب القبول كطرف في توجيه المرضى واستغلال ما أمكن الوسائل والموارد المتواجدة في المستشفى لتحسين مردودية المستشفيات وضمان على الأقل نسبة استغلال تزيد عند 60 بالمئة لضمان مردودية أحسن للمستشفى.

¹ عبد الحق سايجي، النمط التعاقدية في تمويل الصحة، حلقة دراسية، المدرسة الوطنية للصحة، السنة الدراسية 1998/1999، ص 36.35.

3.تحسين نوعية العلاج: إن التوجه الجديد يميل نحو فتح جميع المجالات أمام المبادرات الخاصة. هذا الأمر من شأنه أن يخلق منافسة حادة بين القطاع العام والقطاع الخاص، حتى وان كان هذا الأخير يسعى إلى تحقيق الربح، لذا فإنه يتعين على القطاع العام أن يولي أهمية لـ:

- سلوكيات المجاملة وحسن الاستقبال والتوجيه.
- الوصول إلى الفعالية وبأقل تكلفة وذلك بالتركيز على الجانب النوعي وليس الكمي.
- الاتصال مع المحيط والمجتمع من اجل كسب ثقته وإقناعه بخدماته.

ب.مراحل تأسيس النمط التعاقدى في الجزائر: تلخص أهم المراحل التي مر بها النمط التعاقدى في¹:

1/المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية لسنة 1990: يعتبر هذا المؤتمر من بين المؤتمرات التي تهدف إلى إصلاح المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي، وقد انعقد في ديسمبر 1990 بالجزائر العاصمة وشكلت في إطاره ست لجان متمثلة في:

- لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية.
- لجنة تنظيم المنظومة الوطنية الصحية.
- لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية.
- لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة.
- لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة.
- لجنة التكوين.

وقد طرح خلال المؤتمر بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية مع اقتراح مجموعة من الحلول والتوصيات.

2/ بموجب قانون المالية 1992 والذي نصت عليه المادة(175) في فقرتها الثانية منه بحيث اتجه المشروع الجزائري ولأول مرة منذ تطبيق مجانية العلاج إلى اقتراح نظام تمويل جديد مبني أساس علاقات

¹ العلواني عديلة، تفعيل النمط التعاقدى في نظام الصحة الجزائري، ج3 ، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص ص 43.42.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

تعاقدية مثلما جاء في الفقرة التالية: "يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كفاءات التنظيم"¹.

ومما سبق نخلص إلى أن الاتجاه نحو تمويل الصحة اعتمادا على العلاقات التعاقدية كان الدافع إلى إعادة النظر في نظام تمويل الصحة عن طريق الدفع الجزافي وتعويضه بنظام التعاقد بين قطاعي الصحة والضمان الاجتماعي. وهذا في إطار عقلنه التكاليف وتحسين نوعية الخدمات وترقيتها إلى ما يصبو إليه المريض.

إن كل المؤتمرات والحلقات الدراسية التي عقدت من أجل التحضير لاعتماد النمط التعاقدية في المنظومة الصحية وكذا ما جاء به التشريع في هذا الميدان بقي حبر على ورق، وذلك يعود الى عدم وجود أي هيكل صحي كان مستعدا ومحضرا للتكفل بهذه العملية سواء من الناحية المادية أو البشرية أو التنظيمية.

3/ قانون المالية لسنة 1995: إذ ورد في قانون المالية لسنة 1995 المؤرخ في 2016/12/31 وبالضبط في المادة (132) منه في الفقرات 2.3.4 ما يلي: "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة والسكان، وهذا حسب الكفاءات المحددة عن طريق التنظيم

وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية لصالح المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم بحيث:

• يتكفل الضمان الاجتماعي بتغطية النفقات الخاصة بالمؤمنين وذوي حقوقهم.

• تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا.

ومن هنا يتضح لنا أن المشرع تجاوز ذكر العلاقات التعاقدية بين الضمان الاجتماعي وقطاع الصحة ليتحدث عن كيفية استعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الاجتماعي والدولة. في حين يختص الضمان الاجتماعي بالتكفل بنفقات المؤمنين اجتماعيا وما يتبعهم من ذوي الحقوق، فإن الممول الثاني الدولة تختص بأولئك المعوزين الذين ليس لهم موارد مالية ودون أن يكونوا منتتمين لفئة المؤمنين اجتماعيا ولا لذوي حقوقهم.

¹ القانون رقم 25/91، المؤرخ في 16 ديسمبر 1992 المتضمن قانون المالية، ج ر ج ج، رقم 65، المؤرخة في 18 ديسمبر 1991، ص 79.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

4/القرار الوزاري المشترك 7يناير1995:يحدد هذا القرار طبيعة وقيمة الموارد المتأتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية وبموجبه أصبح المواطنون يساهمون في تمويل الخدمات الصحية التي يستفيدون منها في المؤسسات الصحية العمومية باستثناء بعض الفئات الاجتماعية التي تتكفل بها الدولة.

وقد كانت مساهمة المنتفعين في مصاريف الصحة من بين متطلبات وتوصيات البنك الدولي في سنة 1988 كذا من شروط تطبيق إعادة جدولة الديون ولكنه نظرا للانسحاب المتواصل للدولة عن تمويل المؤسسات الصحية العمومية على حساب الضمان الاجتماعي فان مساهمة المواطنين الرمزية في مصاريف الصحة لم يكن لها تأثير فعال في تسيير المؤسسات ولا في رفع نوعية الخدمات الصحية، علما بان نصف القاصدين للهياكل الصحية لا يدفعون مقابل ما يقدم لهم من خدمات وذلك أما بسبب مرض مزمن أو للعوز أو لأسباب أخرى محددة في القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 7يناير 1995 .

5/المراسيم التنفيذية رقم:97-97،466-467، 466-97: إن المناقشات المتعددة التي طرحت حول ضرورة إيجاد حلول ناجعة للأزمة الخانقة التي تعيشها المنظومة الصحية أثمرت مجموعة من الإصلاحات التابعة والتي تعتبر خطوة ايجابية لمواصلة مشوار الإصلاح الذي لا مفر منه في ظل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها الجزائر.

ومن بين ثمار هذه الإصلاحات هناك إعادة هيكلة المؤسسات الصحية المقررة بموجب المراسيم التنفيذية رقم:97-465 و 67-466 و 97-467 والتي تضمنت مجموعة من التغيرات في تنظيم وتسيير المؤسسات الصحية.

فمقارنة بالإيرادات المنصوص عليها في المراسيم التنفيذية السابقة المنظمة للمؤسسات الصحية، فان المراسيم الحالية قد أضافت مصادر إيرادات جديدة مختلفة، مثل إعانات الجماعات المحلية التخصيصات الاستثنائية، الإيرادات المختلفة، تسديدات التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية علاوة على إعانات الدولة.

ج.اللجنة المكلفة بتقييم النمط التعاقدى في الجزائر¹:

وبتتصيب من طرف السيد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزير العمل والحماية الاجتماعية في 16مارس2002، كلفت مجموعة وزارية مشتركة بتقييم النمط التعاقدى في العلاقات ما بين المنشآت العمومية الصحية ومنظمات الحماية الاجتماعية.

¹ العلوانى عديلة، تفعيل النمط التعاقدى فى نظام الصحة الجزائرى، المرجع السابق، ص ص 46.47.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وهذه اللجنة مكونة من ممثلين عن:

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- وزارة العمل والحماية الاجتماعية.
- وزارة المالية.
- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS).
- الصندوق الوطني الاجتماعي لغير الإجراء (CASNOS).
- مسيرين من المؤسسات العمومية للصحة.

ومنذ هذا التاريخ اتفق الأطراف على مخطط من اجل التحضير لأول تقرير عن المرحلة في ماي

2002 ويتكون هذا التقرير مما يلي:

تذكير تاريخي متتابع بملف النمط التعاقدية.

•الوضعية الخاصة بالأعمال المنفذة.

•برنامج أفعال قصير ومتوسط الأجل.

حيث كان الانشغال الأول للجنة هو عدم الإخلال بالتوازن المالي لنظام الحماية الاجتماعية والمؤسسات العمومية ، بحيث إن أعمال اللجنة كانت تستند في الأساس على تنصيب مجموعة من المعلومات من اجل رد الاعتبار لمكتب الدخول والتعريف بإجراءات الدخول والتكفل بالمريض، وبعد عملية تجريبية شملت إدارات المؤسسات صحية تم الاتفاق على ما يلي:

إعادة الاعتبار لمكتب الدخول مع دعامة تسيير على مستوى منشآت الصحة ومنظمات الحماية

الاجتماعية وهذه الدعائم قد تم التخلي عنها منذ تأسيس الطب المجاني.

•تعميم تنصيب مكتب الدخول على مجموع الهياكل الاستشفائية.

•نقص التعاون والتحفيز للعمال المكلفين بالإعلام.

•عدم تحيين القائمة الخاصة بالنشاط المهني والتسعيرات التي لم تراجع منذ 1987.

•عدم تحديد المعوزين المؤمنين اجتماعيا.

1 تقرير المرحلة في (15ماي 2002): من اجل التطوير التدريجي للتعاقد جريت المجموعة الوزارية

المشتركة عرض الأنماط الأكثر قدرة على ضمان السير العادي للمنشآت العمومية للصحة، واقترح في

هذا الإطار نمطين للدفع قد نالا الاهتمام من طرف اللجنة هما:

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

***التكلفة المتوسطة لليوم الاستشفائي:** الفترة حسب النمط الأول تقوم على أساس السعر المتوسط لليوم لكل نوع من خلال مجموعة من الاختصاصات المتجانسة (طبية، جراحية، نفسية اختصاصات ثقيلة ومكلفة، أمومة) مع ضمان تقييم دوري يسمح بمعرفة جيدة للفترة المتوسطة للإقامة وأيضا بنتمين أداء المنشآت بقصد تحقيق أحسن فعالية.

_ **الجزاف لكل مريض:** هذا النمط للتمويل يقوم على قاعدة حساب مرجعيات طبية متفق عليها (مجمع عليها) مؤسسة على معايير علمية ومهنية موضوعية، حيث أن البيانات الشخصية والعلاجية تساعد على تقييم جزافي لكل مرض والتي على أساسها نضيف الجزاف الخاص بالفندقة (المبيت) والاطعام.

وتعد اللامركزية واحدة من المركبات الأساسية للإصلاحات الهيكلية في قطاع الإدارة العمومية بما فيها ما يتعلق بمجال الصحة، كما أنها عامل رئيسي في الإصلاحات التي عرفتها أنظمة الصحة، وهي من بين أهم العوامل المساعد على تطوير الإدارة الصحية بالجزائر من جهة، وتطوير نمط تعاقدى بين الممثلين، لكن شريطة أن تراعى خصائص الحكامة¹ والتي أجمع عليها معظم الباحثين والتي تتمثل في المشاركة والشفافية والشرعية والعدل والمساواة والمساءلة وسيادة القانون والكفاءة والفاعلية والتمكين والتحويل والخدماتية والمستجيبة والتوقعية والرؤية الإستراتيجية والإدامة².

وإن من أهم درجات اللامركزية في مجال الصحة هي:³

1) أنواع اللامركزية: في اللغة العامة المجردة، تعرف اللامركزية بالعمليات التي من خلالها يقوم مركز بتحويل جزء من مهامه لصالح هيئات أقل منه رتبة، وهو تعريف غير كافي من أجل ترجمة الأوضاع المختلفة الممكنة، فهذه العملية تختلف حسب درجة الاستقلالية الموكلة للهيئات.

واللامركزية في أنظمة الصحة تستطيع أن تأخذ أشكال مهمة، وهي تعرف عموما على أنها " تحويل المسؤولية والوسائل المالية، لسلطات جديدة تتواجد عموما على مستوى محلي أوجهوي يسمح بتقريب أماكن القرار من الأفراد وهناك ثلاثة مصطلحات دلالية تعبر كل واحدة على درجة وحالة اللامركزية هي:

أ. **اللاتركيزية (la déconcentration):** ويسمىها بعض الباحثين في القانون كذلك المركزية المخففة وهناك من الدول، بما ذلك الدول النامية التي تسعى إلى إتباع منهج المركزية المخففة

¹ العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، المرجع السابق، 2014، ص.38.

² منى حيدر عبد الجبار الطائي، المرجع السابق ، ص431.

³ العلواني عديلة، المرجع السابق، ص39.40.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

Etat déconcentration أساسا بسبب اتساع مجال النشاط الإداري وتدخل الدولة في كل المجالات interventionniste¹.

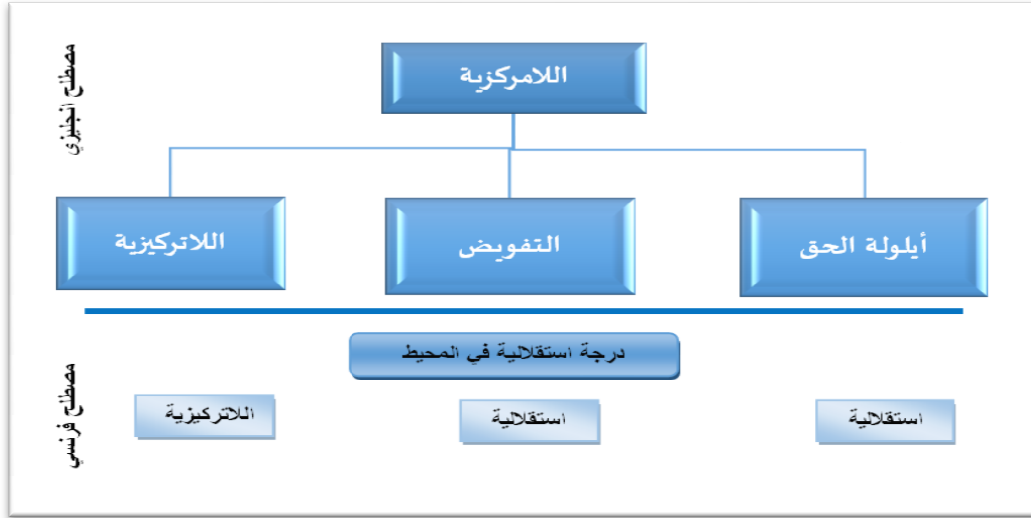
ب. وفي هذه الحالة تكون الاستقلالية جد ضعيفة لأنها تعتبر إسناد لاختصاصات خاصة لوكلاء (فاعلين) في الخدمات العمومية، بحيث يبقى هؤلاء تحت رقابة السلطة الإدارية المركزية وتكون درجة الاستقلالية هنا ضعيفة لأنها لا تمنح الشخصية القانونية.

واللا مركزية تمكن السلطات المركزية من تفويض مهامها إلى مسؤولين في المقاطعة الصحية، وهذا الاتفاق المؤسسي (إعادة التركيب) يسمح بتسيير أكثر فعاليات للمؤسسات الصحية، إلا أن هذه الاستقلالية تبقى محدودة لأنها لا تعهد للسلطات المركزية المخففة الحق في الدخول في علاقات تعاقدية مع محاورها لأنها لا تملك الشخصية المعنوية.

ت. اللامركزية الوظيفية (la déconcentration fonctionnelle): أو يصطلح عليها التفويض (lélégation) حسب الاصطلاح الإنجليزي، إنها اتفاق مع شخص قانوني عام بالتحكم وتسيير مصطلحات عمومية لها قوة بفعل منحها الشخصية القانونية مع بقاء مستمر لمفهوم الوصايا الممارسة من طرف الدولة على مصالحها فيما يخص احترام التنظيمات والقرارات الكبرى للدولة من دون تدخل في سيرها اليومي.

ث. اللامركزية الإدارية (la déconcentration administrative): وتسمى Dévaluation أي أيلولة الحق حسب الاصطلاح الإنجليزي: وهو مفهوم سياسي وتقني أين مسؤولية الوظائف العمومية الكبرى تكون مخولة للجماعات المحلية التي تمارس اختصاصاتها في إقليم محدد، والشائع أن هؤلاء الممثلين للجماعات المحلية يأخذون مشروعيتهم من الانتخابات، ودرجة الاستقلالية هي قانونيا واسعة ولكن هذه الاستقلالية في الحقيقة محققة نتيجة التبعية للدولة المركزية فيما يخص مصادر الميزانية. مفهوم خاص باللامركزية في المرحلة النهائية وهو " الخصصة " ومعناه تحويل النشاطات والمؤسسات الصحية إلى خاصة بدون أو مع هدف ربحي. ويمكن توضيح أنواع اللامركزية من خلال الشكل الموالي:

¹ محمد الصغير بعلي، قانون الإدارة المحلية الجزائرية، دار العلوم، للنشر والتوزيع، عنابة، 2004، ص ص 17. 18.



الشكل رقم 04: أنواع اللامركزية في المحيط¹

(2) **الجماعات المحلية كشريك فعال لتحقيق الحكامة الصحية:** أصبحت الجماعات المحلية بفعل اللامركزية الإدارية مكلفة بالمهام المتعلقة بالصحة، فهي مسئولة عن كيفية أداء هذه المهام من جهة ومسئولة عن تحقيق جودة الخدمة الصحية مع ضمان كفاءة الأداء اللازمة في مجال الرعاية الصحية، ولا يتحقق هذا إلا بتجسيد خصائص الحكامة الجيدة على أرض الواقع وتفعيل القوانين التي منحت لها من طرف المشرع واستقلالها كأداة فعالة من أجل الوفاء بمهامها الخاصة بمجال الصحة لكونها حلقة أساسية في الحفاظ على صحة المواطنين من خلال توازن بين البيئة الداخلية والخارجية للمستشفى.

(3) **الجماعات المحلية كمنظم لتقديم الخدمات الصحية:** إن تقديم الخدمات الصحية من علاج ووقاية يتم من خلال مؤسسات الصحة العمومية والخاصة إلى جانب الممارسين الخواص من أطباء وممرضين وصيدال وكذا العيادات الخاصة، بالإضافة إلى هياكل أخرى مثل: المراكز الاجتماعية ومراكز المعاقين، وبالتالي يجب أن تحدد اللامركزية المهام الموكلة للجماعات المحلية، حيث تقرر الدولة أن تكون مراكز المعاقين من مسؤولية الجماعات المحلية في حين تبقى دولة أخرى هذه المراكز تحت السلطة المركزية. وللقيام بالتزاماتها هناك إستراتيجيتان رئيسيتان الأولى تنصب الهيكل القائمة بنشاطات لها علاقة بالصحة والثانية تنصب النشاطات التي لها علاقة بالصحة².

¹ العلواني عديلة، المرجع السابق، ص 36.

² المرجع نفسه، ص 42.

المبحث الثاني: المجتمع المدني والقطاع الخاص

لا يمكن أن نتحدث عن مسار التحول نحو الديمقراطية دون الاهتمام بترقية عملية تسيير الشأن العام إن تحقيق الجودة على مستوى أداء الإدارة العمومية يعد مؤشراً لمدى تطورها ومدى ديمقراطيتها فتحقيق الجودة لا يتم إلا بفتح المجال على مشاركة المواطن في المساهمة في تسيير شؤونه على المستويات وهذا من خلال هيكله نشاط المواطنين في إطار تنظيمات المجتمع المدني¹.

بالإضافة إلى دور القطاع الخاص الذي يتجلى من خلال تنسيقه مع المؤسسات العمومية الصحية من أجل تخفيف العبء على الإدارة العمومية ومساهمة في الارتقاء بالخدمة العمومية.

لذى سوف نتناول في المطلب الأول المجتمع المدني كإطار لتحقيق الصالح العام في المجال الصحي، أما المطلب الثاني سوف نخصه للقطاع الخاص ودوره لتحقيق الصالح العام في المجال الصحي، وسنخصص المطلب الثالث لدور فواعل الحكامة في تحسين من جودة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: المجتمع المدني كإطار لتحقيق الصالح العام في المجال الصحي .

إن ترشيد الإدارة العمومية تبقى الوسيلة الناجحة لتحديث الدولة ولا يتم هذا إلا بتوفير كل الآليات القانونية والتقنية لإمكانية تحقيق المشاركة المباشرة وغير المباشرة للمواطن فيصبح هو جوهر التنمية المحلية ومصدراً لاحترازية المواطنة وعقلنه الأداء السياسي على المستوى الوطني والمحلي وهذا ما يضمن استقرار وديمومة الدولة.

من هذه المنطلقات النظرية تبدو الحاجة إلى المجتمع المدني أكثر إلحاحاً وهذا في ظل البحث عن مفردات جديدة للتعامل مع واقع جديد يعكس التحولات الداخلية للدولة في تفاعلاتها مع البيئة الخارجية والدولة التي ولجت التحول نحو النظام الديمقراطي بحاجة إلى إيجاد آليات جديدة تمكن المواطنين من الدخول في حلقة التسيير للشأن العام ، ليكون فاعلاً ومسؤولاً عن مخرجات العملية فتحقيق الدولة التي يصبوا إليها². من أجل ذلك ارتأينا تقسيم المطلب الى ثلاثة فروع ،نتعرض في الاول منها الى مدلول المجتمع المدني ، اما الفرع الثاني نتناول فيه دوافع البروز المعاصر للمجتمع المدني اما الفرع الثالث سوف نخصه للمرتكزات الإجرائية لمساهمة المجتمع المدني في تحسين جودة الخدمات الصحية.

¹العايب شبيبة، دور المجتمع المدني في عقلنة إدارة الشأن العام، الملتقى الوطني الثالث حول دور المجتمع المدني في دعم المسار الديمقراطي في الجزائر، صحيفة " المسار العربي "، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر3، يومي 7-8 ديسمبر 2011، ص65.

² المرجع نفسه، ص68.

الفرع الأول: مدلول المجتمع المدني

يجمع أغلب الدارسين والباحثين لمفهوم المجتمع المدني على تأكيد طابعه الغربي سواء من حيث مدلولاته واصطلاحاته اللغوية أو من حيث مضامينه العلمية، بحيث أصبح مفهوم المجتمع المدني ملازماً للدولة العصرية، ويعرف الدكتور " سعد الدين إبراهيم " المجتمع المدني بأنه " مجموعة التنظيمات التطوعية الحرة غير حكومية وغير الإرثية التي تملأ المجال العام بين الأسرة والدولة لتحقيق مصالح أفرادها من أجل قضية أو مصلحة أو التعبير عن مصالح جماعية ملتزمة في ذلك بقيم ومعايير الاحترام، التراضي، التسامح والإدارة السلمية للتنوع والاختلاف"¹.

وبالطبع يتغير مفهوم المجتمع المدني مع تغير المواقف الإيديولوجية، فالمفهوم الليبرالي لهذا المصطلح يختلف عن الفهم الاشتراكي الديمقراطي، و الديمقراطي عن الراديكالي، وكذلك عن الفهم الإسلامي له، كما أنه يتخذ في العالم الثالث أشكالاً مختلفة.

لقد بات " المجتمع المدني " في المرحلة الراهنة يقدم إجابة جاهزة عن العديد من المسائل، فهو الرد على سلطة الحزب الواحد في الدولة الشيوعية، بإيجاد مرجعية اجتماعية خارج الدولة، وهو الرد على بيروقراطية السوق على الحياة الاجتماعية والصحية والثقافية والفنية، وهو الرد على دكتاتوريات العالم الثالث من جهة أولى، وعلى البنى العضوية والتقليدية فيه من جهة ثانية².

ويعد المجتمع الإطار العام الذي يمتد، ويربط بين الأفراد والدولة، فهو يشكل قنوات اتصال تسمح بمشاركة الأفراد سواء فردياً أو جماعياً في مختلف الأنشطة وتنظيمهم في جماعات ذات قوة للتأثير في السياسة العامة، وتسيير الموارد بكل شفافية لتحقيق التنمية على جميع الأصعدة، كما أنه يعبر عن حرية الأفراد والجماعات، كحرية التعبير عن التطلعات الفكرية، وحق الدخول للموارد العامة والحصول عليها وحرية المبادرة والمساهمة في تنمية المجتمع، لذلك فهو يؤمن بيئة مساعدة ومنظمة للعمل الإنساني غير ربحية يعمل فيها الناس باختيارهم الخاص، مما يساعد على تحقيق إدارة أكثر ترشيداً للحكم من خلال علاقتها بين الفرد والحكومة، ومن خلال تعبئتها لأفضل الجهود الفردية والجماعية والتي يمكن استخدامها وفق الآليات التالية:

➤ التأثير على السياسة العامة من خلال تعبئة جهود قطاعات من المواطنين وحملها على المشاركة في الشأن العام.

¹ سعد الدين إبراهيم، المجتمع المدني والتحول الديمقراطي، دار قباء للطباعة، القاهرة، 2000، ص 13.

² Azmi Pechara, civil society: Acritical study, Doha, Qatar, 2012,p44.45.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

➤ تعميق المساءلة والشفافية عبر نشر المعلومات والسماح بتداولها على نطاق السلطة.
➤ تربية المواطنين على ثقافة الديمقراطية من خلال إكساب أعضائها قيم الحوار وقبول الآخر والاختلاف، ومساءلة القيادات، والمشاركة في الانتخابات، والتعبير الحر عن الرأي¹.
ويقصد كذلك بالمجتمع المدني تلك التنظيمات الحرة الطوعية التي تملأ المجال العام بين الأسرة والدولة بهدف خدمة مصلحة أو قضية أو التعبير عن مشاعر مشتركة بشكل سلمي متحضر وتشمل منظمات المجتمع المدني و الجمعيات والروابط المنظمات غير الحكومية².

وفي هذا الإطار نجد أن المشرع الجزائري قد كرس هذه الأفكار في المادة أربعة وثلاثون (34) من القانون 01-16 السالف الذكر، والذي يتضمن التعديل الدستوري الجديد بحيث تنص كالآتي: " تستهدف المؤسسات ضمان مساواة كل المواطنين والمواطنات في الحقوق والواجبات بإزالة العقبات التي تعوق تفتح شخصية الإنسان، وتحول دون مشاركة الجميع الفعلية في الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية "، بالإضافة إلى المادة ثمانية وأربعون (48) من نفس المرسوم التي تضمن للمواطنين حريات التعبير وإنشاء الجمعيات، والاجتماع وكذلك المادة اثنين وخمسون (52) من نفس المرسوم، والتي درست حق إنشاء الأحزاب، بالإضافة كذلك إلى المادة أربعة وخمسون (54) المعدلة والتي تضمن حق إنشاء الجمعيات وتشجع الدولة ازدهار الحركة الجمعوية، والذي أكده ذلك الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المعتمد بموجب قرار الجمعية العامة 317 المؤرخ في 10 ديسمبر 1947.

وإن هذا المفهوم يقوم على جملة من الخصائص (العناصر) الأساسية والتي تتمثل في:

- فكرة التطوعية (أي قائم على أساس المشاركة الطوعية).
- فكرة المؤسسة (أي أن يكون لها هيكل رسمي وتهدف إلى البقاء).
- فكرة الاستقلالية (غير مقيد في التسيير).
- الارتباط بمنظومة من المفاهيم (حقوق الإنسان، المواطن، المشاركة السياسية الشرعية).
- فكرة اللابحوية (مثل المنظمات الغير حكومية يعمل فيها الناس باختيارهم الخاص)³.

¹ زهير عبد الكريم الكايد، المرجع السابق، ص48.

² طحاوي، المجتمع المدني والحكم الرشيد، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، الجزء

1، جامعة فرحات عباس بسطيف، الجزائر، يومي 8-9 أفريل، 2007، ص 172.

³ الطيب لوصيف، المرجع السابق، ص10.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وبذلك فإنه بالرغم من الاختلافات الواردة في إعطاء مفهوم المجتمع المدني، والراجحة للاختلافات الإيديولوجية للمتكلمين، وعدم خلو هذا الأخير من الالتباسات والصعوبة المعرفية التي يطرحها على الذهن، إلا أننا نتفق نوعاً ما في مميزات مشتركة لهذا المفهوم المتعدد الجنسيات والأشكال والأنواع ونستطيع أن نقول أنه عبارة عن تنظيمات حرة قائمة على أساس المشاركة الطوعية بدون ربح، وتمثل همزة ربط بين الأسرة والدولة، وتعبّر عن حرية الأفراد والجماعات وتملأ الفراغ الحاصل بين الطرفين السابقين، إذ تشارك الدولة في كل ما يهم المجتمع الكبير عن طريق منظمات ونقابات وجمعيات تعمل على ترشيد الحكم من خلال تعبئتها لأفضل الجهود الفردية والجماعية، ولقد أصبح المجتمع المدني اليوم الوسيلة الوحيدة للرد على بيروقراطية السوق وإرجاع التوازن بين الفئات الفقيرة والغنية من جهة، والرد على دكتاتوريات العالم الثالث من جهة أخرى.

الفرع الثاني: دوافع البروز المعاصر للمجتمع المدني

تنص الأسس والمعطيات التشريعية للدول على أن هدفها الأسمى يكمن في ضمان سيادة الدولة واستمرارية وجودها وحماية أمن مواطنيها على كافة المستويات، عبر قبول الجميع بالقوانين الصادر عن هذه التشريعات، والتزام قوى المجتمع والمؤسسات ذات الطابع السياسي بتنفيذ أحكامها، التي يشترط فيها أن تكون نابعة من مكونات ثقافة أبناء الشعب، ومعبرة عن انشغالهم، وليست مفروضة عليهم بحكم ضرورة الاستجابة لمتطلبات غير موصلة وغير موطنة.¹

ولإعطاء الدولة طابع المدنية التي تلزم الجميع بالمساهمة في بناء دولة التحرير (أو دولة الرفاه لدى البعض)، ومن ثم جعلهم شركاء في المواطنة والمواطنة، هذه المواطنة* (التي صيغت على وزن مفاعلة)، وهي تعبير على مبدأ، (منظومة علاقات)، أي علاقة تفاعل متبادل بين الفرد والأفراد الآخرين وبين الفرد والمجتمع، وبين الفرد والدولة، وبهذه العلاقات مجتمعة بتحول الأفراد إلى مواطنين. يسهم كل منهم في بلورة شخصية الأخير ويمنحها خصائص تربطها عبر الزمن بالمجتمع والأرض، وأما بالنسبة للمواطنة (التي صيغت على وزن مفاعلة، ومصدر صناعي)، فهي تعبير عن التزام بالمبدأ، فإنها تعني في مفهومها تحديد درجة المواطنة المعترف بها للفرد في وطنه والعمل على الرفع من مستواها من خلال المشاركة في الشأن العام، أي المشاركة في صناعة القرارات السياسية واتخاذها، والالتزام بالسهر على

¹ سعود صالح، دور المجتمع المدني في بناء الدولة المدنية، الملتقى الوطني الثالث حول دور المجتمع المدني في دعم المسار الديمقراطي في الجزائر، صحيفة المسار العربي، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 03، يومي 7-8 ديسمبر 2011، ص9.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

تنفيذها، والمساهمة في ضبط العلاقة بين الترشيح وشفافية الانتخاب، والالتزام بالمسؤولية والخضوع للمحاسبة، كل ذلك عبر المشاركة في تدبير شؤون المؤسسات بأنواعها، وفي كل ما يتعلق باستقرار الوطن، والمحافظة على أمنه الشامل¹. وبالنظر للعلاقة الحيوية الكبيرة التي تجمع بين كلا من فكرة المجتمع ومفهوم الدولة الحديثة، وتعرف كذلك بالدولة القطرية، من حيث نشأة وتطور كليهما، فقد كان للتحويلات والتغيرات التي مرت بها هاته الأخيرة وفي جوانب متعددة، تأثيرها المباشر على مضامين وتطبيقات فكرة المجتمع المدني، ومن هذا المنطلق نجد أن هناك عدة دوافع ساهمت في بروز مفهوم المجتمع المدني الذي يعتبر مفهوم أوربي المولد والنشأة والعقيدة، وموروث جميع حضارات وثقافات الأمم من حيث الممارسة²، ومن هذه الدوافع نجد³.

1) أتساع مجال المشاركة الديمقراطية في المجتمعات المعاصرة: تعتبر المشاركة الشعبية في إدارة الشأن العام أحد الركائز الأساسية التي يقوم عليها مفهوم الدولة الحديثة، من خلال تبنيها النهج الديمقراطي* الذي يكفل لكل أفراد المجتمع صلاحية المشاركة في كل ما يتعلق بقضايا الصالح العام، قد شهدت وبداية من سبعينيات القرن العشرين تحولا كبيرا من حيث نظمها وآلياتها العملية وذلك من خلال توجه العديد من النظم السياسية نحو فتح مجال المشاركة الجماهيرية فيها وضمان مساهمة أكبر لأفراد المجتمع في بلورة وإعداد القرارات والتدابير التي تخص انشغالاتهم المباشرة. حيث كان للأزمات الكبيرة التي واجهتها السياسات الاقتصادية والاجتماعية في العديد من دول العالم آنذاك، وعدم توافقها وبعدها الكبير عن الواقع الميداني لمجتمعاتها، أثرت على سعي الحكومات نحو مراجعة آليات ونظم إدارة قضايا الصالح العام فيها، وتوجهها نحو إعطاء الأفراد مجالا أكبر للمشاركة والمساهمة الفعلية في بلورة التدابير

¹ المرجع نفسه، ص 17.

² لطاد ليندة، المجتمع المدني المفهوم والأبعاد، الملتقى الوطني الثالث حول دور المجتمع المدني في دعم المسار الديمقراطي في الجزائر، صحيفة المسار العربي، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 03، يومي 7-8 ديسمبر، ص 29.

³ بركات كريم، مساهمة المجتمع المدني في حماية البيئة، رسالة دكتوراه في العلوم تخصص قانون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري-تيزي وزو، 2013، ص ص 11، 12.

* الديمقراطية كلمة ذات أصل إغريقي قديم يتكون من معنيين أساسيين Démos " وهو بمعنى الشعب " و كارتيس - krata " بمعنى الحكومة أو السلطة، وهو في مدلولها حكم الشعب أو سلطة الشعب " أي أن النهج الديمقراطي تكريس السلطة لشعب في إدارة الشأن العام .

- أنظر: عبد الوهاب الكيالي، وكامل زهير، الموسوعة السياسية المؤسسة العربية للدراسات والنشر، الطبعة الأولى بيروت، لبنان، 1974، ص 274.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

والسياسات العامة، مما يسهم في ملاءمتها وتوافقها مع انشغالاتهم وتطلعاتهم الفعلية، و لاسيما مع محدودية التأثير، الذي أيدته نظم المشاركة التمثيلية والنيابية المعتمد في العديد من النظم السياسية المعاصرة.

(2) التحول المعاصر في إدارة قضايا الصالح العام والمشارك: لقد كانت التحولات الكبرى التي عرفها مجال تدخل الدولة في تنظيم الصالح العام، قد ارتبطت في البداية بذلك النقاش الدائر حول حدود صلاحيات الهيئات العامة في مجال الحريات والحقوق الفردية، فإن العقود الأخيرة ولاسيما مع مطلع السبعينيات القرن العشرين وتحت تأثير جملة من المتغيرات والعوامل قد أفرزت آراء ونقاشات جديدة حول أسس وآليات إدارة الشأن العام، وذلك بالتوجه التدريجي من نموذج الإدارة الحكومية الذي يقضي إشراك مختلف الأطراف الفاعلة والمؤثرة في المجتمع المدني ، وفي خضم هاته المتغيرات تصاعدا بارزاً لأدوارها الميدانية كفاعل أساسي في تحقيق الصالح العام للمجتمع حيث كان لتغيرات الهيكلية في نظم وآليات تحقيق الصالح عبر العديد من دول العالم أثرها الكبير على إعادة بعث مفهوم المجتمع المدني، من خلال المهام التي أوكلت له سد الفراغ الذي خلفه تراجع الدور الحكومي في العديد من جوانب الحياة العامة.

وكذلك من أسباب بروز المجتمع المدني فكرة التعاقد بحيث يرى "هيغل" أن البحث عن الحرية يجب أن يتم في الجماعة وليس ضدها، والعام يجب أن يتطور من داخل الخاص لا أن يفرض عليه من خارجه، ولكي يتسنى ذلك لا يكفي أن يطور الخاص فكرة العام كتجريد، كما هو حال القانون الأخلاقي عند كَانط، وإنما يجب أن يتدرج الانتقال السياسي الاجتماعي من الخاص إلى العام في المؤسسة الاجتماعية ذاتها، هذه الحاجة إلى تطوير العموم من الخصوص أو الكلي من الجزئي هي تضمن عدم الانتقال التعاقدى المفاجئ من الفرد إلى الدولة بل تجعله انتقالاً متوسطاً من العائلة إلى الدولة وهذا التوسط بين العائلة والدولة هو الذي أوجد مؤسسات المجتمع المدني " **بحيث لا ينشئ التعاقد عند هيغل دولة وإنما مجتمعاً مدنياً، وبذلك تتميز فكرة المجتمع المدني فعلاً وللمرة الأولى من الدولة** " والمجتمع المدني نتاج رؤية الأفراد أحراراً¹.

ولقد كان السبب الرئيسي وراء ظهور هذا المفهوم أو ما يسميه الدارسون العقد الاجتماعي الجديد هو عجز كل من الدولة والقطاع الخاص (السوق) عن تحقيق إدارة لشؤون الدولة والمجتمع مما يستلزم

¹ Azmi Pechara, op-cit , p102.103.

وجود منظمات المجتمع المدني إلى جوارهما أحقاق كل منهما، فعلى سبيل المثال لم تعد أي دولة قادرة على تقديم خدمات اجتماعية (صحية- تعليمية) بالكف والكيف المطلوبين نتيجة زيادة عدد السكان ومحدودية موارد الدولة هذا في الوقت الذي يترتب على أعمال آليات السوق (تحقيق الربح في الأساس) نشوء فئات اجتماعية تعاني من الفقر والتهميش وبالتالي كان ضروريا أن تتصدى منظمات المجتمع المدني لإخفاق كل من الدولة والسوق معاً.¹

الفرع الثالث: المرتكزات الإجرائية لمساهمة المجتمع المدني في تحسين جودة الخدمات الصحية.

مما شك أن الصحة موضوع عالمي، وتحثل مكانة أساسية، الذي كانت محل اهتمام كل فرد بها ولو بدرجات متفاوتة كل حسب تاريخه، ووضعه، فهي تعتبر كحق من حقوق البدائية المعترف بها Un droit créance reconnu ويتجلى ذلك من خلال تطور التشريع والاجتهاد القضائي في السنوات الأخيرة، والشيء الذي دفع بالجميع إلى المطالبة بشرعية تطبيق القوانين المتعلقة بتلك الحقوق، وينعكس هذا التطور بدور قطاع المجتمع المدني في جانبه العلمي، من خلال الإجراءات والآليات التي أحيطت بها هاته التنظيمات بغية تفعيل دورها الميداني وتمكينها من الاطلاع بمهامها الأساسية في حماية صحة المواطنين وتمكين كل فرد بحقه في الحصول على المعلومات في الجانب الصحي والحق في المشاركة في صنع السياسات الصحية.

ومن ثمة ترتبط فعالية قطاع المجتمع المدني في مجال الصحة بمدى توافر هاته الآليات والضمانات الإجرائية، التي تتيح لتنظيماته المختلفة أداء دورها المطلوب والحيوي في إقرار وتكريس حق كل فرد في المجتمع للتمتع بظروف صحية سليمة، وهي الآليات التي تعد على المستوى القانوني بمثابة حقوق إجرائية أساسية لأعمال الإنسان لحقه العام في التمتع بخدمة صحية جيدة، والمتمثلة في الحق في الحصول على المعلومة والحق في المشاركة ويمكن توضيحها كما يلي:

(1) **حق في الحصول على المعلومة الصحية:** يشكل علم أفراد المجتمع بوضعيتهم الصحية في الحياة اليومية، وطبيعة خصوصيتها وما ينطوي عليها من مخاطر، دافعاً وإجراء أساسياً لتحفيزهم على التحرك الميداني اتجاه كل ما يتعلق بصحتهم وعلى مختلف الأصعدة الرسمية أو الشعبية، ومن ثمة يتقرر لكل واحد منهم صلاحية العلم المسبق بالمعطيات والمعلومات المتعلقة بصحة الأفراد، من خلال الإقرار

¹طحاوي، المرجع السابق، ص ص173، 174.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

لهم بفكرة الحق في الحصول على المعلومة الصحية منطلق أو مرتكز أساسي لإعمال حقهم في الصحة والتجنيد الفعلي لحمايتها والدفاع عن مقومات استدامتها كإطار للعيش الإنساني.

ومن هذا المنطلق فقد أقرت النصوص والمبادئ في حماية الصحة، مفهوم الحق في الحصول على المعلومة الصحية كركيزة أساسية لتمكين الأفراد والجماعات من أعمالها حقها ومطالبها الأساسية في التمتع بصحة جيدة، ونجد أن منظمة الصحة العالمية لمنظمة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان قد كرست ذلك في قوانينها ولوائحها بحيث ترى أن الحق في الصحة يتضمن استحقاقات وتشمل هذه الاستحقاقات ما يلي¹:

➤ توفير التّحقيق والمعلومات فيما يتعلق بالصحة.

➤ مشاركة السكان في صنع القرارات المتصلة بالصحة على الصعيدين الوطني والمجتمعي.

➤ الحق في نظام لحماية الصحة يتيح للجميع فرصة متساوية للتمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه في مجال الصحة، الحق في الوقاية والعلاج ومكافحة الأمراض، الحصول على الأدوية الجوهرية.

➤ صحة الأمومة والطفولة والصحة الإنجابية.

➤ الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية على قدم المساواة في الوقت المناسب.

بالإضافة إلى الجديد الذي حمله قانون 16-01 المؤرخ في 06 مارس 2016 والمتضمن التعديل الدستوري، في مادته الواحد وخمسون (51) في الترقيم الجديد والتي كانت سابقا المادة واحد وأربعون (41) مكرر 3 في الترقيم القديم، بحيث نصت كالآتي " الحصول على المعلومات والوثائق والإحصائيات ونقلها مضمونان للمواطن، لا يمكن أن تمس ممارسة هذا الحق بحياة الغير الخاصة وبحقوقهم وبالمصالح المشروعة للمؤسسات وبمقتضيات الأمن الوطني، إذ يحدد القانون كليات ممارسة هذا الحق ".

إذ يلاحظ أن المشرع الجزائري قد ساير التطورات الحالية للمجتمع واحتياجاتهم للمعلومة في مختلف القطاعات من خلالها يستطيع الأفراد أو الجماعات تحديد احتياجاتهم واتخاذ التدابير للوقاية والعلاج قبل فوات الأوان والتحرك في حالة كانت هذه الأخيرة تشكل خطر على حياة المواطنين وكذلك تتجلى قيمة المعلومة في التنبؤ الصحيح في وضع البرامج والسياسات العامة.

بالإضافة إلى ذلك فإن المعلومة لها دور مهم والمتمثل في منع التستر على ممارسات الفساد.

¹ The Right to Health, UNHCHR, world health organization, factsheet N°.31, , Geneva, Switzerland,p4.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

(2) **حق المشاركة:** تشير الأحداث التي جرت اليوم وتجري على الساحة العربية إلى سعي المجتمع المدني لتحقيق المواطنة الكاملة ممثلة في حرية التعبير، المشاركة في اتخاذ القرار والعدالة الاجتماعية. ولم تكن هذه المطالب وليدة اليوم وإنما هي إرهابات سابقة، إذ تطور مسعى المطالبة بالحقوق المدنية و الاجتماعية و السياسية نتيجة نضال طويل من قبل الجمعيات، الرابطات والحركات السياسية إضافة إلى المؤسسات التقليدية.¹

وعلى الرغم مما تلعبه المشاركة من دور محوري في جهود التنمية على جميع الأصعدة وبالخصوص المجال الصحي، وعلى الرغم كذلك من أهميتها وضرورتها، فإن مفهوم المشاركة لا يزال غير منفق عليه، فقد عرفها الدكتور عبد الهادي الجوهري بأنها " العملية التي من خلالها يلعب الفرد دوراً في الحياة السياسية والاجتماعية لمجتمعه وتكون لديه الفرصة لأن يشارك في وضع الأهداف العامة لذلك المجتمع، وكذلك أفضل الوسائل لتحقيق وإنجاز هذه الأهداف " كما تعرف المشاركة بأنها محاولة للتأثير على صانعي ومتخذي القرار في منظمة ما، ومن ثم يمكن القول أن تعبير الفرد على احتياجاته ورغباته تمثل أدنى مستويات المشاركة الشعبية، وهناك من عرفها بأنها تعبير عن إرادة شعبية إيجابية ديمقراطية تقوم على أساس تعبئة قوى الجماهير لمواجهة المشاكل والمعوقات و تتميز بالديناميكية والتحرك، ويعرف صمويل هنتنجتون وجورج دومينجاس " J.Domingez & S.Huntington " في دراستهما عن التنمية السياسية و المشاركة السياسية بأنها " نوع من النشاط يقوم به المواطنون العاديون، الهدف التأثير على عملية صنع القرار الحكومي ".²

ومنه نجد أن المنظمات الغير الحكومية الدولية ألحت على ضرورة مشاركة المواطنين في شأن المحلي، بحيث ورد في تقرير التنمية البشرية 2013 لمنظمة الأمم المتحدة أنه لن تأتي مسارات التنمية البشرية على الصعيد الوطني بالنتائج المنشودة ولن تتحقق الاستدامة ما لم يشارك الأفراد مشاركة حقيقية في الأحداث والإجراءات التي تؤثر على حياتهم. ويجب أن تكون للأفراد القدرة على توجيه عملية صنع السياسة العامة، والتأثير على نتائجها، ويجب تمكين الشباب خصوصاً من التطلع إلى المزيد من الفرص الاقتصادية ومن المشاركة السياسية.

¹ محمد حيرش بغداد، المجتمع المدني والمواطنة، المجلة الجزائرية في الانتربولوجيا والعلوم الاجتماعية، دفاتر مجلة الإنسانيات، العدد 03، 2012، ص.05.

² ساحلي مبروك، دور المجتمع في تنمية الوعي السياسي وتحقيق الحكم الرشيد في الجزائر، الملتقى الثالث حول دور المجتمع المدني في دعم المسار الديمقراطي في الجزائر بالتعاون من صحيفة المسار العربي، جامعة العربي بن مهيدي بأم البواقي، الجزائر، يومي 7- 8 ديسمبر 2011، ص.85.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ولقد ورد كذلك في التقرير الرابع لشؤون الحكامة في أفريقيا توصيات خاصة بالسياسات مصنفة إلى أربعة محاور: تحسين امتلاك زمام الأمور والمشاركة في تخطيط التنمية، وتعزيز الشفافية والمساءلة وبناء مؤسسات حكامة موثوقة، وتحسين هيكل الحكامة الإقليمية والدولية.

أما عن الصعيد الوطني فقد أولى المشرع الجزائري أهمية كبيرة لمشاركة المواطنين في تسيير الشؤون العمومية وقد ورد هذا في ديباجة التعديل الدستوري للقانون رقم 16-01 المؤرخ في 06 مارس 2016 السالف الذكر طبقاً للفقرة العاشرة (10) من الديباجة " إن الشعب الجزائري ناضل ويناضل دوماً في سبيل الحرية والديمقراطية، وهو متمسك بسيادته واستقلاله الوطني، ويعتزم أن يبني بهذا الدستور مؤسسات أساسها مشاركة كل جزائري وجزائرية في تسيير الشؤون العمومية، والقدرة على تحقيق العدالة الاجتماعية والمساواة، وضمان الحرية لكل فرد، في إطار دولة ديمقراطية وجمهورية".

ومنه نستخلص أن المشاركة دور كبير في إمكانية تحسين جودة الخدمات الصحية سواء في الوسط الداخلي او الخارجي في المؤسسات الصحية من خلال تخفيف العبء وتكوين ثقافة صحية في المجتمع عن طريق منظمات المجتمع المدني والتي بدورها تساهم في الارتقاء بالخدمات الصحية، وعلى سبيل المثال نجد أن المجتمع المدني في دولة بنغلاديش قد ساهم بدور كبير في التحسين من جودة الخدمات الصحية، إذ نجد أن منظمة براك قدمت دورات تدريبية ضمن المجتمع المحلي لأكثر من 13 مليون امرأة حول معالجة الجفاف عند الأطفال الذين يعانون من الإسهال، ولدى بنغلاديش اليوم أعلى معدل في العالم لاستخدام الاماها الفموية، ولم يعد الإسهال من الأمراض الرئيسية القاتلة ويحصن 95% تقريبا من الأطفال في بنغلادش تحصينا كاملاً ضد السل، وكذلك حققت بنغلاديش أداء أفضل، إذ يقوم متطوعون من المجتمع المحلي تتشرف عليهم منظمة براك بعلاج أكثر من 90% من الحالات، بنما تجاهد الهند لتصل إلى 70% في إطار النظام الصحي العام.

المطلب الثاني: القطاع الخاص ودوره لتحقيق الصالح العام في المجال الصحي

إن التطورات السريعة في البيئة السياسية والاقتصادية العالمية، لم تعد تسمح بتنظيم ينطوي على هيمنة مطلقة للقطاع العام على المجال الاقتصادي، لاسيما بعد أن أدت هذه الوضعية إلى المزيد من التسبب والفساد وانعدام الكفاءة في العديد من الدول النامية منذ السبعينات.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

بهذا أصبحت السمة العامة لاقتصاديات الدول النامية والمتقدمة، هي تراجع دور الدولة كمحرك أساسي وقائد للتنمية مقابل تزايد دور القطاع الخاص في النشاط الاقتصادي بعد أن كانت هذه الفكرة لسنوات طويلة غير مسموح للنقاش فيها في الدول النامية.

لذا سنتناول في هذا المطلب الهياكل الصحيحة للقطاع الخاص في الفرع الأول الهياكل الصحية الشبه العموميه في الفرع الثاني والمسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص في الفرع الثالث.

الفرع الأول: الهياكل الصحية للقطاع الخاص

يتضمن مفهوم الحكامة دوراً يجب أن يلعبه القطاع الخاص، وهو ذلك القطاع الذي يشمل المشاريع الخاصة بالمجال الصحي والتجارة، والمصارف....، وكذلك القطاع غير المؤطر في السوق¹ ولقد تعدد تعاريف القطاع الخاص، إلا أن جلها ذهب إلى المعنى نفسه تقريباً، لهذا وجب علينا أن نعرج على بعض التعاريف قبل التطرق للهياكل الصحية للقطاع الخاص فنجد من عرفها على أساس أنها " قسم من الاقتصاد يهتم بصفقات الأسر، حيث تتلقى الأسر الدخل من توفير مدخلات الإنتاج لقطاعات الاقتصاد الأخرى وتؤثر على مجريات الاقتصاد عبر قرارات الإنفاق (المصروفات الاستهلاكية على السلع والخدمات) والادخار ويعتمد القطاع الخاص في تسييره على آليات السوق الحرة والمنافسة في تحديد أسعار السلع والكميات المنتجة والمستهلكة ومن أجل تحقيق المنافسة الحرة يفضل ويفترض عدم تدخل الدولة في النشاط الاقتصادي"² ومن وجهة نظر المحاسبة يعرف القطاع الخاص على النحو التالي " يشمل القطاع الخاص وفقاً لنظام الحسابات القومية للأمم المتحدة لسنة 1993: المشروعات الخاصة، القطاعات العائلية والهيئات التي لا تهدف للربح وتخدم العائلات وذلك بغض النظر على ملكية المقيمين وغير المقيمين للشركات الخاصة"³.

¹ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية، أيقون للخدمات المطبعية، الأردن، 2002، ص101.
² عبد الكريم كاكي، عطاء الله بن طريش، تأثير القطاع الخاص على القدرة التنافسية للاقتصاد الجزائري، ورقة مقدمة في إطار الملتقى الوطني الأول حول دور القطاع الخاص في رفع تنافسية الاقتصاد الجزائري والتحضير لمرحلة ما بعد البترول، جامعة جيجل، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، يومي 20-21 نوفمبر 2011، ص 157.
³ ثوري ياسمين، المرجع السابق، ص22.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

كما تعرفه سلوى شعراوي جمعة في مؤلفاتها " إدارة شؤون الدولة والمجتمع"، بأنها: " مجموعة المنظمات أو الجمعيات التي يؤسسها رجال الأعمال وتستعمل أساليب مختلفة ومتنوعة لحماية مصالحها الخاصة وتتنوع مؤسسات هذا القطاع بحسب النشاط الذي تمارسه"¹

من خلال التعريف السابقة يمكننا استخلاص تعريف للقطاع الخاص الصحي بالجزائر بأنه"هو مجموعة من المؤسسات الصحية التي ينشئها أفراد أو جماعات بمبادرة فردية ، وتكون هذه المؤسسات حرةً ومستقلة كلياً عن القطاع العام ، وتبقى تحت وصاية هذا الأخير في مجال الرقابة على تطبيق التشريعات و التنظيمات المعمول بها في الدولة، والهدف من إنشاء هذه المؤسسات هو تحقيق الربح وخدمة مصالح الأفراد وتخفيف العبء عن القطاع الصحي العمومي بصفته شريك فعال، بحيث تنشط هذه المؤسسات في مجالات متنوعة نذكر منها " ممارسة الأنشطة الطبية في العيادات الاستشفائية و عيادة الفحص الطبي والعلاج و عيادة جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية، بالإضافة إلى معاهد التكوين الطبي والشبه الطبي " .

ومنه فإن الخدمات الصحية للقطاع الخاص قد شهدت تغيرات وتحولات عديدة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا حيث بدأ يتوسع منذ 1969 وذلك بتوسع المدن الحضرية وتمركز الاستثمارات الصناعية والاجتماعية في المدن.

فلقد كان هذا القسم مهماً ومعتاداً لفترة طويلة من الزمن فلم تظهر أهميته إلا بعد أن عرف القطاع العام مشاكل عديدة، وهذا راجع إلى عجز الدولة عن تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية من قبل الأفراد، فضعف مردودية القطاع العام هو من أكثر العوامل التي ساهمت في تطوير القطاع الخاص. فلقد خرج من قوقعته عن طريق إصلاحات 1990 أين أصبح مكماً للقطاع العمومي حيث يعملان من أجل أهداف موجودة إذا تم تسجيل عدد كبير من الأطباء والأخصائيين الذين انتقلوا من القطاع العام إلى القطاع الخاص بنسبة تفوق 60% خلال العشر سنوات الأخيرة بحيث بلغ عدد الأطباء والأخصائيين في القطاع الخاص 15000 مقابل 7240 في القطاع العمومي 1991.

كما أشرت التقارير على أن 44% من الأطباء والأخصائيين و 34% من المتخصصين في الطب العام يمارسون نشاطاتهم في القطاع الخاص، وإن هذه النسب في تزايد مما يفيد باحتمال حدوث نزيف في القطاع الصحي العمومي نتيجة للنقصات العديدة التي يعاني منها القطاع .

¹ سلوى شعراوي جمعة، إدارة شؤون الدولة والمجتمع ، الطبعة الثانية، مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة، القاهرة، 2001، ص126.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وللإشارة فإنه قد جاء في مقدمة ميثاق المنظمة العالمية للصحة أن " الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها فعليها أخذ التدابير الصحية والاجتماعية المطلوبة " ففي العديد من الدول الأفريقية وبخاصة تلك التي عرفت النظام السياسي الاشتراكي كالجائر، فإن المنظومة الصحية كانت دائما تستجيب إلى مقارنة الصحة من منظور الخدمات العامة، على الرغم من توجه الجزائر نحو الانفتاح منذ سنة 1989¹، وكذا صدور العديد من المراسيم التنفيذية المنظمة للقطاع الخاص في المجال الصحي إلا أن قانون رقم 08-13 المؤرخ 20 جوان 2008، يعدل ويتمم القانون 85-05 المؤرخ 16 فيفري 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، لا زال يكرس ترسيخ النهج الاشتراكي. ومن خلال ما سبق يمكن توضيح أهم هياكل الصحة الخاصة بالجزائر من مكاتب الفحص الطبي والعيادات من سنة 2014 - 2016 كما يلي:

¹قندلي رمضان، المرجع السابق، ص320.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين
من جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم 03: تطور عدد الهياكل الصحية الخاصة بالجزائر (مكاتب الفحص
الطبي) خلال الفترة الممتدة ما بين 2014-2016.

| الولاية | مكتب فحص مختص | مكتب فحص طبي عام | مكتب طبيب الأسنان | الصيدلية | مكتب الفحص الطبي الجماعي |
|------------|------------------|---------------------|----------------------|----------|--------------------------------|
| أدرار | 09 | 20 | 09 | 43 | |
| الشلف | 129 | 193 | 129 | 307 | 07 |
| الأغواط | 48 | 72 | 40 | 98 | |
| أم البواقي | 118 | 152 | 84 | 168 | 09 |
| باتنة | 221 | 286 | 266 | 354 | 01 |
| بجاية | 220 | 147 | 195 | 219 | 20 |
| بسكرة | 82 | 132 | 91 | 188 | 17 |
| بشار | 34 | 18 | 21 | 77 | |
| البلدية | 332 | 227 | 261 | 332 | 12 |
| البويرة | 130 | 97 | 84 | 158 | 08 |
| تمنراست | 8 | 20 | 07 | 25 | |
| تبسة | 69 | 120 | 83 | 140 | 05 |
| تلمسان | 295 | 255 | 158 | 390 | 17 |
| تيارت | 87 | 133 | 61 | 227 | |
| تيزي وزو | 298 | 214 | 278 | 276 | 23 |
| الجزائر | 2059 | 1027 | 1296 | 980 | 141 |
| الجلفة | 93 | 143 | 60 | 207 | |
| جيجل | 107 | 93 | 126 | 236 | 20 |
| سطيف | 309 | 328 | 310 | 395 | 38 |
| سعيدة | 45 | 48 | 26 | 79 | |

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين
من جودة الخدمات الصحية

| | | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|-----------------|
| 17 | 275 | 149 | 171 | 137 | سكيكة |
| 05 | 238 | 68 | 125 | 121 | سيدي بلعباس |
| 27 | 252 | 128 | 133 | 243 | عنابة |
| 01 | 137 | 67 | 86 | 88 | قالمة |
| 11 | 351 | 175 | 154 | 363 | قسنطينة |
| 13 | 156 | 80 | 86 | 95 | المدية |
| 05 | 154 | 78 | 115 | 117 | مستغانم |
| 10 | 234 | 134 | 210 | 115 | المسيلة |
| 03 | 202 | 71 | 121 | 122 | معسكر |
| 03 | 170 | 64 | 83 | 72 | ورقلة |
| 43 | 617 | 393 | 348 | 489 | وهران |
| 01 | 47 | 13 | 28 | 21 | البيض |
| | 10 | 01 | 01 | 00 | إليزي |
| 15 | 216 | 138 | 140 | 97 | برج بوعريريج |
| 03 | 208 | 147 | 142 | 177 | بومرداس |
| 07 | 110 | 40 | 73 | 62 | الطارف |
| | 10 | 03 | 06 | 02 | تندوف |
| 02 | 52 | 20 | 32 | 19 | تسمسيلت |
| 02 | 149 | 50 | 97 | 51 | الوادي |
| 01 | 112 | 54 | 55 | 34 | خنشلة |
| 01 | 117 | 41 | 63 | 49 | سوق أهراس |
| 11 | 220 | 99 | 99 | 131 | تبيازة |
| 02 | 214 | 103 | 169 | 125 | ميلة |

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين
من جودة الخدمات الصحية

| | | | | | |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| 05 | 170 | 63 | 103 | 87 | عين الدفلى |
| | 57 | 15 | 30 | 29 | نعامة |
| | 140 | 46 | 73 | 82 | عين تموشنت |
| 02 | 81 | 37 | 56 | 37 | غرداية |
| 04 | 196 | 66 | 130 | 84 | غليزان |
| 512 | 9794 | 5928 | 6654 | 7742 | المجموع |

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الجدول رقم 04: تطور عدد الهياكل الصحية الخاصة بالجزائر (العيادات) خلال

الفترة الممتدة ما بين 2014-2016

| مراكز تصفية الدم | | | ولاية | عيادة طبية جراحية | | | العيادات الطبية | | الولاية |
|---|------|------|-------|--------------------------------|--|-------------------------|--|---|------------|
| عدد الآت التصفية (عدد الكلية الاصطناعية) | مدمج | ذاتي | | شكل مؤقت من 14 سا- 48 سا | العيادات الطبية الخاصة بالاستشفاء من يوميين فأكثر | | العيادات الطبية الخاصة المؤقتة من 24 سا- 48 سا | العيادات الطبية الخاصة بالاستشفا ٦ من يومين فأكثر | |
| | | | | | مؤقت | بدون جناح الولادة | | | |
| | | | | | | 04 | | | أدرار |
| 16 | | 01 | | | | | | | الشلف |
| | | | | | | | | | الأغواط |
| 18 | | 02 | | | | 05 | 02 | | أم البواقي |
| 35 | | 04 | 01 | 02 | 03 | 05 | 02 | | باتنة |
| 50 | | 04 | | 03 | 01 | 05 | | | بجاية |
| 15 | | 01 | | 01 | 03 | | | | بسكرة |
| 16 | | 01 | | | | | | | بشار |
| 142 | 01 | 08 | | | 02 | 03 | | | البلدية |

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين
من جودة الخدمات الصحية

| | | | | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------|
| 49 | | 05 | | 01 | | 02 | | | البويرة |
| | | | | | | | | | تمنراست |
| 17 | | 01 | | 02 | | 03 | | | تبسة |
| 76 | 02 | 04 | | 02 | 02 | 06 | | | تلمسان |
| 13 | | 01 | | | | 01 | | | تيارت |
| | | | | | | | | | تيزي وزو |
| 444 | | 35 | 12 | 30 | 10 | 17 | | 08 | الجزائر |
| 02 | | 01 | | 01 | | | | | الجلفة |
| 29 | | 02 | | 01 | 01 | 01 | | | جيجل |
| 61 | | 05 | | 04 | | 09 | | | سطيف |
| | | | | | | 01 | | | سعيدة |
| 09 | | 01 | | 01 | | 01 | | | سكيكدة |
| 63 | | 03 | 02 | | | 02 | | | سيدي بلعباس |
| 76 | | 04 | | 03 | 04 | 04 | 01 | | عنابة |
| 35 | | 03 | | | | 01 | | | قالمة |
| 109 | | 05 | 02 | 01 | 04 | 04 | 03 | | قسنطينة |
| 60 | | 04 | | | | 01 | | | المدية |
| 09 | | 01 | | 02 | | 04 | 01 | | مستغانم |
| 34 | | 04 | | 04 | 03 | 01 | | | المسيلة |
| | | | | 01 | | 01 | | | معسكر |
| 10 | | 01 | 03 | 01 | | 01 | | | ورقلة |
| 07 | | 07 | 01 | 02 | 12 | 08 | 04 | 01 | وهران |
| 11 | | 01 | | | | | | | البيض |
| | | | | | | | | | إليزي |
| 44 | | 03 | | 02 | | 03 | | 01 | برج بوعريبيج |
| 57 | | 05 | | | | | | | بومرداس |
| 20 | | 01 | | | | | | | الطارف |

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

| | | | | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|
| | | | | | | | | | تندوف |
| | | | | 01 | | | | | تسمسيلات |
| 15 | | 01 | | 03 | 01 | | | | الوادي |
| 22 | | 02 | | | | 02 | 01 | | خنشلة |
| 35 | | 03 | 03 | | | 01 | | | سوق أهراس |
| 57 | | 06 | | | 02 | | | | تيازة |
| 21 | | 03 | | | 01 | 01 | | | ميلة |
| 35 | | 03 | | | | 01 | | | عين الدفلى |
| | | | | | | | | | نعامة |
| 09 | | 01 | 01 | | | | | | عين تموشنت |
| 01 | | 01 | 01 | 01 | 04 | | | | غرداية |
| | | | | | | | | | غليزان |
| 1722 | 03 | 38 | 26 | 69 | 54 | 97 | 14 | 10 | المجموع |

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

توضح البيانات الواردة في الجدول التطور الملحوظ في عدد الهياكل الصحية الخاصة خاصة خلال العشرية الأخيرة ، فالمشاكل التي يعاني منها القطاع العام كانت سببا في تحويل العديد من اليد العاملة من الصحة العمومية نحو القطاع الخاص الذي يسعى إلى تحقيق الربح ، ونلاحظ تمركز أغلب الهياكل الصحية في المناطق الساحلية للجزائر وهذا ما يشكل نقص كبير في تقديم الخدمات الصحية بالمناطق الجنوبية، وهذا راجع للسياسات الصحية المتعاقبة منذ الاستقلال ليومنا هذا ولدت عدم المساواة في الاستفادة من العلاج والخدمات الصحية من خلال عدم تكافؤ في توزيع الهياكل الصحية الخاصة عبر أرجاء التراب الوطني ، مما يؤكد على ضرورة إعادة النظر في وضع حيز التنفيذ خارطة صحية تضمن المساواة في تقديم العلاجات لجميع المواطنين سواسية في كل القطر الوطني والتخطيط الصحي هو الأداة الإستراتيجية لوضع حيز التنفيذ السياسة الصحية¹.

¹Pierr-Henri BRECHAT, Territoires. Et égalité d'accès aux soins étala santé, Thèse de doctorat en droit Public, Ecole doctorale Georges Ve Del. Droit interne, science administrative et science. Politique (ED7) Université, Panthéon, Assas, 2012, P7.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

والجدير بالذكر القول أن القطاع الخاص له دور مهم في تدعيم السياسة الصحية للبلاد شريطة أن يكون منظم من خلال التخطيط الصحي الجيد للوصايا وعمله مقنن في قانون الصحة، ومن جهة أخرى أصبح اليوم من الضروري إشراكه مع القطاع العام من خلال التنسيق الجيد الذي بدوره سيخفف العبء عن الدولة.

الفرع الثاني: الهياكل الصحية شبه العمومية

لقد اقتضت المادة (49) من القانون 88-01 الذي يتعلق بالقانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية¹ بأن أجهزة الضمان الاجتماعي هي هيئات عمومية ذات تسير خاص بالرغم من طبيعتها العمومية إلا أنه طبقاً للمادة (02) من المرسوم التنفيذي رقم 92-07 المؤرخ في 04 جانفي 1992 المتضمن الوضع القانوني لصندوق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي للضمان الاجتماعي، فإن هذه الصناديق خاضعة في علاقتها مع الغير للتشريع التجاري، بحيث وكما خلص إليه الأستاذ " محمد بوسماح " إن طبيعتها القانونية المذكورة تجعلها تبرر خصائص المؤسسة الخاصة التابعة للإدارة العامة فهي تدقيقاً هيئة إدارية خاصة² وهذه الأخيرة لها علاقة وطيدة بالصحة العمومية والعامة، إذا أنه من الصعب كما يشير إليه الفقهاء المختصين في الصحة العمومية، وضع حدود دقيقة للترقية بين الجانب الصحي والجانب الاجتماعي، وإن الخلط بين مفهوم الضمان الاجتماعي والمفهوم الحق في الصحة يظهر واضح وجلي في القانون الدستوري الجزائري حيث أن كلاهما يدعم الآخر، بكيفية أو بأخرى³، إذا كانت حماية الصحة مضمونة بكل وضوح في المادة (66) من قانون رقم 16-01 المؤرخ في 06 مارس 2016، فإن عبارة " ضمان اجتماعي " لا تظهر في مجموعة الأحكام الأساسية للدستور للحق في الضمان الاجتماعي بشكل واضح إلا في المواد (69) و (140) من القانون 16-01 السالف الذكر.

فمن غير الممكن أن المادة تسعة وستون (69) قد خصصت في نفس الوقت، وفي أن واحد، لكل من الحق في الصحة والحق في الضمان الاجتماعي.

¹ القانون رقم 88-01، المؤرخ في 12 جانفي 1988 الذي يتعلق بالقانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية ج ر ج ج، رقم 02، المؤرخة في 13 جانفي 1988، ص30.

² Mohamed BOUSSOUHAH, L'établissement. Public, office de la publication université aires, Alger, 2012, P.87.

³ قندلي رمضان، المرجع السابق، ص222.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

فلا بد على المشرع الجزائري أن يحذو حذو الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في المادتين (22) و (25)) والميثاق الاجتماعي الأوربي (المادتين (11) و (13) ، ومختلف الدساتير الأجنبية (إسبانيا برتغال إيطاليا، سوريا) الذي يؤكدون على فصل الحق في الصحة عن الحق في الضمان الاجتماعي لأن الشريحة الهشة من المجتمع الجزائري اليوم لها الحق في الصحة ولكن ليس لها الحق في الضمان الاجتماعي وهذا عكس المفهوم الذي تبناه المشرع الجزائري.

وكذلك من خلال فصل بين المفهومين تستطيع الهياكل الصحية المطالبة بحق تكلفة المريض بالكامل في مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية القطاعات الصحية، ويتم القضاء على مساهمات هذه الأخيرة جزافياً، وقدرت هذه المساهمة، بمبلغ حوالي خمسة وعشرون مليار دينار (25,000,000,000 دج)، إلا أنه في الحقيقة أن هذا المبلغ لا يغطي أدنى أعباء المرضى وهو ما أشار إليه نص المادة (116) من القانون رقم 02-11 و المتضمن قانون المالية سنة 2003¹، وهذا ما ينعكس بالسلب على جودة الخدمات الصحية له، ولهذا يرى الباحث ضرورة تطبيق النهج التعاقدية.

وللضمان الاجتماعي هياكل عديدة وعلى وجه الخصوص نذكر منها المراكز الطبية، وتغطي الهياكل الشبه عمومية التابعة للضمان الاجتماعي شريحة كبيرة من المجتمع، بحيث لها دور كبير في التقليل من الأمراض، كما أن لها مساهمات واسعة في الصحة والوقاية من الأمراض المهنية، إن الهدف من اللجوء إلى هذا القطاع هو تخفيف العبء على القطاع العمومي كشريك أساسي في الحفاظ على صحة المواطنين.

ولهيئة الضمان الاجتماعي كذلك أنشطة صحية سواء تعلق الأمر بالوقاية الصحية أم العلاج الطبي ولقد حدد التنظيم مختلف الأشكال الخاصة بهذه الأعمال الصحية، وبحيث نظمت المادة الثانية 02 من المرسوم التنفيذي رقم 05-69 الذي يحدد أشكال الأعمال الصحية والاجتماعية لهيئات الضمان الاجتماعي كما يلي²:

➤ التشخيص والعلاج المتخصص.

➤ الكشف المبكر.

¹ القانون رقم 02-11، المؤرخ في 24 ديسمبر 2004 المتضمن قانون المالية سنة 2003، ج ر ج ج، رقم 86، المؤرخة في 25 ديسمبر 2002، ص 43.

² المرسوم التنفيذي رقم 05-69، المؤرخ في 06 فيفري 2005 الذي يحدد أشكال الأعمال الصحية والاجتماعية لهيئات الضمان الاجتماعي، ج ر ج ج، رقم 11، المؤرخة في 09 فيفري 2005، ص 21.

➤ التزويد بالأدوية.

➤ إعادة التأهيل الاجتماعي والمهني لضحايا حوادث العمل والأشخاص الذين يعانون من نقص جسماني.

➤ العمل الاجتماعي والمساعدة في المنزل تجاه المتقاعدين.

➤ العمل الاجتماعي تجاه الطفولة والأشخاص المسنين.

➤ التربية الصحية وحماية صحة الطفولة والعائلة.

الفرع الثالث: المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص

المسؤولية الاجتماعية للقطاع الخاص مفهوم نشأ مع تراجع القطاع العام كقطاع قائد للاقتصاد وهيمنة القطاع الخاص على الاقتصاديات المحلية وفتح الأسواق أمام الشركات والمؤسسات التجارية بدون ضوابط مما أبرز رؤوس أموال كبيرة نشأة على حسب استغلال العامل والمستهلك ، واستغلال وجود ثغرات في القوانين والتشريعات المنظمة لعمل هذا القطاع أو التحايل على تلك القوانين لتعظيم أرباحها¹.

قدمت العديد من التعريفات الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية، فمنظمة "ISO" أكدت بأنها: تصرف يتفق مع مبادئ المسؤولية الاجتماعية وممارستها، مثل مبدأ احترام الاتفاقيات الدولية والاتفاقيات الثنائية ومبدأ المساءلة ومبدأ الشفافية ومبدأ احترام الاستحقاقات المعنوية الأساسية أخيرا مبدأ احترام التنوع.

أما العامري والغالي، فيصفونها بأنها " مجموعة الوجبات أو التصرفات التي تقوم بها المنظمة من خلال قراراتها بزيادة رفاهية المجتمع والعناية بمصالحة إضافة لمصالحها الخاصة"².

والتعريف الشائع يستخدم من قبل مجلس الأعمال العالمي للتنمية المستدامة: وهو يعرف المسؤولية الاجتماعية للشركات بأنها " تعهد من القطاع الأعمال بالمشاركة في التنمية الاقتصادية المستدامة من خلال العمل مع العاملين وعائلاتهم، والمجتمع المحلي والإقليمي بغرض تحسين جودة حياتهم"³ ومن مبادئ المسؤولية الاجتماعية⁴ :

¹ عبد القادر بريس، زهيرغاية، دور القطاع الخاص في الجزائر في تعميق مبادئ وممارسات المسؤولية الاجتماعية للشركات، الملتقى الدولي الثالث حول " منظمات الأعمال والمسؤولية الاجتماعية "، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة بشار، الجزائر، يومي 14- 15 فيفري 2012، ص 10.

² ميسر إبراهيم الجبوري، أسير زهير رشد التوك، المرجع سابق، ص15.

³ عبد القادر بريس، زهيرغاية، المرجع السابق، ص10.

⁴ مولاي لخضر عبد الرزاق، بوزيد سايج، " دور الاقتصاد الإسلامي في تعزيز مبادئ المسؤولية الاجتماعية للشركات"، الملتقى الدولي حول الاقتصاد الإسلامي، الواقع والرهانات المستقبل، جامعة غرداية، الجزائر، 2010، ص05.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

1. مبدأ الإذعان القانوني.
2. مبدأ احترام الأعراف الدولية.
3. مبدأ الشفافية.
4. مبدأ احترام الحقوق الأساسية للإنسان.
5. مبدأ القابلية للمساءلة.

ومن أجل تقييم المسؤولية الاجتماعية لأي منظمة، فإنه يتوجب عليها مراعاة القضايا الجوهرية التي أطلق عليها دليل القضايا الجوهرية للمسؤولية الاجتماعية " Care Issues Guidance on social Responsabilité " و كالأتي¹:

1. الحكامة المنظمة Organisationnel Gouvernance
2. حقوق الإنسان (حقوق العاملين) Human Rights
3. البيئة Environnement
4. ممارسة قوة العمل Labor Practices
5. ممارسات العمل العادلة Fair Operating Practices
6. قضايا الزبائن Consumer Issues
7. المساهمة الاجتماعية Contribution to communy& Society

المطلب الثالث: دور فواعل الحكامة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

في ظل التغيرات الاقتصادية العالمية، التي مست بالدرجة الأولى الاقتصادات الهشة وبالأخص دول العالم النامي، إذا انعكست بالسلب على حياة المواطنين ورفاهيتهم مما أدى إلى بروز مفهوم المجتمع المدني والقطاع الخاص ، والذي أصبح اليوم يحظى بمزيد من الاهتمام في دول العالم كافة في الخطابات السياسية وفي وسائل الإعلام وفي البحوث وعند الجمهور العريض باعتباره الوسيط الاجتماعي للتنمية والتغيير والتحديث والألية الأساسية لتأطير المواطنين وتمثيلهم وضمان مشاركتهم البناءة في اقتراح الحلول الملائمة لمشاكلهم، وإبصالها إلى السلطات العليا بالطرق والأساليب الحضارية ومن جهة يعتبر المجتمع المدني والقطاع الخاص أداة ضبط وتصدي لأي تعسف يصدر عن الدولة أو المسؤولين أثناء ممارستهم لصلاحياتهم.

¹ميسر إبراهيم الجبوري، أسير زهير رشد التوك، ، المرجع سابق، ص17.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وعليه سنتناول دور المجتمع المدني في عقلنة إدارة الشأن الصحي العام في الفرع الأول وسنتطرق لدور القطاع الخاص في تطوير الخدمات الصحية في الفرع الثاني.

الفرع الأول: دور المجتمع المدني في عقلنة إدارة الشأن الصحي العام

يتطلب على الدولة الحديثة اليوم تجسيد الحكامة الإدارية الصحية العمومية، والتي تنعكس بدورها على البيئة الصحية الخارجية بغية التحسين من جودة الخدمات، ويتجلى هذا من خلال مشاركة المواطنين في صنع السياسات الصحية والمساهمة الفعالة في تحقيق التنمية الصحية المحلية، وبذلك ضمان مسار تطور السياسة الصحية بطريقة ناجحة تحقق الجودة في القطاع الصحي العمومي.

ويقصد بالنجاعة تحقيق الملائمة والفعالية في إدارة السكان العامة أي تحقيق أكبر النتائج بأقل تكلفة ، بينما نقصد بالجودة هي تحقيق الرضا أي هي العلاقة ما بين ما يراد تحقيقه وما نحصل عليه فعلا بينما الجودة العمومية هي تحقيق رضا المواطن أي قدرة المجتمع على الرد على الطلبات الظاهرة والمستترة ذات المصلحة العامة والموجهة للمواطن، وإن مشاركة المواطنين في صنع السياسات الصحية والتوعية والدفاع عن حقوق المرضى على مستوى البيئة الصحية الداخلية والخارجية يشكل دور هاماً في تطور الدولة.

لكن بالرغم من كل هذه الأدوار التي يلعبها المجتمع المدني في ترقية الشأن الصحي العام، نجد أن مشكل مشاركة المواطن يظل قائماً ومطروحاً إذ نجد في كل الدول الديمقراطية وغير الديمقراطية أن المجتمع المدني وكذا منظمات حقوق الإنسان تسعى جاهدة باستمرار لتجسيد هذه المشاركة أكثر وضمان حقوق أكثر للمواطن منتقدة بصفة دائمة السلطة على جميع مستوياتها لعدم توفير الإمكانيات اللازمة لمواكبة تطور المجتمع المدني، ومن هنا يتضح أنه اليوم لا يكفي للدولة في تسييرها للشأن الصحي العام أن تتوخى النجاعة بل لا بد أن تراعى رضا المواطن، فالعبرة لا تكمن في تلبية الحاجة بل الأهم هو أداء الحاجة بأسلوب يضمن رد الفعل المستحسن من قبل المواطن وحتى تضمن الدولة تحقيق الجودة عليها أن تقوم بـ :¹

- الإصغاء الفعلي من أجل تقديم الحلول الملائمة للمشاكل المطروحة.
- الإلزام بإيجاد الحلول المرضية.
- الالتزام بوضع حلقة تسيير ترافق التكفل بالمطلب من بداية التغيير عنه حتى حين تحقيقه.

¹العايب شبيلة، المرجع السابق، ص ص 68.69.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

➤ الالتزام بتسيير الشأن العام وفق منطق التحسن أي ليس الاكتفاء باتخاذ القرارات الحسنة بل اتخاذ القرار الجيد.

➤ إقحام المواطن في حلقة التسيير العمومي فيكون فاعلاً في إنتاج الحاجة العمومية ويشارك في تحقيقها عن طريق آليات (المشاركة، التشاور، الشفافية) و مسؤولاً عن نتائجها.

ولحكمة إدارة الشأن الصحي العام يقوم المجتمع المدني عن طريق تنظيماته المتنوعة والمتعددة بمجموعة من الأدوار تتمثل في:

➤ تقديم خدمات للسكان عن طريق التكفل بنشاطات ذات صيغة شعبية (مكافحة الأمراض المعدية عن طريق حملات توعية، مكافحة الفقر الذي يؤدي إلى التدهور الصحي، حماية البيئة للمحافظة على صحة الإنسان تثقيف المواطنين في القضايا التي تخص صحتهم بمختلف الوسائل، حماية الأمومة والطفولة...إلخ) .

➤ التنمية الصحية المحلية: إن زيادة الحاجات وتعقدتها فاق إمكانيات الدولة فتتطلب المجتمع المدني تصبح أحسن وسيلة يمكن لها أن تتكفل بالإصلاحات المحلية والتي تنعكس بالإيجاب على التحسين من جودة الخدمات الصحية.

➤ حق المجتمع المدني في الرقابة على الخدمات الصحية المقدمة وحق الاحتجاج في حالة تردى هذه الخدمات ومساءلة جميع الأطراف (البيئة الداخلية وخارجية)، وهذه الحقوق تمكنه من التعبئة والتجنيد بطريقة مستمرة ومنظمة وهذا من أجل توجيه الخيارات العمومية تماشياً ومصصلحة الفئات الاجتماعية ، بالإضافة إلى أن المجتمع المدني يعمل على تكريس دولة القانون وحماية صحة المواطنين باعتباره قوة ضاغطة في المجتمع.

➤ حق المجتمع المدني بالمشاركة عن طريق التنسيق مع الهياكل الصحية العمومية والخاصة والشبه عمومية بغية حماية صحة المواطنين وترقية الخدمات الصحية داخل المجتمع.

وبذلك فإن دور المجتمع المدني في الدول النامية ضعيف جداً وبالخصوص الجزائر وهذا راجع لنقص الثقافة والوعي لدى المواطنين للدور الأساسي المنوط لهذا الأخير، وكذلك فقدان المواطنين للثقة في الدولة لعدم استجابتها لمطالبهم الرامية لترقية الصحة من جهة أخرى وتعمل الدول على تكميم أفواه المجتمع المدني من خلال الإعانات التي تمنح له، إذ نأخذ على سبيل المثال نموذج من الجزائر لولاية بسكرة التي تتربع على مساحة إجمالية تقدر بنحو 21671م² وتضم 33 بلدية موزعة على 12 دائرة يقطنها

**الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين
من جودة الخدمات الصحية**

849672 ألف نسمة، وبالرغم من العدد الهائل لتعدد السكاني إلا أننا نجد بها إلا خمس جمعيات ناشطة في مجال الصحة كما هو موضح في لجدول الأتي، وهذا يتناقض منطقيا مع عدد السكان بالولاية.
الجدول رقم 05: إحصائيات عدد الجمعيات المرتفقة بالصحة الولائية والمحلية بولاية بسكرة

لسنة 2016

المصدر: مديرية الصحة بولاية بسكرة

| الرقم | اسم الجمعية | رقم وتاريخ الاعتماد | رقم وتاريخ إجراء المطابقة | العنوان | الاختصاص |
|-------|---|-----------------------|---------------------------|--|----------|
| 01 | جمعية بسمة الأمل لمساعدة مرضى السرطان أولاد جلال | 13 في 2014/03/19 | | السكن رقم 04 مجمع 36 حي 200 مسكن أولاد جلال | محلية |
| 02 | جمعية مرضى السكري وضغط الدم أوماش | 1644 في 2013/09/17 | | بلدية أوماش | محلية |
| 03 | جمعية أفاق للنشاط الاجتماعي الصحي لولاية بسكرة | 1623 في 2001/07/08 | رقم 59 في 2014/01/19 | عند هادي محمد منطقة النشاطات بسكرة | ولائية |
| 04 | جمعية المصابين بالربو والنقص التنفسي لولاية بسكرة | 1848 في 2007/03/11 | رقم 55 في 2014/01/16 | RP 1678 BP بسكرة | ولائية |
| 05 | جمعية الرحيق لمرضى الفينيلستوري لولاية بسكرة | 2198 في 2006/05/20 | رقم 61 في 2014/01/19 | الحي البلدي رقم الشارع 35 العالية بسكرة | ولائية |

غير أن الجزائر تشهد اليوم تطورا ملحوظا من خلال الاهتمام بمنظمات المجتمع المدني المهمة بالشأن الصحي، ويظهر هذا جليا من خلال الكلمة التي ألقاه وزير الصحة والسكان السابق عبد المالك بوضياف بالمدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة بتاريخ 21 مارس 2016، في اجتماع خص به

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الحركة الجمعوية المرتفعة بالصحة لأول مرة في الجزائر حيث أكد على ضرورة استغلال دور الحركة الجمعوية النشطة لتطوير قطاع الصحة وتحسين الخدمات المقدمة للمريض، وأعتبر أن هذا الدور " ثمره " يتعين على القطاع استثماره واستغلاله على الصعيد التنظيمي والوظيفي، إذ وصف المجتمع المدني بـ " الذراع " لتحسين صحة المواطن حيث بات من الضروري " تحديد مكانته " ضمن المنظومة الصحية الوطنية "، وأكد من جهة أخرى على أنه من الضروري استعمال كل وسائل التواصل والإعلام التي تدرج ضمنها نشاطات الجمعيات التي ترمي إلى تغيير السلوكيات عبر توعية الفرد وتربيته صحياً ، معتبرا بأن صحة المواطن " تبنى " بالعمل المشترك وجهود الجميع بين الجمعيات، وكذلك دعا في هذه المناسبة إلى ضرورة تعزيز العمل الثنائي بين المؤسسة الصحية والجمعية كل في إطار صلاحيته، مثنياً دورها في تقوية المنظومة الصحية، وهو ما تطلب من القطاع تكريس هذا الدور في مشروع قانون الصحة الجديد الذي أعطى الجمعية " صفة الشريك "، كما حدد المشروع المذكور الطريقة التي تساهم بها هذه الحركة الجمعوية في ذلك خاصة من خلال مشاركتها في الأعمال الاجتماعية والصحية والإعلامية والتحسيسية وكذا دعم ومرافقة الفئات الهشة أو في الحالات الصعبة أو لدى الفاقدين للاستقلالية.

كما أشار في نهاية خطابه إلى وجود 150 جمعية وطنية وأكثر من 644 جمعية محلية تنشط في المجال الصحي حسب إحصائيات وزارة الداخلية والجماعات المحلية.

وعليه فإن عدد الجمعيات هو قليل بالمقارنة مع جمعيات تنشط في مجالات أخرى، وهذا راجع لنقص ثقافة المواطن حول الدور المنوط لهذا النوع من الجمعيات في المجتمع.

الفرع الثاني: دور القطاع الخاص في تطوير الخدمات الصحية

لقد شهدت السنوات الأخيرة من حياة المجتمع الجزائري بعض النمو والإنجازات في ميادين عديدة بما في ذلك تحسين صحة الناس، فقد شهدت الجزائر إنجازات هامة في مجال تخفيض معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأطفال وتمكين الناس من الوصول إلى المياه العذبة والسكن اللائق وغيرها، كما شهدت كذلك إحرار كبير في الهياكل الصحية العمومية والوسائل والذي يتضح من خلال تطور عدد الأسرة والهياكل الصحية الاستشفائية التابعة للصيايا، بالإضافة إلى تطور المتنامي للهياكل الصحية التابعة للقطاع الخاص التي سبق ذكرها خلال العقد الماضي، ويظهر هذا النمو المتزايد في الهياكل

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

خاصة مع ولوج القطاع الخاص في مجال الصحة وأصبح سندا داعما لجهود الدولة لترقية المستوى الصحي في الجزائر¹.

وبذلك فإن أهم ما تحتاجه الجزائر اليوم هو تبنى إستراتيجية الجمع بين القطاعين العام والخاص و إشراك جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص والقطاعين الرسمي وغير الرسمي في توفير خدمات الرعاية تماشيا مع المعايير الدولية الخاصة برعاية المرضى وتحسين من جودة الخدمات الصحية بالمجتمع، وتظهر الحاجة إلى تبنى هذه الإستراتيجية عند ارتفاع نسبة اللجوء إلى مرافق القطاع الخاص ومرافق أخرى غير القطاع العام، وهذا نتيجة تدني نوعية الرعاية في هذه الأخيرة، وانخفاض معدلات الكشف عن الحالات، وتدني حصائل العلاج، تأخر العلاج وارتفاع تكاليفه بالنسبة للمرضى، وبحيث تسهم هذه الإستراتيجية في تحسين نوعية التشخيص والعلاج وتعزيز اللامركزية وإتاحة فرص العلاج المناسبة للمرضى بضمان مجانية العلاج وتخفيض التكاليف غير المباشرة المفروضة على المرضى بتقريب الخدمات المتاحة من أماكن إقامتهم وأماكن عملهم.

والجدير بالذكر أن نجاح هذه الإستراتيجية التي قدمتها منظمة الصحة العالمية مرهونا بإرادة الدولة في تأمين جميع الشرائح في المجتمع والتوزيع العادل للأطباء الخواص على كامل التراب الوطني. ومن أبرز الأدوار التي يلعبها القطاع الخاص هي التخفيف من عبء التكاليف عن الدولة في بناء الهياكل في المناطق الريفية واستهلاك كميات كبيرة من المواد الصيدلانية، وهذا ما يلزم الدولة اليوم بفتح الاستثمار في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي.

كما يلعب القطاع الخاص دورا هاما في امتصاص البطالة وتوفير مناصب شغل خاصة بعد الظروف التي تواجهها الدولة اليوم نتيجة انخفاض أسعار الريع البترولي، مما يجعلها تلجأ للشريك الاقتصادي في رفع مداخيل الدولة، وعلى سبيل المثال فقد أعلن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عن إنشاء لجنة مختلطة تجمع ممثلين عن الوزارة وعن منتدى رؤساء المؤسسات لدراسة سبل تسهيل الاستثمار في مجال الصناعة الصيدلانية، بغية تقليص فاتورة استيراد الأدوية التي قدرت بـ 2.27 مليار دولار خلال الأشهر الـ 11 الأولى من سنة 2014 بارتفاع قدر بـ 14.64% مقارنة بنفس التوتيرة

¹بومعروف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، جامعة بسكرة، العدد 07، 2009، ص 27.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

من سنة 2013، كما تهدف هذه اللجنة إلى تشجيع الإنتاج الوطني بغية الوصول إلى تغطية 70% من حاجيات السوق الوطنية في أفق 2017¹.

وبذلك فإنه من الضروري الاهتمام بالقطاع الخاص في الجزائر اتجاه تنمية المجتمع، لأنه ضرورة اجتماعية في ظل التحولات الاقتصادية التي تشهدها البلاد، والقطاع الخاص في الجزائر قد حان وقته لتحمل مسؤوليته نحو المساهمة في تحسين الأحوال المعيشية للمواطنين، وتوفير احتياجاتهم من الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي والسكن الملائم وتوفير فرص العمل، والسلع الغذائية بأسعار مناسبة وغيرها من الخدمات الاجتماعية.

وعلى الرغم من توجهات الحكومة مؤخراً لتطوير أداء القطاع الخاص الخدمات الصحية من خلال زيادة مشاركة القطاع الخاص بالشكل الذي يؤهله للعب الدور الرئيسي في تنشيط هذا القطاع ، وعلى الرغم من أهمية الشوط الذي قطعه القطاع الخاص في هذا المجال، إلا أنه نتيجة لزيادة الطبيعية لعدد السكان والتزام الحكومة بتقديم الخدمات الصحية المجانية، أدى لارتفاع المصروفات المخصصة لوزارة الصحة والشكل رقم (06) يوضح ذلك، وفي ظل الدور الخجول للقطاع الخاص في توفير الخدمات الصحية حيث أن عدد المستشفيات والمراكز المخصصة استناداً لإحصائيات السابقة الذكر يعتبر شبه منعدم مقارنة بحجم الطلب وحجم الخدمات التي توفرها الدولة ويمكن تحليل ذلك لأسباب التالية:

- غياب السياسة الفعالة والهادفة إلى تشجيع الاستثمارات الخاصة في هذا المجال.
- توافر الخدمات الحكومية المجانية بشكل يصعب على القطاع الخاص منافسته.
- ارتفاع تكاليف الإنشاء في الجزائر.
- غياب دراسات الجدوى الاقتصادية وعدم وجود فكرة واضحة للمستثمرين الجزائريين والأجانب في هذا القطاع.
- القيود التي تفرضها الدولة على منح الرخص الخاصة بالعيادات الخاصة.
- غياب الأمور المساعدة على زيادة الطلب على خدمات المستشفيات الخاصة مثل التأمين الصحي.

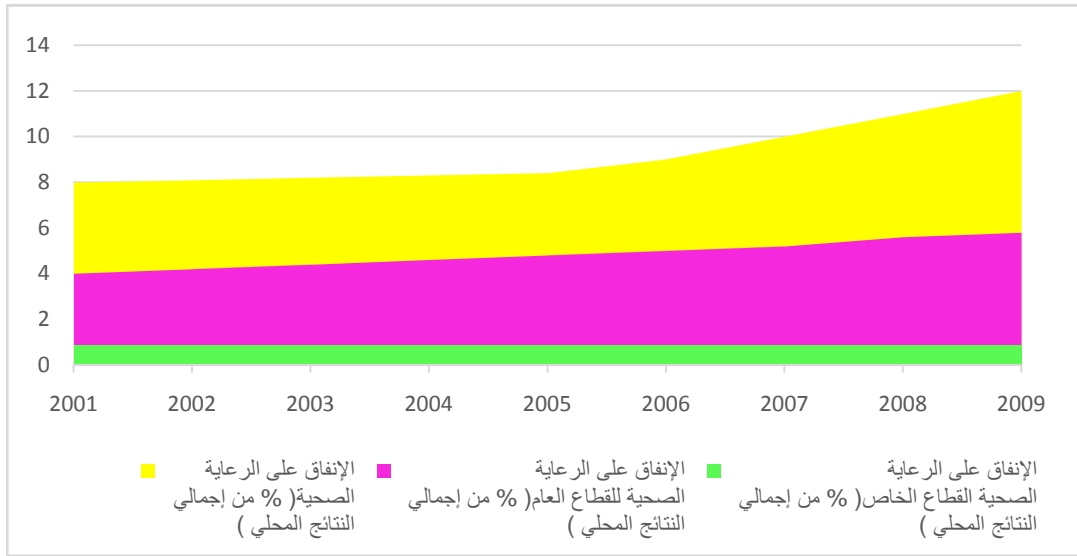
➤ عدم تشجيع الدولة في الاستثمار في السياحة العلاجية بالرغم من توفر دولة الجزائر على كل المقومات السياحية، إذ نجد بعض الدولة العربية قد استثمرت في هذا المجال، فنجد على سبيل المثال

¹www.radioalgerie.dz

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

دولة دبي تتوقع أن تستقطب نحو نصف مليون زائر سنويا بغرض العلاج خلال 2020، وبعائدات تصل إلى 2.6 مليار درهم، وهذا ما يساهم في رفع مداخيل الدولة.

الشكل رقم 05: نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية في القطاع العام والخاص في الجزائر
كنسبة من النتائج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2001، 2009.



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على إحصائيات البنك الدولي

عبد القادر بريش، زهير غراية

الفصل الثاني:

الحكامة وأهم الإستراتيجيات الحديثة للتحسين من جودة
الخدمات الصحية

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

يعد انخفاض مستوى الرعاية الصحية ظاهرة متعددة الجوانب حيث من الصعب اختزالها في عامل بعينه، إذ تعتبر من المشاكل الهامة التي بدأت منذ وقت بعيد تهدد المجتمع الدولي والمحلي، وهو مؤشر أساسي لمدى انتشار التخلف في المجتمعات ، كما أنها مسألة مهمة يجب استهدافها عند تحليل ودراسة مشكل التنمية في الدول النامية التي تعاني من الفساد وسوء التسيير الإداري الأمر الذي جعلها في طليعة الاهتمامات الدولية على صعيد السياسة الصحية العامة، وعجل بعقد المؤتمرات والندوات و الورشات خاصة في العقد الأخير من القرن الماضي بهدف وضع السياسات والإجراءات الكفيلة بحل هذه المشكلة والتغلب عليها من جهة، وتحديث تكنولوجيا وأساليب العمل وتحسين وتجويد الخدمات والسلع المقدمة وما يتبع ذلك من خدمات لاحقة لها، ومع هذا يمكن القول أن هناك عوامل ذات أهمية بالغة في هذه الظاهرة والتي من أبرزها نجد ظاهرة الفساد وتكريس المركزية الإدارية، إذ تتجلى هذه الصورة في الدول النامية بالأخص، فمنذ أكثر من ربع قرن بات التغيير والعمل على تجسيد الإصلاح هو السمة الغالبة على نشاط المؤسسات الدولية والباحثين في هذا المجال، حيث أصبح نشاط الحكومة ونشاط الإدارة العمومية في تقديم خدماتها للمواطن أهم المحاور التي شهدت إسهامات فكرية أكاديمية ومؤسسية، باعتبار أن الإدارة العمومية هي أكثر الميادين تعرضاً لتفشي ظاهرة الفساد بمختلف مفاهيمه من جهة، وتعاني من مشكلة صناعة القرار على المستوى المحلي، وهو حال الإدارة الجزائرية.

غير أن هناك العديد من العوامل التي لعبت دوراً أساسياً في استمرار انخفاض مستوى الرعاية الصحية و التي نذكر منها ظاهرة الفساد، وإعاقة جهود الدول خاصة الفقيرة منها في إحراز نتائج إيجابية وتقدم ملموس في تحسين الخدمة الصحية، وهو الأمر الذي أستوجب البحث في الأسباب والعوامل وراء ذلك، وإعادة التفكير في إيجاد إستراتيجيات جديدة و عصرية لا تعتمد فقط على تقديم الحد الأدنى من الخدمة الصحية.

وسوف نحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى الحكامة وأهم الإستراتيجيات الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية.

وحتى نتمكن من تحديد الإستراتيجيات الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية في إطار مفهوم الحكامة قسمنا دراسة هذا الفصل إلى المباحث التالية :

المبحث الأول : الحكامة والحد من الفساد للتحسين من جودة الخدمات الصحية .

المبحث الثاني: الإدارة الالكترونية للتحسين من جودة الخدمات الصحية.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

المبحث الأول : الحكامة والحد من الفساد للتحسين من جودة الخدمات الصحية

تعتبر ظاهرة انخفاض مستوى الرعاية الصحية من أهم المعضلات التي تعيشها المجتمعات اليوم لها أبعاد اقتصادية واجتماعية وسياسية وفنية، إذ يرجع السبب في غالب الأحيان إلى تفشي الفساد في ربوع القطاع الصحي وبالخصوص المؤسسات الصحية سواء كانت حكومية أو خاصة. فالعالم اليوم ينفق كل عام ما يربو على ثلاثة تريليون أمريكي على الخدمات الصحية ويتم تمويل معظمها بواسطة دافعي الضرائب، وتشكل هذه التدفقات المالية الهائلة هدفاً جذاباً لسوء الاستغلال. وهذا يعني أن هناك مخاطر كبيرة تحيط بهذه المصادر الثمينة وأنه يمكن استغلال الأموال التي تهدر بسبب الفساد لشراء الأدوية أو تجهيز المستشفيات بالمعدات الطبية أو توظيف العمالة الطبية التي تشتد الحاجة إليها . الأمر الذي يستدعي تقسيم دراسة هذا المبحث إلى ثلاثة مطالب حيث نتناول في المطلب الأول إلى الفساد من حيث مفهومه وطبيعته وأنواعه، أما المطلب الثاني نستعرض فيه الفساد الإداري بالمرافق العمومية الصحية، أما المطلب الثالث نتناول فيه إستراتيجية الوقاية من الفساد في القطاع الصحي .

المطلب الأول : الفساد، مفهوم وطبيعة وأنواعه

إن انخفاض مستوى الرعاية الصحية بسبب غياب الرقابة وضعف أخلاقيات وآداب المهنة، وتزايد نسبة الفساد و الهدر في الإنفاق العام في قطاع الصحة، إذ تأثر هذه الأسباب على الفقراء بدرجات متفاوتة من جراء الفساد، في القطاع الصحي ، حيث أنهم الأقل قدرة على تقديم الرشاوى مقابل الحصول على خدمات صحية من المفترض انها تقدم مجاناً للمرضى، وفي ظل تفشي هذه الظاهرة نجد أن الفساد قد استنفذ خدمات الصحة العامة.

من أجل ذلك إرتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاث فروع، نتعرض في الأول منها إلى تعريف الفساد أما الفرع الثاني نتناول فيه أنواع الفساد أما الفرع الثالث فسوف نخصه الآثار السلبية للفساد .

الفرع الأول : تعريف الفساد

تتردد كلمة الفساد كثيرا في معجم اللغة العربية، وفي مؤلفات الفقهاء بمختلف تخصصاتهم وفي نصوص القرآن الكريم والسنة النبوية، غير أن مدلولاتها تتقارب أحيانا وتتباعد أحيانا أخرى، لذا أرتأيت في هذا الفرع استعراض المعنى اللغوي والاصطلاحي للفساد أولاً، ومعاني الفساد في الشريعة الإسلامية.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أولاً : الفساد في اللغة

جاء ذكر الفساد في معجم الوسيط على أنه الخلل والاضطراب ويقال أفسد الشيء أي أساء استعماله، ويُفسد بالضم (فساداً) فهو فاسد ولا نقل أفسد والمفسدة ضد المصلحة المستنبطة لمفهوم أن هناك فساداً وخبلاً يتطلب علاجه والتخلص من عيوبه واعوجاجه، وفيما يمثل الفساد جانب الشر يمثل الإصلاح جانب الخير¹.

وقال ابن منظور في لسان العرب: الفساد نقيض الصلاح، فسَدَ، يفسُدُ، فسَادًا فسُودًا فهو فاسِدٌ و فسِيْدٌ، و تفسد القوم: تدابروا وقطعوا الأرحام، وأستفسد السلطان قائده إذ أساء إليه حتى استعصى عليه، والمفسدة خلاف المصلحة، والإستفساد خلاف الاستصلاح، وقالوا هذا الأمر مفسدة لكذا أي فيه فساد²، وقال الراغب الأصفهاني، الفساد من (ف س د) وهو أصل يدل على الخروج³، والمنتبع لاستخدامات الغرب لهذه اللفظة يحد أنها تطلق تارة على الطعام، فيقال: فسد اللحم أو اللبن: أنتن وعطب، وعلى العهود، يقال: فسد العقد: بطل، وعلى الرجال، يقال: فسد الرجل: جاوز الصواب والحكمة يمكن القول بأن هذا يدل عموماً على أحد الأمور التالية:

1- التثف والعطب.

2- الاضطراب والخلل.

3- الجذب والقحط.

4- إلحاق الضرر.

وكلها كما يلاحظ فيها معنى الخروج، ومن هنا نلمس أن كلام الراغب في تحديد هذا اللفظ يجمع المعاني المتقدمة حين قال : خروج الشيء من الاعتدال (قليلاً كان الخروج أو كثيراً) و يضاده الصلاح ويزيده وضوحاً حين يطلعنا على استعمال اللفظ " ويستعمل في النفس والبدن والأشياء الخارجة عن الاستقامة " .

¹ هاشمي الشمري، إثثار الفتلي، الفساد الإداري والمالي وإثارة الاقتصادية والاجتماعية ، الطبعة الأولى ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، عمان ، 2011، ص ص17،18.

² أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم بن منظور الأفرقي المصري، لسان العرب، المجلد الخامس، دار المعارف القاهرة، ص3412، وأنظر كذلك: مجلد الدين الفيروز أبادي، القاموس المحيط، دار الحديث القاهرة باب الدال فصل الفاء ص 223/01، وأنظر كذلك: محمد بن أبي بكر الرازي، مختار الصحاح، بيروت، مكتبة لبنان، 1985، مادة فسد.

³ الراغب الأصفهاني، المفردات في غريب القرآن، الطبعة الثالثة، دار المعرفة، بيروت، لبنان ، 2001، ص 381.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

والفساد يقابله الصلاح والإفساد يقابله الإصلاح، ولعل في ذلك ما يشير إلى دقة اللغة، فالمرء تجاه الفساد: لا يعد أن يكون فاسداً، أو مفسداً وتجاه الصلاح هو صالح أو مصلح¹. ويقصد بالفساد في قاموس Oxford: تدهور القيم الأخلاقية (Immoral) في المجتمع أو في دماغ الفرد، كما يقصد به تضييع الأمانة والغش (Dishonesty) وذلك بسبب إستعمال الرشوة: (Because of Taking bribes)².

إذ لا يختلف الأمر كثيرا في اللغات الأجنبية الأخرى، بحيث تتعدد معانية و تختلف دلالاته باختلاف استعمالاته فالفساد في اللغة الفرنسية يعني وسيلة لرشوة قاص أو حاكم، أما بالنسبة للغة الإنجليزية فقد أشتق مصطلح الفساد (Corruption) من الفعل اللاتيني (Rumpere) والذي يعني كسر شيء ما وقد يكون هذا الشيء المراد كسره هو مدونة لسلوك أخلاقية أو اجتماعية أو غالبا ما تكون قاعدة إدارية للحصول على مكسب مادي.

وبناء على ما سبق من أقوال علماء اللغة يتبين أن الفساد جاء في اللغة نقيض الصلاح وأنه يفيد البعد عن الاستقامة أو الأخلاق الفضيلة والحميدة المتعارف عليها في المجتمع التي تؤدي في غالب الأحيان إلى خيانة الأمانة باستخدام طرق ملتوية غير سليمة وغير قانونية .

ثانياً : التعريف الاصطلاحي:

تتعدد تعاريف الفساد بتعدد أنواعه ولكن دون أن تبرز اختلافات جوهرية، فبعض التعريفات جاء مطلقاً لبيان مصطلح الفساد، في حين بعضها الآخر يركز خصيصاً على عبارة الفساد الإداري.

01 : تعريف البنك الدولي ومنظمة الشفافية الدولية:

لقد عرف البنك الدولي ومنظمة الشفافية الدولية في تقريرها لعام 2006 على أنه: " سوء استخدام السلطة لأجل تحقيق مكاسب خاصة"³.

¹ عبد الله محمد الجيوس، مكافحة الفساد من المنظور الإسلامي، المؤتمر العربي الدولي لمكافحة الفساد، الرياض، يومي 08-08 أكتوبر 2003، ص 4.

² Oxford, learners' pocket dictionary, third edition, oxford university, 2007,p95.

³ فاطمة إبراهيم خلف، " السياسة المالية والفساد الإداري والمالي دراسة تطبيقية في مصر للفترة 2008/1980"، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 04، العدد 07، 2011، ص 229.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ومن أهم خصائص الفساد مايلي:¹

- لم يعد الفساد في شكل مستمر وعادة ما تكون الصفقات الكبيرة محل الفساد معقدة وغير مباشرة مما يصعب من الكشف عن الحقيقة بشكل كامل.
- لم يعد الفساد يقتصر على فرد بعينه و إنما أصبح منظما، بحيث يشارك فيه عدة أطراف، سواء كانوا من داخل المؤسسة أو أحدهما من داخل المؤسسة والطرف الأخير من خارجها، وكلما تعددت الأطراف الداخلة في الفساد كلما صعبت مكافحته.
- وجود علاقة ارتباط طردية بين حجم الصفقة ودرجة الأجراء للقيام بالفساد، وذلك بسبب ضعف احتمالات الشكوك حولها.

كما عرفت منظمة الشفافية الدولية بين نوعين من الفساد هما ²:

- 1- الفساد بالقانون (According Toruler Corruption) وهو ما يعرف بمدفوعات التسهيلات التي تدفع فيها الرشاوي للحصول على الأفضلية في خدمة يقدمها مستلم الرشوة وفقا للقانون.
- 2- الفساد ضد القانون (Against The Ruler Corruption) وهو دفع رشوة للحصول من مستلم الرشوة على خدمة ممنوع تقديمها.

والملاحظة أن هذا التعريف لم يكن شاملا أو مانعا، لذ فقد عادت المنظمة لتعيد النظر في هذا التعريف وتحت تأثير اجتهادات من الباحثين مثل سوزان دوز أكرمان (suzan roser ackermang juvti) لتعريف الفساد الخاص، سواء كانوا سياسيين أو موظفين مدنيين، بهدف إثراء أنفسهم أو أقربائهم بصورة غير قانونية، ومن خلال إساءة استخدام السلطة الممنوحة لهم ³.

02 : تعريف اتفاقية الأمم المتحدة للفساد :

سبقت هذه الاتفاقية عدة قرارات للجمعية العامة نذكر منها بالخصوص القرارات الصادرة سنوات 1985 و 1996 و 1998 و 2000 الذي شكل لجنة للتفاوض لإعداد الاتفاقية (القرار عدد 260/56) الصادرة في 1997/02/12 و 2001 وإعلان الأمم المتحدة لمكافحة الفساد والرشوة في المعاملات

¹ نواف سالم كتعان، الفساد الإداري والمالي أسبابه أثاره ووسائل مكافحته، مجلة الشريعة والقانون، جامعة الشارقة، العدد 33، يناير 2008، ص 85.

² عماد صلاح الدين عبد الرزاق الشيخ داود، الفساد والإصلاح دراسة مقارنة، منشورات إتحاد الكتاب العرب، دمشق، 2003، ص 22. محمد الأمين البشري الفساد والجريمة، منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007، ص 41.

³ عبد الخالق فاروق، الفساد في مصر، دراسة اقتصادية تحليلية، العربي للنشر، القاهرة، 2006، ص 10.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

التجارية الدولية (عدد 191/51 المضاف في الملاحق) والمدونة الدولية لقواعد سلوك الموظفين العموميين (عدد 59/51) .

وتتضمن الاتفاقية * التي تشمل 71 فصلا و التي تم التوقيع عليها في المكسيك في ميريدا سنة 2003 تعريف أنواع الفساد ودعوة البلدان إلى تجريمها والتعاون بين بعضها لتبادل المعلومات والمساعدة القانونية وكشف وتجميد عائدات الأفعال المجرمة وإرجاع الأموال المهربة ومراقبة البنوك للزبائن عند إيداع أو تحويل مبالغ هامة وسبل مكافحة الفساد والدعوة إلى تعاون الدول إذ جاء فيها أن " على الدول الأطراف أن تتعاون معاً على منع ومكافحة إحالة عائدات الأفعال المجرمة وفقاً لهذه الاتفاقية وعلى تعزيز سبل ووسائل إسترداد تلك العائدات، وأن تنتظر، لتلك الغاية، في إنشاء وحدة إستخباراتية مالية تكون مسؤولة عن تلقي التقارير المتعلقة بالمعاملات المالية المشبوهة وتحليلها وتعممها على السلطات المختصة"¹

ولا بد للإشارة أن مشروع اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد لسنة 2003 فقد عرفت الفساد بأنه " القيام بأعمال تمثل أداء غير سليم للواجب، أو إساءة استغلال لموقع أو سلطة بما في ذلك أفعال الإغفال توقعاً لمزية أو سعياً للحصول على مزية يوعد بها أو تعرض أو تطلب بشكل مباشر أو غير مباشر أو إثر قبول مزية ممنوحة بشكل مباشر، سواء للشخص ذاته أو لصالح شخص آخر"² .

وفي ظل هذه الاجتماعات المقدمة لإعطاء مفهوم واضح للفساد نجد أن هذا المصطلح بمرور الوقت أخذ معالم وصور أخرى أشد خطورة من حيث الآثار من الرشوة، والتي تتمثل في اختلاس الممتلكات العامة والمتاجرة بالنفوذ وإساءة استعمال الوظيفة، والإثراء غير المشروع.

* إلى حدود 2006 وُقعت على هذه الاتفاقية 140 دولة من بينها 21 دولة عربية هي الأردن، سوريا، الكويت، اليمن، الجزائر، الصومال، لبنان العراق، ليبيا، وصادقت عليها 25 دولة من ضمنها 8 دول عربية هي: جيبوتي، الإمارات، مصر، الجزائر، الأردن، قطر، اليمن، ليبيا علماً بأن الاتفاقية تدخل حيز التنفيذ عند تصديق 30 دولة. أنظر المرجع نفسه، ص 151.

¹ فتحي بن حسن السكري، دراسة حول أسس وأساليب مقاومة الفساد الإداري، بحوث وأوراق عمل الملتقيات والندوات التي عقدتها المنظمة خلال عام 2007 حول سبل مكافحة الفساد الإداري والمالي في الوطن العربي، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008، ص ص 151، 150.

² تم إقتراح هذا التعريف من نائب الرئيس (منظمة الأمم المتحدة) الذي يتولى مسؤولية هذا الفصل للتشاور مع وفود أذربيجان وأكرانيا وسلوفانيا والصين، ورأت أنه إذا تعذر الإتفاق على تعريف واسع بما فيه الكفاية فلا ينبغي للاتفاقية أن تتضمن تعريف للفساد، وبدلاً من ذلك ينبغي الاتفاقية أن تحدد وتجرم أفعال الفساد في إطار الفصل المتعلق بالتجريم وهو الذي أعتمد في المشروع النهائي. أنظر: بابكر عبد الشيخ، " العولمة والفساد " المؤتمر العربي الدولي لمكافحة الفساد، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، مركز الدراسات والبحوث، الرياض، 2003، ص 5.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ويعرف كذلك الفساد في موسوعة العلوم الاجتماعية بأنه استخدام النفوذ العام لتحقيق أرباح أو منافع خاصة، وهذا يشمل جميع أنواع الرشاوى للمسؤولين المحليين أو السياسيين ويستبعدا بين القطاع الخاص، بعبارة أخرى يتناول العلاقة بين الفساد والقطاع العام مستبعداً العلاقة بين الفساد والقطاع الخاص وهو بذلك يتفق مع مقولة (جاري بيكر) "إننا إذا ألغينا الدولة، فقد ألغينا الفساد"¹.

ونحن نرى أن هذا التعريف الأخير بين علاقة جد مهمة لم يشر إليها أنفاً، بحيث ركز على العلاقة بين الفساد والقطاع العام مستبعداً القطاع الخاص، ونحن اليوم نرى أن نسبة الفساد الكبير تتخر جسد القطاع العام على عكس القطاع الخاص الذي لا يعاني من هذه الآفة وإن وجدت فهي نادرة.

ثالثاً : التعريف التشريعي للفساد:

نستعرض في هذا العنصر موقف التشريعات المقارنة وكذا التشريع الجزائري من الفساد، وذلك كما

يلي:

1- تعريف المشرع المصري للفساد: إن المشرع المصري لم يعرف مصطلح الفساد، ولكنه ركز

وتكلم في المادة 103 و 103 مكرر من قانون العقوبات وإن كان قد أشار إلى بعض مظاهره.²

ويلاحظ على المشرع المصري هو عدم تجريمه للفساد رغم مظاهره وصوره في المجتمع المصري*،

إذا أخذ الفساد أشكال عديدة ومتنوعة على غرار الرشوة.

2- تعريف المشرع الفرنسي: لقد عرفت الموسوعة الفرنسية Encarta 1997 الفساد بأنه "

كل إخلال بواجب الأمانة التي يفرضها العمل الوظيفي، وهو يجلب للموظفين منافع خاصة من المنافع العامة والفساد الإداري المتمثل في الرشوة يكون أكثر خطورة لان الشخص الذي يمارس عمله يلتزم

¹ هاشم الشمري، إيثار الفتلي، المرجع السابق، ص19.

² سليمان عبد المنعم، القسم الخاص من قانون العقوبات، بدون دار ومكان نشر، 2003، ص38.

* ونشر في التقارير السنوية لهيئة النيابة في مصر عام 2003 إلى أن قضايا الفساد التي تم ضبطها داخل الحكومة خلال ثلاث سنوات بلغت (200) ألف قضية منها (73) ألف قضية عام 2002 أي يوافق قضية فساد كل دقيقة ونصف، حيث بلغت قضايا الجرائم الجنائية للعاملين بالحكومة لعام 2001 (10050) قضية منها (264) قضية رشوة و (1180) قضية تزوير واستعمال محررات مزورة .

علما أن مصر من الدول التي جاءت في الترتيب الأدنى لمؤشرات مدركات الفساد عام 2003 حيث بلغت درجتها حسب المؤشر (3.3) وجاء تسلسلها (72) من أصل 133 دولة.أنظر : هاشم الشمري، إيثار الفتلي، المرجع السابق، ص ص 25، 26.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

منافع شخصية من خلال وظيفته تتمثل في التعويض المادي والهدايا وأشياء أخرى بغية إتمام عمل يقع ضمن وظيفته الأساسية أو يقوم بعرقلة هذه الأعمال حتى يأخذ من المتعاملين بعض المنافع¹.

ونحن نرى أن هذا التعريف أكثر دقة وصحة من التعاريف السابقة المشار إليها أنفاً، لأن هذا الأخير كيف جرائم الفساد في مجملها بكونها من جرائم ذوي الصفات التي لا تقع إلا من شخص يتصف بصفة معينة وهي موظف أو من في حكمة بحيث نجده ركز على خطورة الرشوة، إلا أن هذه الأخيرة يصعب إثباتها على أرض الواقع، وهذا ما يشكل خطر على الإدارة.

3- موقف المشرع الجزائري من تعريف الفساد:

تجدر الإشارة بنا القول أن مصطلح الفساد هو مفهوم جديد في التشريع الجزائري، إذ لم يستعمل قبل سنة 2006، كما لم يجرم في قانون العقوبات، إذ كان لزاماً على المشرع الجزائري تكييف تشريعاته الداخلية بما يتلاءم مع اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد المؤرخة في 31 أكتوبر 2003 التي صادقت عليها الجزائر في 19 أبريل 2004 بموجب المرسوم الرئاسي رقم 04-128، وبعد هذه المرحلة المتطورة أصدر المشرع قانون الوقاية من الفساد ومكافحته رقم 01/06² والذي تناول فيه جرائم الفساد وكيفية مكافحتها بمختلف صورها ومظاهرها. وبالرجوع الفقرة أ من المادة (02) من القانون المذكور أعلاه، نجد أن المشرع الجزائري أنتهج نفس السياق الذي قدمته اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد، وطبقاً لنص المادة (02) التي عرفت الفساد من خلال الإشارة إلى صورة ومظاهره كالاتي: " الفساد: هو كل الجرائم المنصوص عليها في الباب الرابع من القانون و بالرجوع إلى الباب الرابع من نفس القانون أعلاه، فإنه يمكن تصنيف جرائم الفساد إلى أربعة أنواع هي³ : اختلاس الممتلكات والإضرار بها، الرشوة وما شابهه الجرائم المتعلقة بالصفقات العمومية، التستر على جرائم الفساد، إذ تمتاز هذه الجرائم في مجملها بكونها من جرائم ذوي الصفة التي لا تقع إلا من شخص يتصف بصفة معينة وهي موظف أو من حكمة.

ولا بد للإشارة أن المشرع قد أورد مادتين وهما (202) و (203) من القانون رقم 16-01 المتضمن التعديل الدستوري السالف الذكر، وفحواهما هو استقلالية الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد إدارياً ومالياً وهذا

¹ نقلًا عن : عبد الحليم بن مشري، عمر فرحاتي، " الفساد الإداري: مدخل مفاهيمي "، مجلة الإجتهد القضائي، كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة بسكرة، 2009، ص13.

² القانون رقم 06-01 المؤرخ في 20 فيفري 2006 المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحته، ج ر ج ج، رقم 14، المؤرخة في 08 مارس 2006، ص05.

³ هذا التصنيف أورده: أحسن بوسقيعة، المرجع السابق، ص09.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ما جاء في سياق المادة(202)، أما عن المادة (203) فقد تضمنت دور الهيئة في تكريس خصائص الحكامة من خلال اقتراح هذه الأخيرة سياسة شاملة للوقاية من الفساد.

غير أن ما يعاب على المشرع الجزائري أنه لم يتطرق بالتفصيل إلى جميع مظاهر الفساد التي تسود المجتمع الجزائري، والتي هي في حكم المباح اليوم والتي نذكر منها المحسوبية في الإدارات العمومية
الواسطة.....

مع العلم أن الجريمة في الجزائر تتطور يوماً بعد يوم، وهذا راجع لتطور التكنولوجيا و الانفتاح على العالم من خلال طرق عديدة ومتنوعة فكان من الأجدر على المشرع الجزائري أن يساير الجرائم المتطورة في البلدان الأجنبية، لكون المجتمع الجزائري ليس في منأى عن هذه الجرائم العابرة للقارات.

رابعاً : معاني الفساد في الشريعة الإسلامية:

لقد وردت مادة (فسد) وما أشتق منها في القرآن الكريم قرابة خمسين مرة موزعة على 23 سورة منه بهيئات وتصرفاته، والمصدر وأسم الفاعل، فأما الفعل فذكر في ثمانية عشر موضعاً، وأما المصدر فذكر في إحدى عشر موضعاً، وأسم الفاعل مفرداً كان أو على صيغة الجمع في واحد وعشرين موضعاً¹.

والملاحظ أن مصطلح الفساد في نصوص القرآن أشمل وأوسع مما هو متعارف عليه في أذهان عامة الناس فالفساد يطلق على أمرين² :

1- الفساد التكويني: ومنه قوله تعالى : ﴿ لَوْ كَانَ فِيهِمَا آلِهَةٌ إِلَّا اللَّهُ لَفَسَدَتَا فَسُبْحَانَ اللَّهِ رَبِّ الْعَرْشِ عَمَّا يَصِفُونَ ﴾ 22 الأنبياء، ويقصد بالفساد الكوني: التلف والعطب وهو الذي يشير إليه المعنى اللغوي.

2- الفساد التشريعي: وهو الذي ينشأ عن نقص في وظيفة أي حكم شرعي، وعلى هذا المعنى أغلب النصوص التي تحدثت عن الفساد، وهو ما يقابل الصلاح.

وقد لوحظ أن ورود مصطلح (الفساد) في السياق القرآن كان معبر تارة عن معناه الشرعي (كما يقصد النص القرآني تقريره) وتارة كما ينظر إليه أصحابه ويسمونه، وهذا النوع كما في النصوص التالية³:

¹ محمد المدني بوساق، التعريف بالفساد و صورته من الوجهة الشرعية، دار الخلدونية ، الجزائر، 2004، ص07.

² عبد الله الجبوس، المرجع السابق، ص 05.

³ المرجع نفسه، ص716.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

1- وصف فرع لدعوة موسى عليه السلام، حين قال: ﴿ ذُرُونِي أَقْتُلْ مُوسَى وَلْيَدْعُ رَبَّهُ إِنِّي أَخَافُ أَنْ يُبَدِّلَ دِينَكُمْ أَوْ أَنْ يُظْهِرَ فِي الْأَرْضِ الْفَسَادَ ﴾.

2- ماورد على لسان ملكة سبأ في وصف الملوك ﴿ إِنَّ الْمُلُوكَ إِذَا دَخَلُوا قَرْيَةً أَفْسَدُوهَا وَجَعَلُوا أَعْرَآةَ أَهْلِهَا آذِنَةً ﴾. مقولة الملائمة من قوم فرعون لفرعون ﴿ أَتَدْرُ مُوسَى وَقَوْمَهُ لِيُفْسِدُوا فِي الْأَرْضِ وَيَدْرُكَ وَأَلْهَتَكَ ﴾. الأعراف 127. كما جاء مصطلح الفساد في القرآن الكريم كمقابل لمصطلح الإصلاح¹ مثل قوله تعالى: ﴿ وَلَا تُفْسِدُوا فِي الْأَرْضِ بَعْدَ إِصْلَاحِهَا ﴾ الأعراف الآية 56، وقوله تعالى : ﴿ وَقَالَ مُوسَى لِأَخِيهِ هَارُونَ اخْلُفْنِي فِي قَوْمِي وَأَصْلِحْ وَلَا تَتَّبِعْ سَبِيلَ الْمُفْسِدِينَ ﴾ الأعراف الآية 142.

نخلص مما تقدم إلى أن الفساد عمل مقنن مقصود من قبل فئات معينة تحرص على بقائه تسعى إليه بأقصى ما أو أتيت من طاقات وتحرص على أن يكون هو السمة الغالبة، وأنه على الرغم من هذا كله فالإصلاح رسالة الأنبياء جميعاً في كل زمان وهو رسالة القرآن، ويحمل لواءه كل من تبع الرسالة ، وأنه على الرغم من قلة إتباع الحق وأنصاره بالنسبة إلى أهل الباطل² ، قال سبحانه : ﴿ وَمَا أَكْثَرَ النَّاسِ وَلَوْ حَرَصْتَ بِمُؤْمِنِينَ ﴾ يوسف 103، إلا أن أهل الحق في النهاية المنتصرون وهم الذين لهم الغلبة و العاقبة، قال سبحانه : ﴿ وَلَقَدْ كَتَبْنَا فِي الزَّبُورِ مِنْ بَعْدِ الذِّكْرِ أَنَّ الْأَرْضَ يَرِثُهَا عِبَادِيَ الصَّالِحُونَ ﴾ الأنبياء 105.

الفرع الثاني: أنواع الفساد

تختلف أنواع الفساد تبعاً للزاوية التي ينظر له منها، فهناك من يرى بأن أنواع الفساد تختلف طبقاً للحيثيات المرتبطة بها.

كما يلاحظ أن هذه الأنواع والصور والمظاهر متداخلة ومتشابكة فيما بينها يصعب التفرقة بين نوع وآخر في كثير من المجالات، والتقسيمات التي نحن بصدد عرضها والتي أجتهد الكتاب والباحثين لوضعها وفقاً لمعيار محدد هي تقسيمات نظرية يصعب الفصل بينها.

¹ أسامة السيد عبد السميع، الفساد الإقتصادي وأثره على المجتمع، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2009، ص 26.

² عبد الله محمد الجبوس، المرجع السابق، ص 7.

أولاً: أنواع الفساد من حيث الحجم (من حيث المستوى أو النطاق)

إذ يقسم على أساس هذا المعيار إلى قسمين أساسين هما:

أ - الفساد الصغير (الأفقي) Minor corruption:

وهو الفساد الذي يتعلق بأداء الوظائف والخدمات الروتينية، ويمارس من قبل فرد واحد دون التنسيق مع الآخرين، ويظهر بين الموظفين في القطاعات المختلفة، وأساسه الحاجة الاقتصادية (المادية)، إذ يقوم الموظفون بأخذ الرشوة عن أي خدمة يقدمونها للمواطنين وتكون أسعارها متساوية على الجميع تقريباً وتدفع كمقابل للخدمة، مثل الرشوة التي يشارك فيها مسؤولون في دائرة الهجرة وموظفو الجمارك ورجال الشرطة والتي عادة ما تكون بسبب التعجيل بأداء إجراءات روتينية، فضلا عن موظفين بعض الإدارات الحكومية كالضرائب والتسجيل العقاري والبلديات وغيرها، كما يحدث عندما يقوم موظف بقبول ابتزاز لتسهيل عقد أو إجراء طرح لمناقصة عامة، كما يتم عندما يقوم وكلاء أو وسطاء لشركات أو أعمال خاصة بتقديم رشايي للاستفادة من سياسات أو إجراءات عامة للتغلب عن المنافسين، أو تحقيق أرباح خارج إطار القوانين المرعية، كما يمكن للفساد أن يحدث عن طريق استغلال الوظيفة العامة دون اللجوء إلى الرشوة وذلك بسرقة أموال الدولة مباشرة (الاختلاس) أو بتعيين الأقارب (الواسطة والمحسوبية)¹.

ب - الفساد الكبير (العمودي) Gross Corruption:

وهو الفساد الذي يقوم به كبار الموظفين و المسؤولين كرؤساء الدول والحكومات والوزراء ومن في حكمهم وأساس هذا النوع من الفساد الجشع، أما هدفه فيتمثل بتحقيق المصالح المادية أو الاجتماعية الكبيرة وليس مجرد رشوة صغيرة، و بكلمات أخرى يشمل أنواع الفساد التي تتناسب مع حجم الأرباح والمكاسب التي يحققها (الراشي)، في كل حالة على حدة، فكلما كان هذا الحجم كبير سواء بتحقيق العائد أو بتخفيض النفقات أو التكاليف كلما كان حجم الربح الفاسد كبير والذين يحققون مكاسب أعلى نتيجة الحصول على منافع فاسدة سيدفعون أكثر مقابل ذلك وكلما كانت الوظيفة ذات حساسية خاصة أو كبيرة ارتفع حجم الربح الفاسد، كما أنه يرتفع أيضا عندما تكون الدولة تمر بحالات قلق مما يعمل على رفع سعر خدمة المسؤول لشعوره بأن الزمن يسابقه وقد تكون فترة نهاية الخدمة قريت².

¹ هاشم الشمري، إثثار الفتلي، المرجع السابق، ص45.

² المرجع نفسه، ص46.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وهذا النوع من الفساد والذي يتشكل من رأس المال والسلطة، أطلق عليه الفقه الغربي تسمية " جرائم الصفوة " و " جرائم ذوي الياقات البيضاء " لأنها ترتكب من أفراد يحتلون مكانة اجتماعية عالية حيث يستغلون سلطتهم لخرق القوانين والتنظيمات¹.

ويرى (هنتغتون) إن المتنفذين السياسيين هم أكثر فساداً من كبار الموظفين، وموظفي الدواوين الأعلى مركزاً وظيفياً أكثر فساداً من الآخرين، وهذا النمط من الفساد لا يكون بالضرورة متعارضاً مع الاستقرار السياسي. ويتمثل هذا النوع بالرشاوي الكبرى التي يشارك فيها المسؤولين الكبار ويرتبط غالباً بالتأثير على صانعي ومتخذي القرارات ، وإذ ما تفتشت الرشوة الكبرى ضاع الأمل في محاصرة الرشوى الصغرى² .

وهو التقسيم الذي تبناه دليل الأمم المتحدة: الفساد الجسيم Grand Corruption والفساد البسيط Petit Corruption.

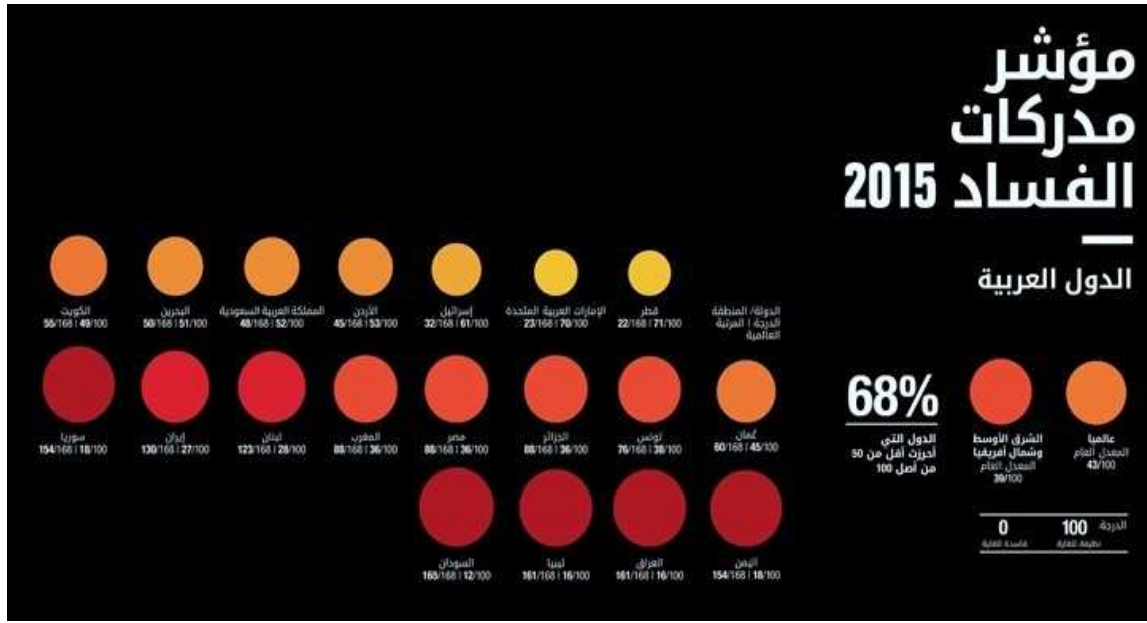
ثانياً: الفساد من ناحية الانتشار (المدى النطاق الجغرافي)

أ- الفساد المحلي : يقصد به ما ينتشر من مظاهر الفساد داخل البلد الواحد، ولا ينأى عن كونه فساد صغار الموظفين والأفراد ذوي المناصب الصغيرة في المجتمع، ممن لا يرتبطون في مخالفتهم بشركات أجنبية تابعة لدول أخرى، وعلى الرغم من أن الفساد ظاهرة عالمية منتشرة بشكل واسع إلا أن ذلك لا يخفف من شدة خصوصيتها وكثافتها في بعض المجتمعات³، ومنها الجزائر التي تعد في الوقت الحاضر، من الدول التي تحرز تقدم في مجال انتشار الفساد حيث تصدرت سنة 2015 مع مجموعة من الدول العربية التي تعبر الأكثر فساداً في العالم حسب معطيات أجرتها منظمة الشفافية الدولية، والشكل الآتي يوضح ذلك :

¹ كريمة كمال، فساد الكبار، الرشاوي، العمولات، ونهب المال العام، مطابع روز اليوسف الجديدة، القاهرة، 1996، ص42.

² هاشم الشمري، إيثار الفتلي، المرجع السابق، ص47.

³ المرجع نفسه، ص 48.



الشكل رقم : 06 يوضح مؤشرات مدركات الفساد 2015

المصدر: منظمة الشفافية الدولية

ب- **الفساد الدولي:** وهو الفساد الذي يأخذ مدى واسعاً وكبير يصل إلى نطاق عالمي ضمن نظام يعرف بالاقتصاد الحر، وقد تتربط الشركات المحلية بينها، وفي هذا النوع تكمن الخطورة العظمى على المدى الواسع.

والفساد الدولي أدواته وأشكاله متعددة ومختلفة، إذ نذكر من أشكاله: رشاي و مدفوعات غير مشروعة في إطار التجارة و المساعدات الأجنبية وتدفقات الاستثمار بين الدول، أو الاتجار بالمخدرات والسلاح وتبييض الأموال (غسيل الأموال).

أما من حيث أدواته فهي متعدد كذلك نذكر منها: الشركات المتعددة الجنسيات، والمنظمات الدولية، ففي المجال الصحي نذكر على سبيل المثال منظمة الصحة العالمية، وكذلك منظمة اليونسيف بالإضافة إلى منظمات أخرى كمنظمة التجارة الدولية، وصندوق النقد الدولي.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ثالثاً: الفساد من حيث نوع القطاع :

يصنف الفساد طبقاً لهذا المعيار إلى نوعين هما:

أ- **فساد القطاع العام:** وهو الفساد المستشري في الإدارة الحكومية وجميع الهيئات العمومية التي تتبعها وهو من أكبر معوقات التنمية، وفيه استغلال المنصب لأجل الأغراض والمصالح الشخصية¹.

إذ وجد قطاع الدولة لكي يبقى ، وإن بقائه مرهون بأدائه وفاعليته، وتحقيق الأهداف التي وجد من أجلها أصلاً لخدمة المجتمع وأفراده، ولكن الشكوى كانت ومازلت من الفساد والهدر الغالب على مؤسسات الدولة حتى إن من هم في السلطة يعانون من هذه الظاهرة وهذا ما يظهر واضحاً في خطبهم وتصريحاتهم الداعية للإصلاح ومحاربة الفساد.

إذ يبدو أن القطاع العام يعد مرتعاً خصباً للانحرافات الإدارية والسرقات المالية، لأن الحافز الفردي غائب والمصلحة الشخصية للقائمين على النشاط الاقتصادي غير متوفر، ولا بد للإشارة إلى أن نفقات قطاع الدولة أكبر من نفقات القطاع الخاص، لأن مؤسسات الدولة تدفع التزاماتها المالية القانونية تجاه المجتمع (كالخدمات العامة) تأمينات اجتماعية، تأمين الأمن الداخلي والخارجي للمجتمع... إلخ) بكاملها ، بينما القطاع الخاص متحرر من كل هذه الالتزامات ويتهرب على الأغلب من دفع كامل الضرائب².

ب- **فساد القطاع الخاص:** ويعني استغلال نفوذ القطاع الخاص للتأثير على مجريات السياسية العامة للدولة، باستعمال مختلف الوسائل من رشوة وهدايا، وهذا لأجل تحقيق مصلحة شخصية كالإعفاء من الضريبة والحصول على إعانة...³

وقد أشار تقرير منظمة الشفافية العالمية إلى أن الشركات الأمريكية هي أكثر الشركات التي تمارس أعمالاً غير مشروعة، تليها الشركات الفرنسية والصينية والألمانية.

في الوقت الذي يشير فيه تقرير خاص لصندوق النقد الدولي إن هناك نسبة كبيرة من الأموال التي أقرضتها البنوك الأمريكية للدول النامية تعود مرة أخرى إلى الولايات المتحدة وسويسرا وتودع في بنوكها

¹ عطاء الله خليل، "مدخل مقترح لمكافحة الفساد في العالم"، مكافحة الفساد في الوطن العربي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة 2009، ص340.

² هاشم الشمري، إيثار الفتلي، المرجع السابق، ص49.

³ عطا الله خليل، المرجع السابق، ص340.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

بحسابات شخصية لمسؤولين من تلك الدول بالإضافة إلى مظاهر الإشراف الكبير في استخدام الأموال واستغلالها.

كما يشير تقرير نشرته الصحف الأمريكية إلى أن هيئة الأمم المتحدة تهدر سنويا نحو (400) مليون دولار بسبب الفساد والتبذير وسوء الإدارة¹.

رابعاً: الفساد طبقاً للمجال الذي ينشأ فيه (الميدان الذي ينتشر فيه أو نشاطه) :

إذا يمكن تقسيم الفساد بحسب الميادين التي يدخل فيها الفساد، وهي على النحو التالي:

أ- **الفساد السياسي:** وهو من أوسع الميادين التي يدخلها الفساد، بل يمكن اعتباره الأساس والنواة لبقية الأنواع، وذلك عائد بطبيعة الحال إلى كون الذي بيده صنع القرار هو الذي يتحكم في مصائر الناس: ماليا وثقافيا وتربويا وغير ذلك، فالإعلام يتوجه منه والمناهج و القوانين التي تحكم المجتمع تحت سيطرته، كما أنه هو الذي يتحكم في موارد البيئة.

كما عرفته هيئة الأمم المتحدة بأنه " استغلال السلطة العامة لتحقيق مكاسب خاصة " أو هو تغليب مصلحة صاحب القرار على مصالح الآخرين " فم ثم تقديم المصالح الخاصة لصانعي القرار على مصالح العامة كان ذلك من علامات وجود الفساد السياسي.

حين يحدثنا القرآن على هذا اللون من ألوان الفساد نجده كثيراً ما يرتبط بين الطغيان فمتى طغى المسئول حل الفساد، وهذا ما يجعلنا ندرك أن العلة الكبرى التي تصيب الحكومات بعد علة الطغيان هي علة الفساد، وكذلك يتعلق الفساد السياسي بالاختلال والانحراف في توزيع السلطة والمساءلة المتعلقة بنظام الحكم والمؤسسات السياسية وتداول السلطة، وحرية المشاركة والتعبير والتنظيم والرقابة التي تتمتع بها وتمارسها هذه الجماهير، ويترتب على اختلال منظومة السلطة والمساءلة السياسية إمكانية تحقيق النخب السياسية المتمسكة بسلطات الحكم على منافع شخصية بعيداً على أي نوع من المساءلة².

¹ المرجع نفسه ، ص50.

² عامر خياط، مفهوم الفساد، بحث مقدم ضمن الندوة التي أقامتها المنظمة العربية لمكافحة الفساد، تحت عنوان المشاريع الدولية لمكافحة الفساد والدعوة للإصلاح السياسي والاقتصادي في الأقطار العربية، لبنان، 2006، ص47.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

كما أن عدم الاستقرار السياسي وسلب حريات المواطنين وعدم إشراكهم في اتخاذ القرارات، فضلاً عن إتباع سياسات تنموية لم يقدر لها النجاح أدى إلى تمركز السلطات في أيدي فئات محددة، وهذا ما ساعد على تدهور الأوضاع وزاد من جرائم استغلال النفوذ ومخالفة القوانين والأعراف والتعاليم¹.

ب- الفساد الاقتصادي :

هو اتخاذ المال المشبوه وسيلة للضغط والتعاقد بغرض الحصول على منافع مادية وأرباح ملموسة، وهو تزوير الحقائق الاقتصادية للغرض ذاته، فهو عمل منافي للأخلاق والقيم يكون أساس التعامل فيه بين الناس على ما يحقق من مصالح مادية ونفعية².

ج - الفساد المالي : ويتمثل في مجمل الانحرافات المالية، ومخالفة القواعد والأحكام المالية التي تنظم سير العمل المالي في الدولة ومؤسساتها ومخالفة التعليمات الخاصة بأجهزة الرقابة المالية³.

ولهذا النوع من الفساد أوجه كثيرة ومتعددة نذكر منها: غسل الأموال والتهرب الضريبي، تزييف العملة النقدية....

ت- الفساد الإداري: إن الفساد الإداري هو ظاهرة اجتماعية تتمثل في مجموعة من الانحرافات الإدارية والوظيفية والتنظيمية، والتي ينجم عنها استغلال رجال الإدارة والعاملين في كافة أجهزة الدولة ومؤسساتها إذ أن مصدر أغلب هذه الانحرافات في الوسط الإداري هو الموظف العام أثناء تأدية مهامه في الوظيفة العمومية.

وكذلك هو إضعاف وفساد للاستقامة والفضيلة والمبادئ الخلقية، أو الحث على العمل الخاطيء بواسطة الرشوة والوسائل غير القانونية الأخرى، كما تعتبر تلك النشاطات داخل جهاز إداري حكومي والتي تؤدي فعلا إلى صرف ذلك الجهاز عن هدفه الرسمي، الذي يفترض أن يكون مجسداً لطلبات الجمهور العامة لصالح أهدافه الخاصة⁴.

¹ صلاح الدين فهمي محمود، الفساد الإداري كمعوق لعمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، المملكة العربية السعودية، 1994، ص47.

² عبد الله محمد الجبوس، المرجع السابق، ص25.

³ محمد غالب المهيايني، آليات حماية المال العام والحد من الفساد الإداري، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة، 2009، ص26.

⁴ منقذ محمد داغر، علاقة الفساد الإداري بالخصائص الفردية والتنظيمية لموظفي الحكومات ومنظماتها: دراسة إستراتيجية، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الإستراتيجية، أبو ظبي، العدد 60، 2002، ص10.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وللفساد الإداري صور عديدة نتناول أهمها فيما يلي:

1- الرشوة: ويقصد بالرشوة وما في حكمها الاتجار بالوظيفة والإخلال بواجب النزاهة الذي يتوجب على كل من يتولى وظيفة أو وكالة عمومية أو يؤدي خدمة عمومية التحلي به. وتأخذ جرائم الرشوة وما في حكمها، المنصوص عليها في قانون 2006/02/20 المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحته الأوصاف الآتية:

● الرشوة

● الغدر

● الإغفاء أو التخفيض الغير القانوني في الضريبة والرسم، استغلال النفوذ، إساءة استغلال الوظيفة الإثراء غير المشروع، تلقي الهدايا¹.

ولا بد للإشارة بأن التشريعات قد اختلفت في تجريمها للرشوة، وهي عموماً تأخذ بأحد النظامين: نظام ثنائية الرشوة ونظام وحدة الرشوة.

فأما نظام وحدة الرشوة فلا يرى فيها إلا جريمة واحدة يرتكبها الموظف العمومي باعتباره الفاعل الأصلي لها، أما الراشي فهو مجرد شريك متى توافرت شروط الاشتراك في شأنه، ويأخذ بهذا النظام، في القانون المصري، على وجه الخصوص.

وأما نظام ثنائية الرشوة، الذي يأخذ به القانون الجزائري، على غرار القانون الفرنسي، فهو يقوم على أن الرشوة تشمل جريمتين:

● الأولى، سلبية، من جانب الموظف العمومي، وقد أُصطلح على تسميتها: " الرشوة السلبية " .

● والثانية، إيجابية من جانب صاحب المصلحة، وقد أُصطلح على تسميتها: " الرشوة الإيجابية " ².

2- المحاباة والمحسوبية والوساطة: إن هذه الآلية نابعة في غالب الأحيان من روابط القرى والوضع الطبقي و الو لاءات التقليدية الضيقة التي تكون مخرجاتها تقرب طبقات وجماعات واستبعاد وربما اضطهاد جماعات التي تحكم سير أجهزة الإدارة العامة في مجال التعيينات والترقيات والتنقلات وتحديد الأجور والمرتبات وحركات النذب والإعارة³.

¹ أحسن بوسقيعة، المرجع السابق، ص71.

² المرجع نفسه، ص73.

³ صلاح مناور الجبيلي، بعض العوامل المؤثرة في الفساد الإداري بالجمارك، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2011، ص20.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ويستعمل مصطلح المحاباة والمحسوبية للدلالة على نفس الغرض والمعنى، ولهذا نجد أن المشرع الجزائري قد إستعمل مصطلح المحاباة في قانون الوقاية ومكافحة الفساد، بحيث أوردتها كصورة من صور الجرائم المتعلقة بالصفقات العمومية، المنصوص والمعاقب عليها في المواد 26 و 27 و 34 من قانون الوقاية من الفساد ومكافحته الصادرة في 20/02/2006.

ولا بد للإشارة أن هذه الجريمة عرفت تطويرين جديدين مع صدور القانون رقم 01/06 المؤرخ في 20/02/2006 المتضمن الوقاية من الفساد ومكافحته وهما كالآتي¹:

❖ إلغاء الجريمة من قانون العقوبات ونقل مضمونها إلى قانون مكافحة الفساد: يتمثل التطور الأول في نقل الجريمة من قانون العقوبات إلى قانون مكافحة الفساد . حيث تم إلغاء المادة 128 مكرر ق ع ونقل مضمونها، كما هو بدون تغيير، إلى المادة 26-01 من قانون مكافحة الفساد، وبموجب نص المادة 26-01 من قانون مكافحة الفساد، يعاقب " كل موظف عمومي يقوم بإبرام عقد أو يؤشر أو يراجع عقداً أو اتفاقية أو صفقة أو ملحق مخالفاً بذلك الأحكام التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل بعرض إعطاء امتيازات غير مبررة للغير " .

❖ تكريس جنحة المحاباة: يتمثل التطور الثاني في تعديل نص المادة 26-01 من قانون مكافحة الفساد بموجب القانون 05/11 المؤرخ في 02/08/2011، وبموجب هذا التعديل يعاقب " كل موظف عمومي يمنح، عمداً، للغير امتياز غير مبرر، عند إبرام أو تأشير عقد أو اتفاقية أو صفقة أو ملحق، مخالفة للأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة بحرية الترشيح والمساواة بين المترشحين وشفافية الإجراءات " .

والنص في صياغته الجديدة مستلهم من المادة 432-14 من قانون العقوبات الفرنسي.

وهذه الآليات السابقة الذكر من أكثر الآليات خطورة والأصعب علاجاً، حيث أن استغلال المنصب الحكومي للاستفادة الشخصية لمصلحة الفرد ومقربيه دون وجه حق أحد أسباب الفساد الإداري الناتج عن سوء نية وسوء قصد مع سبق الإصرار عليه² .

3- الاحتيال ونهب المال العام (النصب) : ويعني الحصول على أموال الدولة والتصرف بها بدون وجه حق تحت مسميات مختلفة³ ، حيث يأخذ الاحتيال والنصب أساليب عدة يستطيع من خلالها أصحاب النفوذ الإداري تجاوز القوانين والعبور من خلالها بشكل خال من المسؤولية باستغلال آلية

¹ أحسن بوسقيعة، المرجع السابق، ص ص 139، 140.

² عماد صلاح عبد الرزاق الشيخ داود، الفساد والإصلاح، منشورات إتحاد كتاب العرب، دمشق، 2009، ص 70.

³ أحمد صلاح عطية، أصول المرجعة الحكومية وتطبيقاتها بالمنظمة العربية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر ، 2008 ، ص 203.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الاحتيايل وترتبط هذه الصورة من الفساد كثيراً باستغلال المنصب العام ، كأن يقوم الموظف بتخصيص الأراضي والعقارات من خلال قرارات إدارية عليا، تأخذ شكل من العطايا والهبات، أو إعادة تدوير أموال المعونات الأجنبية لحساب المسؤولين ورجال الأعمال، وغيرها، كما يندرج تحت هذه الصورة من الفساد سرقة الأموال والممتلكات العامة الواقعة تحت سيطرة الشخص الفاسد عن طريق التزوير في الأوراق الرسمية والحصول على بعض الممتلكات العامة أو توزيع الأموال على مؤسسات وهمية يقوم الشخص بتشكيلها على الورق للحصول على الأموال، وهناك الكثير من صور الاحتيايل والنصب¹.

الفرع الثالث : الآثار السلبية للفساد

يعد الفساد جريمة في معظم البلدان، غير أن الجريمة الحقيقية هي أن هذه الآفة تمس الجميع ولاسيما الفقراء والضعفاء، بما فيهم النساء، وهي فئات لا تستطيع دفع الرشاوي ولو لتلبية أبسط الاحتياجات ونصيبيها من الثروة الاقتصادية هزيل أصلا، ويؤدي الفساد إلى عواقب وخيمة فهو يعمل على الإضرار بالاقتصاد والبيئة الصحية، وبإمكانه أن يتسبب في تباطؤ التنمية الصحية (بل وتراجعها)، في البلدان النامية لكونه يحول الموارد ويصد المعونة الدولية والاستثمار الأجنبي والمحلي، وفي حالات قصوى تتداعي أركان القانون والنظام من جراء عدم إنفاذ القوانين والأنظمة، مما يؤدي إلى استيراد الجريمة والعنف ويتسبب في القلاقل الاجتماعية².

كما يهدم كل عوامل الكفاية ويمكن غير المستحق من أخذ حق من يستحق، وبذلك تضعف كفاية الأداء في القطاعات العامة وحتى الخاصة ويمكن حصر الآثار السلبية للفساد فيما يلي:

أولاً : أثر الفساد على الإنفاق العام.

من الممكن أن يؤدي الفساد إلى زيادة الإنفاق العام، وذلك عن طريق زيادة تكاليف المشاريع والخدمات المقدمة إلى المواطنين حيث أنه إذا ما تحصل المسؤولين على الرشاوي مقابل منح صفقات ومشاريع لجهة معينة فإن هذه الأخيرة في تكاليف المشروع أو الخدمة، وبالتالي يزيد الإنفاق العام، كما

¹ عبير مصلح، النزاهة والشفافية والمساءلة في مواجهة الفساد، الإلتلاف من أجل النزاهة والمساءلة أمان، الطبعة الأولى، رام الله، فلسطين، 2007 ص 27.

² برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مكافحة الفساد لتحسين إدارة الحكم، شعبة التطوير الإداري وإدارة الحكم، مكتب السياسات الإنمائية، نيويورك، 1998، ص 9، 10. تاريخ الإطلاع: 2016/11/10.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

يعمل الفساد على زيادة الإنفاق العام من خلال التوسع أو زيادة المشاريع الكمالية (مشاريع التباهي التي لا فائدة منها)¹ .

ذلك أن جزء من الموارد التي كانت موجهة نحو الإنفاق على المشروعات العامة لإقامة بنى تحتية مثلا تدعيم الإنتاج يتم توجيهها من خلال علاقات الفساد إلى الاستهلاك الخاص للمنفذين، في الأجهزة الحكومية التي تقوم بتلك المشروعات، الأمر الذي يزيد من تكلفتها ويقلل من جودتها، كما يعمل الفساد على تقليل حجم الأموال الموجهة نحو الإنفاق العام بسبب الاختلاس والسرقة، أو التحويل جزء من إيرادات الموارد الطبيعية كالنفط، أو المساعدات الخارجية إلى حسابات خاصة تكون خارج الميزانية (صناديق التقاعد، صناديق ضبط الموارد) والتي تكون أقل شفافية ورقابة من الميزانية ما يجعلها معرضة أكثر للاستخدامات غير المشروعة، وينتج عن مثل هذه التصرفات في النهاية عدم تحقيق الأهداف الموجهة إليها الإنفاق لعدم كفاية الأموال² .

فلاحظ بالنسبة للفساد في المجال الصحي بالجزائر يلتهم 20 بالمائة من ميزانية الصحة حسب تقرير العالمي للصحة الصادر عن البنك العالمي، ويرجع هذا بسبب سوء التسيير والتكاليف المرتفعة لفاتورة الأدوية، ويبلغ بذلك حجم الإنفاق العام للصحة* في الجزائر نسبة 8 بالمائة من ميزانيتها، في مقابل 17 بالمائة بالنسبة للدول المتقدمة.

ثانياً: أثر الفساد على الفقر وتوزيع الدخل.

إن الدول التي ينفشى فيها الفساد يمكن أن تكون شرسة في مواجهة أفقر الفقراء ممن لا يملكون الموارد للتنافس مع الراغبين في تقديم الرشاوى، ويحرم الفساد الفقراء من نصيبهم حتى ولو كان هذا النصيب هزيباً، ويزيد من حدة الفقر بتحويله الموارد المخصصة لتخفيف حدة الفقر من نصيبهم حتى ولو كان هذا

¹ كيمبرلي أن اليون، ترجمة محمد جمال إمام، الفساد والاقتصاد العالمي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مكتبة الأسرة، 2008، ص141.

² Salvatore Schiavo-Compo, Governance, Corruption, and Public Financial Management, Asian Development Bank Manila, Philippines, 1999, p :08.

* يتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي، من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية) وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية او (الإجبارية)، إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية (الوقاية الصحية والعلاجية) وأنشطة تنظيم الأسرة، و أنشطة التغذية والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي.

الباب الأول: إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

النصيب هزيلاً، ويزيد من حدة الفقر بتحويله الموارد المخصصة لتخفيف الفقر إلى جيوب عديمي النزاهة من المسؤولين الحكوميين ورجال الأعمال وغيرهم¹.

كما يحرم الفساد الفقراء من الحصول على وظائف سواء في القطاع العام أو الخاص بسبب انتشار الوساطة والمحسوبية، وله أثر سلبي على توزيع الثروة والدخل من خلال استغلال أصحاب النفوذ لمواقعهم المميزة في المجتمع وفي النظام السياسي، مما يمكنهم من الحصول على جانب أكبر من المنافع الاقتصادية التي تقدمها الحكومة بالإضافة إلى قدرتهم على تنمية ثروتهم بصورة مستمرة ما يوسع الفجوة بينهم وبين بقية أفراد المجتمع².

ثالثاً: أثر الفساد على الأداء العام الصحي.

في حالة انتشار الفساد في الإدارات والمصالح العمومية الصحية فإنه يعمل على خلخلة الهيكل والتنظيم الإداري للدولة ما يتسبب في انحراف الإدارة العمومية الصحية على المهام المنوطة بها، من جراء تفشي الرشوة والبيروقراطية والممارسات الفاسدة بين المواطنين، وما ينتج عنه تعطل مصالح الأفراد وعدم وصولهم للخدمات العمومية الصحية ذات الكفاءة والجودة العالية، وكذا عدم وجود عدالة في توزيع تلك الخدمات الصحية³.

رابعاً: أثر الفساد على القيم الأخلاقية للمجتمع وحقوق الإنسان.

لا تنحصر الآثار السيئة للفساد على الجانب الاقتصادي فحسب بل تشمل الجانب الاجتماعي والأخلاقي أيضاً، وتفسير ذلك أن الفساد في حالة انتشاره بكثرة يكون من الصعب إصلاحه، ولهذا يتحول إلى سلوك عادي ومتعارف عليه، في الدوائر الحكومية وقطاع الأعمال العام والقطاع الخاص، وبدلاً من أن يقاومه الأفراد فإنهم يتغاضون عنه بل يساهمون في بعض الأحيان، مما يزيد في انتشاره في باقي القطاعات⁴.

¹ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مكافحة الفساد لتحسين إدارة الحكم، مرجع سابق، ص 12.

² فراس جاسم موسى، دور البرلمان في مكافحة الفساد في العراق، ورقة مقدمة ضمن دراسة بحثية و ورشات عمل حول بناء قدرات المؤسسات البرلمانية وتعزيز مشاركة المواطنين في الدول العربية، برنامج إدارة الحكم في الدول العربية، بيروت 2009، ص 27.

³ شعبان فرج، المرجع السابق، ص 62.

⁴ أحمد محمود نهار أبو سويلم، مكافحة الفساد، دار الفكر، المملكة الأردنية الهاشمية، الطبعة الأولى، 2010، ص 91.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وهو الأمر الذي يصبح بعده لدى الفرد تقبل نفسي للتقريب تدريجيا في معايير أداء الواجب الوظيفي والمهني الرقابي، عند ذلك تسود قيم الفساد وتتعدم قيم الأخلاق والواجب المهني وروح المسؤولية، كل هذا ساعد الفساد على خلخلة القيم الأخلاقية وعلى انتشار اللامبالاة والسلبية بين أفراد المجتمع¹.

وكذلك يسهل الفساد تجاهل قوانين الصحة والسلامة، ويسهل الإفلات من الملاحظة القضائية بشأن الأضرار البيئية ويبطل مفعول القوانين، ويصعد الإجرام ويزيد الإجرام ويزيد من حدته ، ففساد يساعد المجرمين على غسل الأموال المكتسبة من الإتجار بالمخدرات وتهريب الأسلحة².

ويؤثر الفساد على حقوق الإنسان فالحق في مجتمع خال من الفساد حقاً أصيلاً من حقوق الإنسان، لأن الحق في الحياة والكرامة، والمساواة، و الحقوق والقيم الإنسانية الأخرى الأساسية تعتمد اعتماداً كبيراً على هذا الحق، وعندما تفشل حكومة إحدى البلدان: في قمع أو احتواء الفساد، فإنها تخفق أيضاً في تنفيذ التزاماتها بتعزيز وحماية حقوق الإنسان لمواطنيها³.

وإلى جانب هذا الآثار المختلفة، فإن الفساد يهدد أيضاً الاستدامة الصحية، من خلال إضعافه للقوانين الصحية وعدم فعاليتها بسبب الرشوة و الممارسات الفاسدة في القطاع الصحي، سواء كانت على مستوى المستشفيات أو على مستوى الصناعة الدوائية، فعدم الامتثال للشروط التنظيمية في مجال الصحة العامة والعدالة الصحية وغيرها يكون لع عواقب كارثية بالنسبة لمعيشة الناس وبالخصوص الفقراء في المجتمع، الأمر الذي يصعب على الفئات الهشة في سبل المعيشة ونسبة الحياة، وانتشار الأمراض الفتاكة.

خامساً: الآثار الإدارية السلبية.

في معظم الأحيان يلاحظ بوضوح أن جميع الكتابات التي تصنف في هذا الموضوع، تركز في دراستها على انعكاسات هذه الظاهرة على الجانب الاجتماعي أو الاقتصادي والسياسي في المرتبة الأولى، وبهذا التوجه يتم إغفال جزء كبير من الموضوع وهو الآثار الإدارية السلبية للفساد الإداري، ففيما تتمثل هذه الآثار؟ .

¹ بول سالم، دليل البرلمان العربي لضبط الفساد، منظمة برلمانيون عرب ضد الفساد، لبنان، ص59.

² برنامج الأمم المتحدة، مكافحة الفساد لتحسين إدارة الحكم، مرجع سابق، ص12.

³ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الفساد والتنمية " مكافحة الفساد من أجل الحد من الفقر تحقيق أهداف الإنمائية للألفية وتعزيز التنمية المستدامة"، نيويورك، 2008، ص16.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ومما لا شك فيه أن الفساد أثار سلبية مدمرة على الجهاز الإداري بالدولة نستعرضها فيما يلي :

1. تحويل عملية التخطيط إلى عملية صورية (الفساد أثره على عملية التخطيط):

يعتبر التخطيط من أهم وظائف الإدارة العامة في أي دولة، حيث تعد الآلية التي يمكن من خلالها تحقيق هذه الأهداف، ورغم أهمية التخطيط في تفعيل دور الجهاز الحكومي في تحقيقه للأهداف المناطة به، إلا أن انتشار الفساد الإداري قد جعل من التخطيط عملية صورية أو شكلية في كثير من الأجهزة الحكومية وبالتالي أضعفت دوره في التنمية الإدارية وخاصة في دول العالم الثالث¹.

إن هذا الأثر السيئ لانتشار الفساد الإداري، جعل المسؤولين في الأجهزة الحكومية لا يولون أهمية للتخطيط بالرغم من أهميتها في صناعة القرارات، وتجسيد مشاريعهم من منطلق معلومات خاطئة ترددهم من طرف السلطات اللامركزية وهذا راجع لغياب الرقابة الحقيقية على صدى صحة المعلومات التي تبني عليها المشاريع في الدولة، ولهذا نلمس في الدولة النامية مشاريع صورية مبنية على قرارات ارتجالية غير مبنية على أسس علمية وقانونية وقواعد سليمة.

2. الحد من فاعلية نتائج جهود التنظيم الإداري (الفساد وأثره على عملية التنظيم) :

لا تقل أهمية عملية التنظيم على التخطيط بالنسبة للجهاز الحكومي لتحقيق أهدافه، ولقد درجت أجهزة القطاع العام في كل دولة على إنتاج أساليب يمكن من خلالها تنظيم أجهزتها الإدارية سواء على المستوى الوطني أو المحلي، وعلى إعداد ومراجعة القوانين والتنظيمات التي تحكم عمل الأجهزة الحكومية بما يجعلها قادرة على التجاوب ومتطلبات عصرها وتحقيق مبدأ الكفاية والفعالية في أدائها، هذا بالإضافة إلى إعادة النظر في أهداف ومهام ووظائف الكثير من الأجهزة الحكومية، بما يحقق الأهداف السابقة.

وإلى جانب ذلك تعتمد الدولة على إعادة النظر في الإجراءات الإدارية التي تطبق في الأجهزة الحكومية والتي تعتبر في كثير من الأحيان من إحدى منافذ ومسببات الفساد الإداري².

¹ عبد الرحمن أحمد هيجان، "الفساد وأثره على الجهاز الحكومي"، المؤتمر العربي الدولي لمكافحة الفساد، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية مركز الدراسات والبحوث، الرياض، 2003، ص12.

² عبد الكريم بن سعد إبراهيم الحتران، واقع الإجراءات الأمنية المتخذة للحد من جرائم الفساد من وجهة نظر العاملين في أجهزة مكافحة الرشوة في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير، قسم العلوم الشرطية، جامعة نايف للعلوم الأمنية الرياض، 2003، ص36، عبد الرحمن أحمد هيجان، المرجع السابق، ص14.

3. الانحراف بمقاصد القرار على المصلحة العامة:

لا تقتصر آثار الفساد الإداري على مجرد الإخلال بعملية التخطيط و التنظيم، بل إن الأمر يتعدى ذلك إلى الانحراف بالقرار على المصلحة العامة، حيث يعمد الموظفون المستفيدون من انتشار الفساد إلى تحقيق مكاسب خاصة على حساب المصلحة العامة مستعينين في ذلك بالتنظيمات الخاصة غير الرسمية التي تعمل البعض منها داخل الجهاز الحكومي، و التي يطلق عليها بـ " اللوبي " أو " جماعات الضغط "، هذه الجمعيات تمتلك القدرة على الحصول على المعلومات الدقيقة عن المشاريع المهمة أو تلك التي تنوي الحكومة تنفيذها، وإلى جانب قدرة هذه التنظيمات على الوصول إلى المعلومات فإنه لديها القدرة على بناء شبكة واسعة من العلاقات غير الرسمية التي يمكن من خلالها إقناع متخذي القرار بمطالب ورغبات جماعة الضغط، حتى ولو كانت هذه المطالب غير مشروعة ومناقضة للمصلحة العامة. ومن أمثلة الانحراف بمقاصد القرار الإداري عن المصلحة العامة في دول العالم الثالث، خصخصة القطاع العام دون وضع ضوابط وقيود يمكن من خلالها ضمان استفادة المواطن من هذا الإجراء¹.

4. إعاقه جهود الرقابة الإدارية:

إن تفشي الفساد في القطاع العام أدى إلى تعطيل وعرقلة الأجهزة الرقابية عن القيام بمهامها الفعلية وذلك من خلال عدم تزويدها بالتقارير المطلوبة عن سير الأجهزة الحكومية، لتتمكن على ضوء هذه التقارير من مراقبة أداء الجهاز الإداري بما يحقق لإنشائها²، بل إنها وإن زودت بتقارير، فهي في الغالب قديمة يصعب إصلاح ما تتضمنه من أخطاء وملاحظات ، ويجعل تتبع هذه التقارير أمرا روتينيا لا يضيف للجهاز الحكومي أي قيمة فعلية، إن لم يكن يساعد على توطيد الفساد.

إن المشكلة الكبرى التي تواجه جهود الرقابة في الجهاز الإداري بسبب شيوع الفساد هو تورط كثير من العاملين في أجهزة الرقابة في قضايا الفساد، بحيث أصبح الحراس يحتاجون إلى حارس أيضا للحيلولة دون فسادهم، هذه المعضلة نبه إليها روز نبلوم (ROSE NBLOOM)، 1990، عندما طرح سؤاله الشهير : من يحرس ؟ لأن الكثير من العاملين في أجهزة الرقابة قد وقعوا في براثن الفساد ويحتاجون إلى من يحرسهم³.

¹ عبد الرحمان أحمد هيجان، المرجع السابق، ص17.

² نفس المرجع، ص20.

³ عبد الكريم بن سعد إبراهيم الخثران، مرجع سابق، ص36، عبد الرحمان أحمد هيجان، مرجع سابق، ص20.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

5. تدني أخلاقيات الوظيفة وانتشار القيم العامة السلبية:

من بين أثار الفساد الإداري هو انتشار القيم السلبية داخل الجهاز الإداري، وتدني في المقابل أخلاقيات الوظيفة العامة، الأمر الذي يؤثر مباشرة في كفاءة أداء الجهاز الإداري وفعاليته ويمكن حصر بعض القيم السلبية فيما يلي¹ :

أ- تدني وتراجع الكفاءة الإدارية في الأجهزة الحكومية، نظرا لعدم مراعاة الموضوعية عند التعيين أو الترقيّة في المنصب ولأنّ التعيين في الدول النامية يعتمد على القرابة والمحابة والمحسوبية والرشاوى " عدم وضع الرجل المناسب في المكان المناسب "، الأمر الذي يؤدي إلى تدهور وتراجع مرد ودية الجهاز الإداري ومستوى الإنتاج و الى تعثر التنمية.

ب- تدني مستوى وولاء وإخلاص الموظفين العموميين للجهاز الحكومي، مما أدى إلى تدني نوعية وجودة المنتج أو الخدمة التي يقدمها الجهاز للمستفيدين منه.

ت- إفساد العلاقة بين الرؤساء و المرؤوسين، حيث تقوم هذه العلاقة على استبداد الرؤساء بالسلطة وعدم ثقنتهم في مرؤوسيهم، وهو ما يؤدي إلى تعطيل مصالح المواطنين .

ث- يؤدي الفساد الإداري إلى هجر الكفاءات وأصحاب الخبرات والمؤهلات العليا من الدول النامية إلى الدول المتقدمة، الأمر الذي يؤدي إلى عدم كفاءة وفعالية الأجهزة الإدارية.

ج- يؤدي الفساد الإداري إلى إخفاق السلطة الرسمية وذلك بخلق مستوى آخر موازي لها، مما يؤدي إلى عدم فعالية بعض القرارات التي تتخذها السلطة الرسمية، فتفقد بذلك قدرتها وهيبته.

ح- كما قد يعمد موظفي الجهاز الإداري إلى تعطيل مصالح المواطنين، إمعانا واستظهار للأهمية وتديلا على أن السلطة التي بين أيديهم هي وحدها التي تتحكم في هذه المصالح ومثل هذه التصرفات تعد سلوكاً بيروقراطياً سيئاً لا يتفق إطلاقاً مع المثل والقيم التي يجب أن يتحلّى بها الموظفين العموميين.

المطلب الثاني : الفساد الإداري بالمرافق العمومية الصحية.

لقد خصصنا هذا المطلب لتحديد مفهوم الفساد الإداري في الوسط الصحي لتعاضم الدور السلبي الذي يلعبه في الأداء الصحي بالمرافق الصحية، وتراجع معدلات الأداء ورداءة الخدمات الصحية على المستوى المحلي والوطني، فمعالجة الداء لا يمكن أن تتم إلا بالتشخيص الدقيق للمرضى .

¹ حاحة عبد العالي، الآليات القانونية لمكافحة الفساد الإداري في الجزائر، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم حقوق تخصص قانون عام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة بسكرة، 2012، ص ص105،104.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

إن المؤسسة العمومية الصحية هي الحلقة الأساسية في الوسط الصحي والتي من خلالها يتم التفاعل مع جميع الفواعل مع جميع الشرائح كمساهمين لتحسين الخدمة بالمرافق العمومي الصحي، سواء كانت الجماعات المحلية أو القطاع الصحي الخاص أو المجتمع المدني، ولهذا سنسلط الضوء على هذه الحلقة المهمة لتشخيص سبب القصور في تقديم خدمة ذات جودة للمريض.

وحتى تتضح الرؤية أكثر قمنا بتقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع، حيث نقوم في الفرع الأول بتعريف الفساد الإداري وخصائصه، أما الفرع الثاني سوف نقوم بدراسة أنواع ومظاهر الفساد الإداري بالمرافق الصحية، أما الفرع الثالث سنتطرق فيه إلى معالم الفساد الإداري بالمرافق الصحية.

الفرع الأول: تعريف الفساد الإداري وخصائصه

يصعب إيجاد تعريف موحد للفساد الإداري وهذه الصعوبة ترجع لاسباب عديدة من بينها تعقد ظاهرة الفساد وتشعب معالمها وأسبابها، واختلاف مناهج دراستها وتعدد أشكال التعبير عنها وتتنوع خلفيات المشاركين في نقاشتها وبحثها، لذلك أعطيت عدة تعاريف لهذه الظاهرة، ومن ضمن التعريف التي أعطيت للفساد الإداري:

تعريف منظمة الشفافية الدولية للفساد " استغلال السلطة من أجل المنفعة الخاصة ". أما البنك الدولي فيعرفه بأنه " أساء استعمال الوظيفة العامة للكسب الخاص " نلاحظ أن هذه التعريفين يعتبران أن الفساد يقتصر فقط على القطاع العام دون الخاص، فالشواهد المتاحة تشير إلى وجود الفساد، ضمن نشاطات القطاع الخاص أيضا خاصة تلك النشاطات التي تضع الدولة قواعد تنظيمية لعملها، كذلك قد لا ينطوي سوء استخدام السلطة العامة من قبل المسؤول الحكومي على مصلحة شخصية، ولكن قد تكون لمصلحة حزبه، أو عشيرته، أو أصدقائه و أقاربه¹.

و هناك من يعرفه بأنه إساءة استغلال السلطة المرتبطة بمنصب معين بهدف تحقيق مصالح شخصية على حساب المصالح العامة ومنه إصدار قرارات لتحقيق مصالح شخصية والترجح ".

¹ عز الدين بن تركي، منصف شرفي، الفساد الإداري أسبابه آثاره وطرق مكافحته إشارة لتجارب بعض الدول، الملتقى الوطني حول: حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، يومي 06-07 ماي 2012 ، ص03.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

كما انه " السلوك البيروقراطي المنحرف الذي يستهدف تحقيق منافع ذاتية بطريقة غير شرعية وبدون وجه حق " . كما يمكن تعريفه بأنه عدم الالتزام المعتمد بمبدأ تنحيه المصالح الشخصية جانبا في اتخاذ القرارات الإدارية " ¹.

فيحدث الفساد عادة عندما يقوم موظف بقبول أو طلب ابتزاز أو رشوة لتسهيل عقد أو إجراء طرح لمنافسة عامة كما يتم عندما يعرض وكلاء أو وسطاء الشركات بتقديم رشوة للاستفادة من سياسات أو إجراءات عامة للتغلب على المنافسين وتحقيق أرباح خارج إطار القوانين المرعية، كما يمكن للفساد أن يحدث عن طريق استغلال الوظيفة العامة دون اللجوء للرشوة، وذلك بتعيين الأقارب أو سرقة أموال الدولة مباشرة، أو إساءة استخدام السلطة العامة، كالموظف الذي يدعي المرض ولكنه يذهب لقضاء عطلة، كذلك ممارسات رئيس الدولة الذي يهتم كثيرا بإعمار بلده بشكل لا يتناسب مع حجمها أو أهميتها².

وهو كل تصرف يتم على خلاف ما يقتضيه الاستغلال الأمثل للموارد، ليشمل تصرف القطاعين العام والخاص والتي يترتب عليها إهدار الموارد الاقتصادية في المجتمع، سواء كان السبب تحقيق منافع خاصة أو مجرد إهمال³.

ولقد عرف ضياء حامد الدباغ ومحمد زيدان الفساد الإداري بأنه " سلوك منحرف يترتب عليه ارتكاب مخالفات ضد القوانين والتعليمات النافذة داخل الجهاز الإداري الحكومي لتحقيق أهداف خاصة كالأطماع المالية والمكاسب الاجتماعية تتسبب في عدم تحقيق الجهاز الإداري أهدافه بتقديم خدمات للجمهور بكفاءة وفاعلية " ⁴.

نلاحظ أن التعاريف السابقة تنفق حول اعتبار استغلال السلطة لتحقيق مكاسب شخصية من ضمن أعمال الفساد الإداري، واستنادا للتعاريف السابقة ولكون الدراسة تهتم بالمجال الصحي يمكن تعريف الفساد الإداري بالمرافق الصحية العمومية بأنه استغلال الوظيفة العامة من طرف الطبيب أو الممرض أو الإداري أو التقني داخل المؤسسة الإستشفائية أو الغير الإستشفائية وبسط نفوذهم لتحقيق مكاسب شخصية (مادية أو معنوية) من خلال تقديم خدمات للمرضى أو شركاء المؤسسة، بشكل يتعارض مع

¹ وزارة الدولة للتنمية الإدارية، التقرير الأول لجنة النزاهة والشفافية، جمهورية مصر العربية، 2007، ص 03.

² عز الدين بن تركي، منصف شرفي، المرجع السابق، ص 03.

³ عبد الله بن عبد الكريم سالم، نحو تأسيس ثقافة تنظيمية تحارب الفساد الإداري في المنظمات العامة، مجلة البحوث الإدارية، مج 28، مصر، 2010، ص ص 13، 14.

⁴ خالد عبد الرحمان بن حسن بن عمار آل الشيخ، " الفساد الإداري: أنماطه وأسبابه و سبل مكافحته، نحو بناء نموذج تنظيمي"، أطروحة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007، ص 22.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

القوانين سواء ذلك بشكل فردي أو جماعي أو التميز الغير العادل في توزيع الصفقات والمشاريع بغرض الاستفادة من مصالح بعيدة أو قريبة المدى.

ويتميز الفساد الإداري بوصفه تعبيراً عن انتهاك الواجبات الوظيفية وممارسة خاطئة تعلي من شأن المنفعة الشخصية على حساب المصلحة العامة، ويتميز بعدة سمات منها¹:

- إشراك أكثر من طرف في ممارسة الفساد الإداري.
- السرية التامة في ممارسة الفساد الإداري.
- يجسد الفساد الإداري المصالح المشتركة والمنافع التبادلية لمرتكبيه.
- يعبر الفساد الإداري عن اتفاق بين إرادتي صانع قرارات محددة تخدم مصالحهم الشخصية.

الفرع الثاني: أنواع ومظاهر الفساد الإداري بالمرافق الصحية

ولكون الدراسة تتناول الجانب الصحي لهذا سنتعرض لأنواع ومظاهر الفساد في المرافق الصحية :

أولاً: أنواع الفساد الإداري بالمرافق الصحية

ينقسم الفساد الإداري إلى أربع مجموعات كالآتي² :

1- الانحرافات المالية: تشمل المخالفات التي يأتي بها الموظف وتتعلق بالنواحي المالية للمنظمة

مثل:

• مخالفة القواعد والأحكام المالية المنصوص عليها بالقوانين واللوائح المعمول بها في المرافق الصحية.

• مخالفة المناقصات والمزايدات والمخازن والمشتريات.

• الإهمال أو التقصير الذي يترتب عليه ضياع أو احتمال ضياع حق مالي للدولة.

• كل تصرف عمدي يترتب عليه صرف مبلغ من أموال الدولة أو ضياع حقوقها .

2- الانحراف المالية: تشمل المخالفات التي يأتي بها الموظف وتتعلق بالنواحي المالية للمنظمة مثل:

¹ طلال بن مسلط الشريف، ظاهرة الفساد الإداري وآثرها على الأجهزة الإدارية، مجلة الملك عبد العزيز للاقتصاد والإدارة، مج 18 ع2، السعودية، 2004، ص ص43،42.

² سمر عادل حسين، الفساد الإداري: أسبابه وآثاره وطرق مكافحته ودور المنظمات العالمية والعربية في مكافحته (مع الإشارة إلى تجارب بعض الدول في مكافحة الفساد الإداري)، مجلة النزاهة والشفافية للبحوث والدراسات، ع07، العراق، 2014، ص ص130

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

- مخالفة القواعد والأحكام المالية المنصوص عليها بالقوانين واللوائح المعمول بها في المرافق الصحية.
- مخالفة المناقصات والمزايدات والمخازن والمشتريات.
- الإهمال أو التقصير الذي يترتب عليه ضياع أو احتمال ضياع حق مالي للدولة
- 3- إنحرافات سلوكية : تشمل المخالفات التي يرتكبها الموظف وتتعلق بسلوكه وتصرفه الشخصي، ومن أمثلتها :
 - عدم المحافظة على كرامة الوظيفة.
 - أداء أعمال الغير براتب بغير إذن السلطة المختصة.
 - الأشغال بعمل تجاري، وشراء ما تعرضه السلطة للبيع.
 - الجمع بين الوظيفة وعمل آخر من شأنه الإضرار بالواجبات الوظيفية.
- 4- إنحرافات جنائية : تشمل المخالفات التي يرتكبها الموظف وتتطوي على جرائم جنائية، مثل الرشوة، الاختلاس، التزوير في المحررات الرسمية، السرقة، الاعتداء على النفس، وجرائم السلوك الشخصي الأخر.

ثانياً: مظاهر الفساد الإداري

تتعدد مظاهر الفساد الإداري وتتنوع وهي غير مرتبطة بأي نوع من أنواعه، مما تجعله يأخذ أشكالاً عديدة ومتنوعة¹:

أ- فساد موظفي القطاع العام والحكومة بأشكاله كافة كأن يتأخر الموظف المسؤول عن منح الترخيص وإنجاز المهام لفترات طويلة تتعطل فيها مصالح المواطنين فيضطر المواطن إلى دفع الرشوة لكي تتم مصلحته وإجراءاته.

ب- انتشار المحسوبية وتعيين الأقارب ومعارف كبار الموظفين والمسؤولين في الوظائف المهمة والمميزة.

ت- قضايا الابتزاز مثل الرشاوي التي يدفعها المستثمرين لكي تتم الموافقة على طلبات الاستثمار.

ث- التلاعب في الدعم الذي تقرره الدولة لصالح محدودي الدخل، فلا يستطيع المستحق للدعم أن يحصل عليه إلا بعد تقديم رشاوى وهناك للموظفين، بل وقد يحرم أصحاب الحق من الدعم وتذهب لغير المستحقين.

ج- فساد البيروقراطية والنتاج عن كثرة الإجراءات والتعقيدات والرقابة على الجهات المختلفة.

¹ المرجع نفسه، ص 133.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

- ح- الفساد الناتج عن كثرة تغيير القوانين وتعددتها لتنتشأ ثغرات كثيرة تمكن بعض المسؤولين من الاستفادة منها تحقيق مكاسب في مصالحهم.
- خ- ممارسة التجارة المحرمة والمحظورة شرعا كتجارة المخدرات والأسلحة والنفائيات وكل تجارة ينتج عنها عملية غسل الأموال.
- د- تلقي العمولات والرشاوي عن طريق الصفقات والمقولات الحكومية والإثراء من الوظيفة العامة.
- ذ- الهدر في استعمال الموارد الحكومية.

الفرع الثالث : معالم الفساد الإداري في المستشفيات العمومية

تعددت مظاهر الفساد في المستشفيات الجزائرية بمختلف أنواعها* وأدوارها ونذكر منها :

- البيروقراطية : يعتقد العديد أن البيروقراطية هي منهج سلبي، فحين أن مؤسس هذه النظرية ماكس فيبر، كان قد صاغ هذه النظرية في صيغة التسيير العقلاني للمنظمات، فهذه الظاهرة كما يشار إليها في الكتابات الخاصة بالإدارة العامة تختلف في واقع تطبيقاتها عن المدلول الذي أراده ماكس فيبر، حيث أصبحت ترادف الفساد وبطء الإجراءات وهو ما نلمسه في الإدارات العمومية الجزائرية، حيث أصبح سوء استغلال السلطة هو الطاعي على المعاملات داخل المصالح والإدارات والأقسام¹.
- انتشار جريمة رشوة الأطباء والمرضى والأعوان الإداريين: لقد شكلت هذه الظاهرة خطر كبير على المستشفيات الجزائرية، لتتوعدا وصعوبة إثباتها، ولإحاطة بمفهوم هذه الجريمة لا بد من تعريف الرشوة لغة، واصطلاحا وقانونا بشكل مختصر.

* أنواع المستشفيات في الجزائر هي كالتالي:

- CHU (Centre hospitalo-universitaire)المركز الإستشفائي الجامعية:
- EHU (Etablissement hospitalier-universitaire) المؤسسة الإستشفائي الجامعية :
- EH (Etablissement hospitalier)المركز الإستشفائي :
- EHS (Etablissement hospitalier spécialisé) المؤسسة الإستشفائية الخاصة:
- EPSP (Etablissement public de santé de proximité) المؤسسة العمومية للصحة الحوارية:
- CAC (Centre anti cancer) مركز ضد السرطان:
- EPH (Etablissement public hospitalier) المؤسسة العمومية الإستشفائية :

¹ وفاء رايس، ليلي بن عيسى، المرجع السابق، ص 09.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أولاً : التعريف اللغوي:

الرشوة عند اللغويين تدل على معاني كثيرة نذكر منها : يقول ابن منظور هي أسم من الرشوة،فعل الرشوة، يقال: رشوته والمر شاة،المحاباة.

الرشوة: الجُعل، والجمع، رُشى ورشي ، ورشا رشوة رشواً : أعطاه الرشوة ، والرائش الذي يسري بين الراشي والمرتشي ، ومن معاني الرشوة ما يتوصل به إلى الحاجة بالمصانعة بأن تصنع له شيئاً ليصنع لك شيئاً آخر¹.

ثانياً : الرشوة شرعا :

لقد اختلف الفقهاء في وضع التعريف الاصطلاحي الشرعي للرشوة، وهذا اخطر لاختلاف وجهات النظر بينهم، إذا أهم ما قيل في هذا الجانب نذكر مايلي²:

كما عرفها الجرجاني بأنها: " ما يعطي لإبطال حق أو لإحقاق باطل " .

وقال الإمام العربي المالكي: « الرشوة هي كل مال دفع ليبتاع به من ذي جاه عونا على ما لا يحل "

وقيل كذلك بأنها " ما يدفع من مال إلى ذي سلطان، أو وظيفة عامة ليحكم لها، أو على خصمه بما يريد هو، أو يؤخر لغريمة عملا وهلم جرا³ .

ولا بد للإشارة أنه من خلال هذه التعريفات أن للرشوة جوانب متعددة، لذا فقد يصعب دمجها بتعريف جامع مانع لكل هذه الجوانب.

والتعريف الأقرب للحقيقة والمدلول القرآني وأحسن ما عرفت به الرشوة هو قول الجرجاني: "ما يعطي لا بطل حق أو لإحقاق باطل " .

ثالثاً : التعريف الفقهي للرشوة :

إن الرشوة من أخطر صورة الفساد الإداري، ونظراً لما تشكله من إخلال بواجب النزاهة و المساس بشرف أمانة الوظيفة العامة، ولقد وضع الفقه الجنائي عدة تعاريف لجريمة الرشوة نذكر منها:

¹ أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم بن منظور، مرجع سابق، ص337.

² براهيمي حنان، قراءة في أحكام المادة 25 من القانون 01/06 المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحته، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة بسكرة، 2009، ص136.

³ إحسان علي عبد الحسين، النهج الإسلامي في مكافحة الرشوة، بحث مقدم إلى هيئة النزاهة، 2010، ص 6.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أ- تعريف محمود الذنبيات: الرشوة في مفهومها الأصلي عبارة عن " ألتجار الموظف في أعمال وظيفة عن طريق الاتفاق مع صاحب الحاجة أو التقاهم معه على قبول ما عرضه الأخير من فائدة أو عطية نظير أداء أو الامتناع عن أداء عمل يدخل في نطاق وظيفة أو دائرة اختصاصه"¹

ب- تعريف أحسن بوسقيعة: لقد أتفق تعريف أحسن بوسقيعة مع مضمون التعريفات السابقة للرشوة حيث عرفها كالتالي : " الألتجار بالوظيفة والإخلال بواجب النزاهة الذي يتوجب على كل من يتولى وظيفة أو وكالة عمومية أو يؤدي خدمة عمومية التحلي به"² .

ولا بد للإشارة أن التشريعات قد اختلفت في تجريمها للرشوة، وهي عموماً تأخذ النظامين: نظام ثنائية الرشوة ونظام وحدة الرشوة والتي تم التفصيل فيها سابقاً.

وكذلك تأخذ رشوة الموظفين العموميين، بمن فيهم الموظفين العموميين الأجانب وموظفي المنظمات الدولية، صورتين: الرشوة السلبية والرشوة الإيجابية.

كانت رشوة الموظفين العموميين في ظل قانون العقوبات يحكمها نصين: نص للرشوة السلبية المادة (126) ونص للرشوة الإيجابية (المادة 129)، ولعل أهم ما يميز قانون مكافحة الرشوة بهذا الخصوص هو:

- جمع صورتين الرشوة السلبية والرشوة الإيجابية في نص واحد، وهو نص المادة(25)، مع إفراد كل صورة بفقرة، وحصرتها في رشوة الموظف العمومي مع تخصيص حكم مميز لرشوة الموظفين العموميين الأجانب وموظفي المنظمات الدولية العمومية³.

وعلى ضوء دراستنا فإن نلاحظ أن جريمة الرشوة السلبية هي أكثر حدوثاً وخطورة على المرفق العمومي الصحي (المستشفى) لكونها صورة من صور الفساد الإداري ولأنها من جرائم ذوي الصفة التي لا تقع إلا من شخص يتصف بصفة معينة وهي موظف أو من حكمه، ولهذا وجب علينا استعراض أركانها.

إذ عرفت جريمة الرشوة السلبية المنصوص عليها في المادة 02/25 من ق، و، ف،م والتي حلت محل المادتين 126 و 126 مكرر من ق، ع الملغاة، ويعد مرتكباً للرشوة السلبية وفقاً للمادة أعلاه: " كل موظف عمومي طلب أو قبل بشكل مباشر أو غير مباشر، مزية غير مستحقة، سواء لنفسه أو لصالح شخص آخر، أو كيان آخر الأداء أو عمل من واجباته".

¹ محمد محمود الذنبيات، " أثر الرشوة على نظام الاقتصادي والتنمية، الرشوة وخطورتها على المجتمع"، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب الرياض، 1992، ص156.

² أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، الجزء الثاني، مرجع سابق، ص71.

³ المرجع نفسه، ص74.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ويستفاد من هذا النص أن الرشوة السلبية لا تقوم إلا بتوفر ثلاثة أركان هي :

أ- الركن المفترض: صفة الجاني: (الموظف العمومي المختص)

تقتضي هذه الجريمة أن يكون موظفا عموميا، إلا وأنه نظرا لضيق مفهوم الموظف العمومي وفقا للقانون الأساسي للوظيفة العمومية، فإن المشرع في قانون الوقاية من الفساد ومكافحته قد سلك اتجاها آخر لتحديد مدلول الموظف العمومي بمفهومه الواسع، بحيث شمل الفئات التي استثناها في القانون الأساسي للوظيفة العمومية ، وهذا استجابة لما تقتضيه جرائم الفساد فمصطلح الموظف العمومي حسب القانون* يشمل الفئات التالية:

- ذوي المناصب التشريعية والتنفيذية والإدارية والقضائية أو في أحد المجالس الشعبية المحلية المنتخبة.

- من يتولى وظيفة أو وكالة في مرفق عام أو في مؤسسة عمومية أو ذات رأس مال مختلط.

- كل شخص آخر معرف بأنه موظف عمومي أو من في حكمه.

ولقد بسط المشرع من مفهوم الموظف فأصبح له مفهوم موحد في جريمة الرشوة وهو بذلك تجنب عيوب التشريع القديم التي كان التنوع فيه صفة الجاني بشكل مفرط ومبهم¹.

* عرفت الفقرة ب) من المادة 2 من القانون 06-01 المؤرخ في 20 فبراير 2006 المتعلق بالوقاية ومكافحة الفساد، الموظف العمومي agent public

على النحو التالي:

أ- كل شخص يشغل منصبا تشريعا أو تنفيذيا أو قضائيا أو في أحد المجالس الشعبية المحلية المنتخبة، سواء أكان معينا أو منتخبا، دائما أو مؤقتا، مدفوعا الأجر، بصرف النظر على رتبته أو أقدميته.

ب- كل شخص آخر يتولى ولو مؤقتا، وظيفة أو وكالة باجر أو بدون اجر ، ويساهم بهذه الصفة في خدمة هيئة عمومية، أو مؤسسة عمومية أو أية مؤسسة أخرى تملك الدولة كل أو بعض رأسمالها، أو أي مؤسسة أخرى تقدم خدمة عمومية.

ت- كل شخص آخر معرف بأنه موظف عمومي أو من في حكمه، طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

وهو التعريف المستمد من المادة 02 الفقرة ا) ، من إتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد المؤرخة في 31 أكتوبر 2003 .

¹ بوعزة نظيرة، جريمة الرشوة في ظل القانون رقم 06-01 المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحته، الملتقى الوطني حول: حوكمة الشركات كألية للحد من الفساد المالي والإداري، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر - بسكرة، يومي 06-07 ماي 2012، ص 06.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الركن المادي:

قوام الركن المادي لإجرام الموظف المرتشي هو طلبه أو قبوله مزية غير مستحقة سواء نفسية أو لغيره، مقابل الإخلال بواجباته الوظيفية، أو القيام بعمل أو الامتناع عن عمل يدخل في اختصاصه وهذا طبقاً لنص المادة 02/25 من ق،و ، ف،م.

التي حددت الأفعال والسلوكيات التي عليها الركن المادي لجريمة الرشوة السلبية.

ويحتل هذا الركن إلى أربعة عناصر أساسية وهي:

أ- النشاط الإجرامي:

يقوم النشاط الإجرامي ويتحقق في جريمة الرشوة السلبية بإحدى الويلتين، إما طلب الموظف العام لمزينة غير مستحقة أو قبوله إياها وهما صورتا النشاط الإجرامي¹.

1- الطلب: la sollicitation: هو تعبير يصدر عن الإرادة المنفردة للموظف العمومي سواء كان (طبيب أو ممرض أو إداري) يطلب فيه مقابلاً لأداء وظيفة أو خدمته، ويكفي الطلب لقيام الجريمة متى توافرت باقي أركانها، حتى ولم يصدر قبول من صاحب الحاجة أو المصلحة، بل حتى ولو رفض صاحب المصلحة الطلب وسارع بإبلاغ السلطات العمومية، ويشكل مجرد الطلب جريمة تامة فالشروع هنا لا يتميز عن الجريمة التامة، والسبب في ذلك يرجع إلى هذا الطلب في حد ذاته يكشف عن معنى الاتجار بالوظيفة والخدمة واستغلالها، إذ يكون الطلب شفوياً أو كتابياً².

وعليه فإن هذه الصورة قد تفتت بشكل كبير في المستشفيات وبالخصوص الفئات التي تتعامل مع المريض بصفة مباشرة وهم الممرضين بالدرجة الأولى ثم الأطباء بالدرجة الثانية وهذا رجع الأسباب عديد منها غياب الرقابة وتدني الأجور في المستشفيات العمومية، وهذا مما يؤدي إلى تكريس الرداءة في القطاع العمومي بالرغم من الأموال الطائلة التي ترصدها الدولة لتحسين الخدمات في المرافق العمومية الصحية.

وهذه الجريمة التي تم منعها في المادة (24) من المرسوم التنفيذي رقم 92-276 الذي يتضمن مدونه أخلاقيات الطلب³، بحيث نصت كالآتي: يمنع ما يأتي: " كل عمل شأنه أن يوفر لمريض ما امتيازاً

¹ C.lajoye ,droit des marchés publics, Berti, éditions, Alger,2007,p226.

² أحسن بوسقيعة، المرجع السابق، ص76.

³ المرسوم التنفيذي رقم 92-276، المؤرخ في 06 جويلية 1992 الذي يتضمن مدونه أخلاقيات الطلب، ج ر ج ج، رقم 52، المؤرخة في 08 جويلية 1992، ص1420.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ماديا غير مبرر أي حسم ماليا، كان أو عينيا يقدم للمريض، أي عمولة تقدم لأي شخص كان قبول أي نوع من أنواع العمولة أو الامتياز المادي مقابل عمل طبي.

وعليه وجب على الوزارة الوصية إلزام المستشفيات بتسليم برتوكول يحمل حقوق المريض وواجباته في مكتب الدخول وتوعية المواطنين عن طريق الشركاء الفاعلين (الجمعيات الناشطة بالصحة) بضرورة محاربة هذه الظواهر السلبية التي منعتها مدونة أخلاقيات الطب.

القبول : l'acceptation

يقصد بالقبول هو رضاء المرشحي صراحة أو ضمنيا بالمزية بناء على عرض الراشي أو الوسيط، وقبول الموظف يفترض أن يسبقه عرضا من صاحب الحاجة لفائدة أو مزية مستحقة نظير أداء عمل أو الامتناع عن أداء عمل معين، فإذا أنعدم العرض فلا محل للقبول رغم جواز الطلب ابتداء¹.

ويستوي في القبول أن يكون شفويا أو مكتوبا، بالقول أو بالإشارة، صريحا أو ضمنيا، وكذلك تتحقق الجريمة في صورة القبول سواء كان موضوعه هبة أو هدية تسلمها الجاني بالفعل أو وعدا بالحصول على الفائدة فيما بعد².

ب- محل الارتشاء: ويقصد به المقابل، ويتمثل حسب المادة 25-2 من قانون مكافحة الفساد في " مزية غير مستحقه"، وكانت المادة (126) من ق ع الملغاة تتحدث عن "عطية" أو وعد بها أو هبة أو هدية أو أية منفعة أخرى يستفيد بها المرشحي"، وكل هذه العبارات تؤدي معنى المزية، إذ تأخذ المزية عدة معاني وصور³.

وبناء على ذلك يعاقب كل موظف مهما كانت طبيعة عمله بأدائه مشروعا، أي من صميم عمله فيعد ذلك أتجار بالوظيفة وهذا يتنافى مع الأحكام الواردة في المرسوم السابق رقم 92-276 المتضمن لمدونة أخلاقيات الطب، طبقا لنص المادة 20 من ذات المرسوم مايلي: " يجب أن لا تمارس مهنة الطب وجراحة الأسنان ممارسته تجارية، وعليه يمنع كل طبيب أو جراح أسنان من القيام بجميع أساليب الإشهار المباشر أو غير المباشر".

¹ محمد نعيم فرحات، الأحكام التعزيرية لجرائم التزوير والرشوة في المملكة العربية السعودية: دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة 1994، ص 240.

² أحسن بوسقيعة، المرجع السابق، ص 76.

³ المرجع نفسه، ص 77.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وهذا ما أكدته المادة (19) تسعة عشر من نفس المرسوم السابق، حيث نصت كالاتي : " يتعين على الطبيب أو جراح الأسنان حتى خارج ممارسته المهنية أن يتجنب كل عمل من شأنه أن يفقد المهنة اعتبارها ، بالإضافة إلى نص المادة (24) المذكور سابقا في العبارة الرابعة هي الأخرى تجرم قبول أي نوع من أنواع العمولة أو الامتياز المادي مقابل أي عمل طبي.

ولا بد للإشارة أنه يشترط لقيام الجريمة أن يكون طلب المزية أو قبولها قبل أداء العمل المطلوب أو الامتناع عن أدائه¹.

ثالثا: الركن المعنوي: القصد الجنائي:

الرشوة جريمة عمدية يشترط لتوافرها القصد الجنائي، ويتوافر هذا القصد باتجاه إرادة الجاني إلى طلب الرشوة أو قبولها علما بأنها مقابل الاتجار بالوظيفة (أداء عمل من أعمال وظيفة أو الامتناع عنه)².

يجب أن يعلم المرتشي بتوافر جميع أركان الجريمة، فيعلم أنه موظف عمومي (طبيب، ممرض، عامل بالإدارة) بمفهوم المادة 2 الفقرة (ب) من قانون مكافحة الفساد وأنه مختص بالعمل المطلوب منه وأن المزية التي طلبها أو قبلها نظير العمل الوظيفي غير مستحق، ويجب أن يعلم بذلك عند الطلب أو القبول فإذا انتفى بأحد العناصر السابقة انتفى القصد الجنائي.

ولكون هذه الجريمة الخطيرة أصبحت تهدد حياة الأفراد وبالخصوص الفقراء في المجتمعات، فنتقل كاهلهم للحصول على خدمات بسيطة هي في الأصل من حقهم.

وفي هذا الإطار أجري بحث عام (1988) حول الفساد بمستشفيات ولاية بنكلور الهندية، وتوصل إلى أن الرشوة التي يتعين على الفقراء دفعها لأجل الحصول على خدمات أفضل، تطال جميع العناوين الوظيفية بالمستشفى من أطباء إلى عمال خدمة، وتخص جميع الخدمات التي تقدمها من فحص بسيط إلى مختبرات، إلى عمليات جراحية معقدة وبمعدلات تختلف من مستشفى لآخر وفي دراسة (Tella etal,2001) العالمية، التي أجريت فيها مسحا لمستشفيات أمريكا اللاتينية، في كل من الأرجنتين وبوليفيا، كولومبيا، كوستاريكا، بيرو، وفنزويلا، توصلت إلى الآتي³ :

1- يتكرر الفساد ويزداد عندما يكون الكسب الشخصي المادي عن طريقه أكبر من الكسب الرسمي واحتمالية الإمساك بالموظف الفاسد قليلة وأن العقوبات الموجهة له تكون ضعيفة.

¹ المرجع نفسه، ص82.

² بوعزة نصير، المرجع السابق، ص07.

³ سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص107.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

2- المستشفيات الخاصة أكثر يقظة وحذر في التنظيم لمواجهة الفساد الإداري، وأقل حدوثاً فيها، قياسياً بالمستشفيات الحكومية، بسبب اهتمام المالكين المباشر بإدارتها ورقابتهم المستمرة عليها على الأموال المستثمرة فيها.

3- تعرض المستشفيات إلى الفساد عن طريق شريحة معينة من العاملين، فالملاك التمريض والإداري أكثر فساد من الأطباء في عموم المستشفيات الحكومية عينة الدراسة.

4- وجود عقود صريحة وواضحة مع العاملين تحدد فسخه وإغائه في حالة عدم الالتزام بسياسات المستشفى وهذا ما يجعل العاملين أقل تغييباً، وأكثر إنتاجية، وأقل فساداً.

5- ظهوراً أشكال مختلفة من الفساد تتعلق بمشتريات المستشفيات من الأدوية والمستلزمات وسرقات أغذية المرضى ومعداتهم المقدمة لهم.

6- عندما يكون للمجتمع والمرضى صوتاً مسموعاً، تكون المستشفيات أقل فساداً.

بالإضافة إلى جريمة الرشوة التي تعتبر من أخطر الجرائم التي تستنزف طاقات المستشفيات نجد جريمة استغلال النفوذ التي لا تقل عنها خطورة في المرفق الصحي، وهي جريمة تقليدية نص عليها المشروع في المادة 128 من ق، ع، ج. الملغاة والتي عوضتها المادة 32 من ق. و. ف. م والتي تعتبر نسخة طبق الأصل للمادة 18 من إ.أ.م.م.ف كما أشارت إليها اتفاقية الدول الإفريقية لمنع الفساد في مادتها الرابعة (04).

وطبقاً للمادة 32 من القانون رقم 06-01، المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحته، بحيث تنص كالآتي: يعاقب بالحبس من سنتين إلى عشرة (10) سنوات وبغرامة من 200.000 دج إلى 1.000.000 دج وعليه طبقاً لنص المادة :

1- كل من وعد موظفاً عمومياً أو أي شخص آخر بأنه مزية غير مستحقة أو عرضها عليه أو منحه إياها بشكل مباشر أو غير مباشر، لتحريض ذلك الموظف العمومي أو الشخص على استغلال نفوذه الفعلي أو المفترض بهدف الحصول من إدارة أو من سلطة عمومية على مزية غير مستحقة لصالح المحرض الأصلي على ذلك الفعل أو لصالح أي شخص آخر.

2- كل موظف عمومي أو أي شخص آخر يقوم بشكل مباشر أو غير مباشر، بطلب أو قبول أية مزية غير مستحقة لصالحه أو لصالح شخص آخر لكي يستغل ذلك الموظف العمومي أو الشخص نفوذه الفعلي أو المفترض بهدف الحصول من إدارة أو سلطة عمومية على منافع غير مستحقة .

ويستفاد من نص المادة (32) أعلاه أن جريمة استغلال النفوذ تتخذ صورتين هما التحريض (المتاجرة السلبية بالنفوذ) والمثال على ذلك كأن يعرض المريض على الطبيب مبلغ مالي ليقوم له بإجراءات عملية

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

والصورة الثانية هي استغلال النفوذ (المتاجرة الفاعلة أو الإيجابية بالنفوذ) والتي وردت في الفقرة الثانية: المثال على ذلك كأن يطلب المراقب المالي أو أمين الخزينة من المستشفيات أو مديرية الوظيفة العمومية الحصول على أغراض من المستشفيات بالمقابل غض النظر على بعض المخالفات في شكل وإجراءات الصفقات العمومية أو المقايضة في أجل دفع الرواتب...إلخ.

وهناك من النصوص القانونية التي تضمنها مدونة أخلاقيات الطب و جاء في محتواها عدم إساءة استغلال النفوذ، طبقا للمادة (61) من المرسوم التنفيذي رقم 92-276، الذي يتضمن مدونة أخلاقيات الطب، بحيث نصت كالآتي: " يمنع تحويل الزين أو محاولة تحويلهم " إذ نلاحظ هذه الحالة تتكرر اليوم بشكل رهيب بين الأطباء وهذا راجع لغياب الرقابة والضمير المهني.

وعليه اصبح اليوم الزما على الوزارة الوصية القضاء على هذه التعاملات التي تسيء للمريض و الصحة بشكل عام ، بحيث وجب على المشرع الجزائري التشديد على هذه النقاط السالفة الذكر في مشروع قانون الصحة الجديد والذي يتماشى مع متطلبات العصر ويحمي المريض من المتاجرة به.

وبالإضافة إلى جريمة استغلال النفوذ نجد جريمة أخرى تفتشت في المرافق الصحية لا تقل شأنًا عن سابقتها وهي جريمة استغلال الوظيفة وهي صورة من صور الفساد الإداري ذات الوصف الجنائي، وقد عاقب عليها المشرع الجزائري بموجب المادة 33 من ق.و.ف.م والتي تنص على مايلي : "يعاقب بالحبس من سنتين (02) إلى عشر (10) سنوات وبغرامة من 200.000 إلى 1.000.000 دج. كل موظف عمومي أساء استغلال وظائفه ومنصبه عمدا من أجل أداء عمل أو الامتناع عن أداء عمل في إطار ممارسة وظائفه، على نحو يخرق القوانين والتنظيمات، وذلك بغرض الحصول على منافع غير مستحقة لنفسه أو لشخص أو كيان آخر".

وفي حالة حقيقة الحال تشهد هذه الجريمة المستخدمة تطور في منحى متصاعد في القطاع الصحي و التي لم يعرفها قانون العقوبات من قبل قط، والتي تعتبر مكملة للصور السابقة الذكر الرشوة واستغلال النفوذ بالإضافة إلى اختلاس، ولقد أشارت إليها اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد في المادة 19.

ومن النصوص القانونية التي تضمنتها مدونة أخلاقيات الطب و التي جاء محتواها عدم استغلال الوظيفة ومهنة الطب لتحقيق أغراض مريحة، فيعد ذلك منتهكا لحرمة وكرامة مهنة مزاوله الطب، نجد المادة 27 بحيث نصت كالآتي: " يمنع على الطبيب أو جراح الأسنان، إجراء فحوص طبية في المحلات التجارية وفي أي محل تباع فيه مواد وأجهزة أو أدوية " كما يمنع عليهم أيضا " توزيع أدوية أو أجهزة صحية لأغراض مريحة إلا تحت ترخيص يمنح حسب الشروط المنصوص عليها في القانون " .

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

بالإضافة إلى المادة (29) تسعة وعشرون التي نصت كالاتي : " يمنع كل طبيب أو جراح أسنان من ممارسة مهنة أخرى تمكنه من جني أرباح وصفاته أو نصائح طبية " وفي نفس السياق أكدت المادة (89) تسعة وثمانون على عدم جواز إستغلال العاملين في مؤسسة أو مجموعة أو عيادة أو أي مؤسسة أخرى، إستغلال وظيفتهم لرفع عدد زينهم"

والشيء الملاحظ أن مدونة أخلاقيات الطب، قد أوردت هذه الصورة من الجرائم المتعلقة بالفساد في الكثير من نصوصها، لكوننا اليوم نجد انها لاقت رواج في المرفق الصحي من طرف الاطباء بدون وجود عقوبات صارمة لمنتهكي القانون، وعليه وجب على المشرع الجزائري استيعاب خطورة الصورة ووضع ضوابط لها في مشروع قانون الصحة الجديد، ويلاحظ كذلك أن هذا النموذج القانوني لهذه الجريمة رغم أنه يتسم بالأتساع إلا أنه يفتقر إلى عناصر محددة مثلما عليه الحال في جرائم الفساد الإداري السابق دراستها.

ومن الجرائم الأشد حدة على استنزاف طاقات المرفق الصحي نجد جريمة اختلاس الممتلكات والمستلزمات الطبية.

بحيث تعد الاختلاسات من أبرز المشكلات القاتلة التي تعاني منها معظم منظمات الرعاية الصحية من مستشفيات ومراكز صحية ، ودور ترميض، وعيادات، وصيدليات، وعادة ما تكون على نوعين هما: السرقة من خارج المستشفى (غير العاملين فيها)، والسرقة من داخل المستشفى (العاملين فيها) والتي تكون بشكل منفرد، أو بالتضامن أو التآمر مع بعضهم البعض، أو مع أناس آخرين مثل الموردين أو الزبائن، أو العصابات، ولكون هذه الجريمة تعد من أخطر الجرائم في المستشفى فقد كان قرار مجلس قيادة الثورة العراقي المنحل رقم (39) لسنة (1995) جاء اتخاذه خصيصا لقطاع الصحة، إذ قصت بنوده على إخراج الأدوية و المستلزمات والأجهزة الطبية بصورة غير مشروعة من المنظمات الصحية الرسمية وحيازتها جرائم مخلة بالشرف ومخزية للاقتصاد الوطني، بحيث يعاقب مرتكبيها، ومن يسهل ويشارك باقترافها بالإعدام أو السجن المؤبد، وبغرامة لا تزيد (100) ألف دينار عراقي، و لا تقل عن عشرة آلاف دينار عراقي فضلا عن مصادرة أموال المنقولة وغير المنقولة، وهناك القرار رقم (100) لسنة (1994) الذي تناول تضمين الموظف قيمة الأضرار والخسائر التي ترتكبها الخزينة بسبب إهماله وتقصيره، أو اختلاسه، أو مخالفة القوانين والقرارات والأنظمة، وذلك بحسب الأثمان السائدة وقت التسديد في السوق التجاري¹ .

¹ .سعد على العنزي، المرجع السابق، ص 112.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أما بالنسبة للمشرع الجزائري فلقد نص على هذه الجريمة وحدد أركانها في المادة 29 من ق.و.ف.م والتي حلت محل المادة مئة وتسعة عشر (119) من قانون العقوبات، حيث جاء فيها: " يعاقب بالحبس من سنتين إلى عشرة (10) سنوات وبغرامة من 200.000 دج إلى 1.000.000 دج كل موظف عمومي يبدد عمداً أو يختلس أو يتلف أو يحتجز بدون وجه حق أو يستعمل على نحو غير شرعي لصالحه أو لصالح شخص أو كيان آخر أي ممتلكات أو أموال أو أوراق مالية أو خاصة أو أي أشياء أخرى ذات قيمة عهد بها إليه بحكم وظيفة أو سببها " .

وفي نفس السياق نصت المادة 50 من الأمر 03-06 المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العمومية¹. بحيث نصت كالآتي : " يتعين على الموظف أن يحافظ على ممتلكات الإدارة في إطار ممارسة مهامه " . كما أشارت كذلك المادة 51 من نفس الأمر لعدم استغلال ممتلكات الدولة والتي نصت " يجب على الموظف، ألا يستعمل، بأية حال، لأغراض شخصية، أو لأغراض خارجة عن المصلحة، المحلات، والتجهيزات ووسائل الإدارة " .

وبالرغم من كل النصوص المشددة على جريمة الاختلاس، إلا أن نجد هذه الصورة تتفاقم بشكل متزايد في المستشفيات الجزائرية التي ترجع لأسباب عديدة والتي نذكر منها غياب الرقابة الفعلية من طرف هيئات الرقابة المختلفة والتي تعاني من تخلف كبير في استعمال التكنولوجيا واعتمادها على الأساليب التقليدية من جهة وغياب الوازع الديني وضعف الإدارة واللوائح والتعليمات الصادرة عنها.

ولا بد للإشارة إلى بعض الدراسات التي توصلت إلى مؤشرات الناجمة على عملية الاختلاس نذكر منها ما يأتي²:

- وفي دراسة (الربيعي 2001) التي أجريت على المستشفيات وزارة الصحة العراقية، توصلت إلى الآتي :
1- حدثت أغلب حالات الاختلاس على يد موظفين يحملون عنوان وظيفي : معاون طبي ومعاون صيدلي وملاحظي الإعاشة، لكونهم الأكثر تعاملًا مع الأدوية والأغذية والمستلزمات الطبية داخل المستشفى .

2- تتعرض جميع المواد بالمستشفيات للاختلاس، إن كانت أدوية أم أجهزة طبية، إذ شكلت ما نسبته (68%) من المسروقات، وأما اختلاسات الأموال لوحدها فقد كانت قليلة، إذ شكلت ما نسبته (07%) فقط.

¹ الأمر 03-06، المؤرخ في 16 جويلية 2006 المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العمومية، ج ر ج ج، رقم 46،

المؤرخة 16 جويلية 2006، ص 07.

² سعد علي العنزي، المرجع السابق، ص ص 115، 114.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

- 3- بلغت نسبة المخالفين من الذكور بشكل أكثر من الإناث، وهي (70%) مقابل (20%)، ويرجع ذلك من كون الذكور طبيعتهم أكثر جرأة من الإناث، وتتاط بهم المسؤوليات الكبرى بشكل أكبر أيضا.
- 4- تعد عقوبة الإنذار من التعميم للمخالف بالسرقة هي أكثر العقوبات شيوعاً، فهي عقوبة خفيفة غير قاسية مقارنة بالمخالفات الكبرى المرتكبة.
- 5- جاءت السرقات التي تحدث في المستشفيات التي تقع خارج العاصمة (أطراف بغداد) بشكل أكبر من تلك التي تقع في داخلها، إذ كانت نسبة حالات السرقة (56%) مقابل (44%) وذلك بحكم الرقابة المركزية التي تكون صارمة بسبب قربها من وزارة الصحة والدوائر المركزية التابعة لها.
- 6- حالات السرقة من داخل المستشفيات على يد موظفيها، أكثر من تلك التي يرتكبها أفراد من خارجها، إذا كانت نسبتها (85%) مقابل (15%).
- 7- شكلت حالات السرقة على يد فرد واحد ما نسبته (50%) وهي أكثر من حالات السرقة التي يرتكبها مجموعة أفراد متضامنين، إذ شكلت ما نسبته (34%) حالة فقط.
- ووجدت دراسة أمريكية حديثة أن خسارة مستشفياتها هي حوالي (3500) دولار للسريير الواحد سنوياً، وأن (30%) من العاملين في تلك المستشفيات يقومون بالسرقة، أو بنوع من أنواع الاحتيال بغرض الكسب المادي الشخصي.
- وفي هذا الصدد احتلت الجزائر مرتبة سيئة ضمن مؤشرات الفساد الذي يمس قطاع الصحة بالدرجة الأولى، حيث كانت الجزائر ضمن المراتب الأولى في نسب الفساد، والجدول التالي يبين تطور مؤشر الفساد من الفترة 2003-2012 حسب تقارير منظمة الشفافية الدولية .

جدول رقم 06: تطور مؤشر الفساد في الجزائر من الفترة 2003-2012

| السنوات | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| الرتبة | 88 | 97 | 97 | 84 | 99 | 92 | 111 | 105 | 112 | 105 |
| مؤشر الفساد | 2.6 | 20.7 | 2.8 | 3.1 | 3.0 | 3.2 | 2.8 | 2.9 | 2.9 | 3.4 |
| عدد الدول | 133 | 145 | 158 | 163 | 179 | 180 | 180 | 178 | 182 | 176 |

المصدر : من إعداد وفاء رايس وليلى بن عيسى بالاعتماد على مجموعة تقارير منظمة الشفافية الدولية.

المطلب الثالث : إستراتيجية الوقاية من الفساد في القطاع الصحي

لقد أزداد قلق الحكومات والمؤسسات المحلية والدولية، والمجتمع المدني من خطورة ما يطرحه الفساد في القطاعات العمومية وبالأخص القطاع الصحي من مشاكل ومخاطر على استقرار المجتمعات وأمنها، يفوّض مؤسسات الديمقراطية وقيمها والأخلاقية والعدالة، ويعرض التنمية الصحية وسيادة القانون للخطر، وإن اقتناع هذه الأخيرة أن الفساد لم يعد شأنًا محليًا بل هو ظاهرة عابرة للأوطان تمس كل المجتمعات و الاقتصاديات، مما يجعل التعاون الدولي على منعه ومكافحته أمرًا ضروريًا.

وإيمانها بأن منع الفساد والقضاء هو مسؤولية تقع على عاتق جميع الدول، وأنه يجب عليها أن تتعاون معاً بدعم ومشاركة أفراد وجماعات خارج نطاق القطاع العام، كالجمعيات والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني، إذا كان يراد لجهودها في هذا المجال أن تكون فعالة. ولهذا ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع، نتناول في الأول الحكامة والحد من الفساد في القطاع الصحي، وفي الفرع الثاني ندرس فيه مكامن الفساد في القطاع الصحي الجزائري، أما الفرع الثالث سنتطرق فيه إلى تنشيط فرص الإصلاح والحد من الفساد.

الفرع الأول : الحكامة والحد من الفساد في القطاع الصحي

يعد إرساء مبادئ الحكامة خاصة الشفافية والمساءلة وحكم القانون من بين أهم إستراتيجيات مكافحة الفساد، باعتبار أن الفساد هو في الأساس مشكلة حكم، وفشل المؤسسات وعلامة على عدم القدرة على إرادة المجتمع عن طريق نظم متوازية من الضوابط والتوازنات الاجتماعية والقضائية و السياسية والاقتصادية، ويزداد الفساد انتشار عندما تثبت الأنظمة الرسمية وغير الرسمية عدم فعاليتها، ويصبح تنفيذ وإنفاذ القوانين والسياسات التي تكفل النزاهة أكثر صعوبة¹، فالالتزام إذ بالحكامة في القطاع الصحي ومبادئه هو بمثابة وقاية من الفساد بهذا الوسط، إذ لا بد على كل المسؤولين باختلاف درجاتهم أن يضعون في إعتبارهم مبادئ الإدارة السليمة للشؤون والممتلكات العمومية، والإنصاف والمسؤولية والتساوي أمام القانون وضرورة صون النزاهة وتعزيز ثقافة تنبذ الفساد، وعموما فإن إرساء مبادئ الحكامة يعد بمثابة آلية للوقاية من الفساد ومكافحته في القطاع الصحي.

¹ PNDUD, Lutte. Contre. la corruption, Note de pratique du PNUD,2004,p :3, cite web :

<http://www.pogar.org/publications/finances/anticor/undp-ati04F.pdf> le 22/11/2016.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

1- الشفافية والحد من الفساد:

إن اليوم أصبح لزاماً على كل دول مسها الفساد في القطاع الصحي ، وفقاً للمبادئ الأساسية لنظامها القانوني، ضرورة وضع و تنفيذ أو ترسيخ سياسات فعالة منسقة لمكافحة الفساد، تعزز مشاركة المجتمع وتجسد مبادئ سيادة القانون وحسن إدارة الشؤون والممتلكات العمومية والنزاهة والشفافية والمساءلة¹.

كما تعمل الشفافية على اختيار قيادات تتصف بالموضوعية والنزاهة و الانتماء والولاء للمؤسسة والصالح العام وتقليل الغموض والضبابية وتسهم في القضاء على الفساد، لأن انعدام الشفافية يؤدي إلى غموض التشريعات والحكومة الجيدة ليس لديها ما تخفيه، بل يجب أن تحرص على إظهار نشاطها لأنه غير معيب، ولا يرتبط بفساد وان مهمتها محاربة الفساد والفاستين والنهوض بالشعب وحماية مقدراته².

إذ تكمن أهمية الشفافية في القطاع الصحي في أنها توفر قنوات مفتوحة للاتصال بين المرضى والطاقم الطبي من جهة والطاقم الإداري من جهة أخرى، وذلك لمحاربة الفساد الذي يستشري في قطاع الصحة و الذي بدوره وقف حاجز أمام تقدم نوعية الخدمات الصحية وخاصة في الدول النامية، حيث تتطلب الكشف عن مختلف الأنظمة و القوانين والتعليمات والإجراءات والمعايير والآليات المعمول بها داخل المؤسسة الصحية من طرف مجلس الإدارة للإقرار عملياً بالمساءلة والمحاسبة في حال عدم احترام أو مراعاة تلك الأنظمة والقوانين والآليات والمعايير المحددة.

كما أن الشفافية، وإن كانت مطلوبة في حياة الناس مع بعضهم البعض و العلاقات الإنسانية بشكل عام إلا أنها تبقى ضرورة ملحة في منظمات العمل الإدارية الخاصة والعامة، وخصوصاً بين القيادات مع بعضها البعض من جهة وبين القيادات والعاملين تحت إدارتها من جهة أخرى، حتى لا تكون المنظمة غامضة في توجهاتها ولا تعرف أهدافها بالنسبة إلى العاملين فيها، وبالتالي يقلل من روح الانتماء لها، لذا فإن الشفافية تعزز دور الولاء لدى العاملين، وتزيد من إنتاجيتهم و تشد همهم، وترسخ قيم التعاون وتضافر الجهود ووضوح النتائج وتحسينها³.

وفي هذا الإطار يؤكد البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة على أن تحسين إدارة الحكم شرط للتنمية البشرية المستدامة ويؤيد أن تستهدف المساعدة تشجيع مؤسسات الحكم من قبيل الهيئات التشريعية والقضائية وإدارة القطاعين العام والخاص، ومؤسسات المجتمع المدني باعتبارها جهات تقوم بالدعوة والمراقبة

¹ الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد ومكافحته، الإطار القانوني والمؤسسي لمكافحة الفساد في الجزائر، بدون دار نشر، الجزائر، الطبعة الثانية 2014، ص 08.

² فارس بن علوش بن بادي السبيعي، المرجع السابق، ص 19.

³ فارس بن علوش بن بادي السبيعي، المرجع السابق، ص 20.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ويساند لا مركزية الحكم، ويؤكد على أهمية الشفافية و المساءلة وسيادة القانون، وهي خصائص الحكم بإمكانها أن تضبط السلوك الساعي إلى خدمة المصلحة الشخصية لدى الموظفين العموميين ومن يتعاملون معهم، ومن أولوياته أيضا العمل على تحسين الإطار القانوني والتنظيمي الذي تعمل في ظله هذه المنظمات¹.

2- المساءلة و الفساد:

المساءلة هي جملة من العمليات والأساليب التي بمقتضاها نستطيع التحقق من أن الأمور تسير وفقاً لما هو مخطط لها، وضمن أقصى المستطاع، ولذلك فالمساءلة ليست تحقيقاً أو محاكمة، بل القصد منها التحقق من أن الأداء يتم ضمن الأطر التي حددتها الأهداف وفق المعايير المتفق عليها للوصول بالنظام إلى مستوى متميز من الكفاءة والفاعلية إذ تعتبر المساءلة وسيلة لمقاومة الفساد والانحراف الإداري فشعور العاملين بشيوع المساءلة يكبح الجراح لاستغلال السلطة في استخدام الموارد العامة، حيث يخلق الشعور بإمكانية الكشف للرأي العام عن عدم استقامة القرار الإداري أو السلوك، كمانع للتعسف في ممارسة السلطة، خاصة عند التقاء هذا الإدراك مع الأعراف الاجتماعية التي تتكرر على العاملين الجمع بين السلطة وعدم الاستقامة².

وفي هذا الإطار يعمل البنك الدولي ومشروع الأمم المتحدة الإنمائي UNDP على تطوير وجمع ونشر الأمثلة العديدة من الممارسات المتميزة في توسيع نطاق الشفافية والمساءلة بخلق البيئة المناسبة وإبداء المساعدة في تطوير الإستراتيجية الواحدة لمحاربة الفساد وتوفير الربط بين الفساد من جانب وأخلاقيات الوظيفة العامة، والقيادة، والحوافز والعقوبات والمناخ التنظيمي من جانب آخر.

إضافة إلى العمل على تحسين دور المجتمع المدني في تعزيز و الترويج للحكومات التي تستجيب للمساءلة وتتحمل مسؤولياتها أمام المواطنين، مثلما تعمل البرامج على تشجيع نقل الصلاحيات والمسؤوليات إلى المستويات القريبة من المواطنين في الأحياء والمناطق المختلفة في المجتمعات النامية³. وتتمثل أهداف المساءلة في القطاع الصحي كما رأي (بيتر أكيون) أنه يمكن النظر إلى أهداف المساءلة ضمن ثلاث أهداف رئيسية⁴:

¹ الفساد والحكم الرشيد، ورقة ومناقشة رقم 03، شعبة التطور الإداري وإدارة الحكم، مكتب السياسات الإنمائية، برنامج الأمم المتحدة، نيويورك 1997، ص 09.

² فارس بن علوش بن بادي السبيعي، المرجع السابق، ص 40.

³ زهير عبد الكريم الكايد، المرجع السابق، ص 103.

⁴ فارس بن علوش بن بادي السبيعي، المرجع السابق، ص 42.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أ- المساءلة كنوع الضمان : بحيث تشكل وسيلة يضمن المواطنون والمشرعون والرؤساء من خلالها حسن الالتزام بالقانون من قبل الممارسين للسلطة العامة في مجال الخدمة الصحية العامة، ومراعاة الأولوية في استغلال المصادر.

ب- المساءلة كوسيلة للرقابة والتحكم : بحيث تشكل المساءلة إحدى آليات ضبط الأداء، لضمان حسن الاستخدام أو منع إساءة استخدام السلطة.

ت- المساءلة كعملية للتحسين المستمر: عند تحقيق المساءلة للهدفين السابقين تكون أداة لخفض السلبية في الأداء، وتخلق استعداداً مسبقاً لدى العاملين في المستشفى سواء كانوا من الطاقم الطبي والشبه طبي أو الطاقم الإداري للبحث وتجنب الأعمال التي من شأنها أن تؤدي إلى تلك الأنواع من الأخطاء لتلاقيها ولذلك يكون مفهوم المساءلة قد توسع أكثر من معناه الجوهرى المتضمن التقديم للمساءلة والمحاسبة أو إيقاع العقوبة، وبذلك يحقق مشاركة إيجابية بين المساعل و المسائل، ويجشع المديرين و العاملين على قبول وتحمل المساءلة الخطأ كجزء طبيعى من عملية التعليم.

3- حكم القانون ومكافحة الفساد :

فالشرط الأساسى لمكافحة الفساد هو وجود إطار قانونى صالح وهيكلى مؤسساتى يطبق القانون دون الأخذ بالاعتبار المحاباة أو التعسف، وأن تراجع هذه القوانين دورياً لتبديد الغموض الذى يكتنف النصوص القانونية، والحد من تناقضاتها، والنص على عقوبات صريحة ضد أطراف الفساد سواء الراسين أو المرتشين أو المختلسين أو المساهمين من قريب أو بعيد فى عملية الاختلاسات ولكي يكون الردع فعالاً يتعين أن يواجه طرفا المعاملة الفاسدة عقوبات صارمة تعكس المغنم المحصل عليها من الفساد، فبقدر العقوبات بقدر ما ينخفض معدل حدوث الفساد، وهناك لا تكفى القوانين الصارمة وحدها فالعديد من البلدان التى يتفشى فيها الفساد تتوفر على قوانين مثالية، غير أن القوانين لا معنى لها فى الواقع لأنها قليل ما تطبق، وبالتالي فإن البلد الجاد بشأن الإصلاح لا بدا وأن تكون له أجهزة تحقيق وقضاء فعال لا يعانى الفساد¹.

وفى الأخير لابد للإشارة أن القطاع الصحى هو قطاع حساس يمس جميع الفئات فى المجتمع ولهذا وجب على الحكومات التى تسعى لمكافحة الفساد المنقشى به، ولا بد من تشديد العقوبات على مرتكبي الجرائم السالفة الذكر التى تعرقل التسيير الفعال فى المرفق العمومى الصحى و بالخصوص الجرائم المرتكبة على المستلزمات الطبية، بالإضافة إلى ضرورة مراجعة الدولة الجزائرية قانون الصحة و مدونة

¹ طارق محمود عبد السلام السالوس، التحليل الاقتصادى للفساد مع إشارة خاصة للقطاع المصرفى فى مصر، دار النهضة العربية، مصر، 2005، ص02.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أخلاقيات الطب لكونهما أصبح لا يتماشيان مع احتياجات المريض اليوم والطاقت الطبي والشبه طبي والإداري من جهة أخرى، ويلاحظ كذلك إشكالية عدم تخصص القضاة في القضايا التي تعني المرفق الصحي ولهذا وجب على الدولة إدراج تخصص الإدارة الصحية في تكوين القضاة والمحامين وكليات الحقوق كما هو معمول به في الدولة المتطورة لكي لا يهضم حق المريض أثناء ارتكاب أخطاء طبية وغيرها من القضايا التي تحتاج أن يكون القاضي والمحامي على دراية لما يجري في الميدان الصحي.

4- مشاركة المجتمع المدني والحد من الفساد :

حسب نص المادة ثلاثة عشر (13) من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد، لقد أصبح اليوم لزاماً على كل الدول محاربة الفساد في القطاعات العمومية و بما فيها القطاع الصحي، أن تقوم ضمن حدود إمكانياتها ووفقاً للمبادئ الأساسية لقانونها الداخلي، لتشجيع أفراد وجماعات لا ينتمون إلى القطاع العام مثل المجتمع المحلي، على المشاركة النشطة في منع الفساد ومحاربتة، ولإذكاء وعي الناس فيما يتعلق بوجود الفساد وأسبابه وجسامته وما يمثله من خطر وينبغي تدعيم هذه المشاركة بتدابير مثل¹:

أ- تعزيز الشفافية في عملية اتخاذ القرار وتشجيع إسهام الناس فيها.

ب- ضمان تسيير حصول الناس فعليا على المعلومات.

ت- القيام بأنشطة إعلامية تسهم في عدم التسامح مع الفساد، وكذلك برامج توعية عامة تشمل المناهج المدرسية والجامعية.

ث- احترام وتعزيز وحماية حرية التماس المعلومات المتعلقة بالفساد وتلقيها ونشرها وتعميمها، ويجوز إخضاع تلك الحرية لقيود معينة، شريطة أن تقتصر هذه القيود على ما ينص عليه القانون و

ما هو ضروري:

1- لمراعاة حقوق الآخرين أو سمعتهم.

2- لحماية الأمن الوطني أو النظام العام أو لصون صحة الناس أو أخلاقهم.

وكذلك أصبح من الضروري اليوم على الدول النامية الاعتماد على استقصاءات تقديم الخدمات (SDS)* في القطاع الصحي Service, Delivery, Surveys، بحيث تعمد استطلاعات الرأي العام حول

¹ الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد ومكافحته، المرجع السابق، ص15.

* استقصاء تقديم الخدمات (SDS): وهي عبارة عن برنامج تستخدم بيانات كمية ونوعية لتساعد على تحسين عملية تقديم الخدمات، إن نتائج استقصاءات تقديم الخدمات (SDS) يمكن لها أن تساعد الحكومات على وضع الإدارة و الخطط المبنية على الوقائع، وتعديل وتحسين مستوى إطار تقديم الخدمات، من خلال إعادة تصميم السياسات، وتطوير المؤسسات

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

مستوى تقديم الخدمات إلى تحسن هذا المستوى لتحقيق الرضا من قبول المواطنين عن خدمات الحكومة سواء من حيث قربها من المواطنين، وسهولة الحصول عليها، أو قدرة المواطن على دفع كلفتها أو تحقيق اكتفائه منها، ولعل مثل هذه الأمور لم يتم التركيز عليها بشكل جوهري في عمليات الإصلاح لإدارة القطاع العام في كثير من الدول ، كما أن نمط الإدارة بالنتائج ينسجم ويتوافق مع هذه التوجه، الذي تفتقر هياكل وأنظمة القطاع العام في الدول النامية للأخذ به وتنفيذه، كما يحدث في العديد من مؤسسات القطاع الخاص وبشكل خاص قطاع الخدمات، لذا فإن برامج المؤسسات الدولية التي يتم دعمها من قبل البنك الدولي، والأمم المتحدة UN، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP والعديد من المنظمات الدولية الأخرى التي تعمل إصلاح إدارة القطاع العام لعدد من الدول تعمل على إعادة هيكلة إجراءات عمل الإدارة الحكومية لتنسجم مع التركيز على الإدارة بالنتائج في تقديم الخدمات لتكون قريبة ومتجاوبة مع طلبات المواطنين، أصبحت معروفة حديثاً في العديد من دول العالم سواء في الشرق الأوسط أو أفريقيا أو أمريكا الأتينية وشرق أوروبا وآسيا¹.

وفي هذا الشأن يقول " بيترابغين " وهو أحد مؤسسي منظمة الشفافية العالمية أنه ينبغي للمواطنين، كونهم المستفيدين من إصلاح ما، الا يكونوا متلقين سلبيين لأثار الإصلاح فقط، بل محاميين مدافعين عنه وحراساً لعملية تنفيذه، وما من شك في المطالبات بالإصلاح تأتي من جانب المواطنين الناشطين سياسياً لذا يقتضي إيقاظ وعي عامة الناس، ويضيف أن الإدارة السياسة لا تكفي وحدها، لمواجهة الفساد، بل لا بد من أن ينهض بعبئها الشعب، أو المجتمع المدني، وعندما تقرر الحكومة بناءً على ضغط من داخل البلاد وخارجها، أن تقوم بعمل شيء ما ضد الفساد، يكون كل فرد أيضاً مطالباً بذلك وإلا فلن تزيد الحكومة على أن تتصرف في إطار مصلحتها الخاصة².

وإعادة تنظيم الموازنات للتنفيذ، ولعل أهم استخدامات هذا النموذج تمكن في كونها تتطوي على وسائل لزيادة اندماج ومشاركة المجتمع المدني في العمليات التي يتم اتخاذها، بالإضافة إلى استخدام أدوات استطلاع تقديم الخدمات (SDS) فإن النموذج يعطي الفرصة للخبراء بأن يتجاوزوا لمتطلبات العملاء في تطوير شبكات القيادة في الحكومات المركزية وتسهيل عمل ورش العمل على مستوى المحافظات والبلديات وتبني العديد من المبادرات، من خلال الجماعات ذات العلاقة Stakeholder في المجتمعات المدنية، أنظر في ذلك : زهير عبد الكريم الكايد، المرجع السابق، ص 99 ، 100.

¹ المرجع نفسه، ص 101.

² بترايغن، ترجمة محمد جديد، شبكة الفساد والإفساد العالمية، قدمس للنشر والتوزيع، سوريا، 2005، ص 121.

الفرع الثاني: مكامن الفساد في القطاع الصحي الجزائري

يصعب تحديد وصف واضح في الجزائر، إذ أنه مركب يتقاسم فيه القطاع العام والقطاع الخاص المسؤوليات التنظيمية والإدارية والتمويلية، فالدولة هي منظم ضعيف للقطاع ومقدم خدمات غير منافس وممول دورة أشبه بالعمل الخيري، أما القطاع الخاص فهو أبرز مقدم للخدمات ويساهم في نفس الوقت التمويل فيما يتمتع بحرية ملفنة في التنظيم والتوسع .

إذ لا بد للإشارة أنه على الرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني، إلا أنه مازال بعيداً عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر كمتوسط الدخل الفرد، فمن خلال الجدول رقم (07) نجد أن هناك نقصاً في الاهتمام الذي تليه الجزائر للقطاع الصحي وهذا ما يتجلى في تذبذب معدل النفقات الصحية إلى مجموع الثروة الوطنية (النتائج المحلي الإجمالي)، وكذا انخفاض متوسط الفرد من الإنفاق الصحي بسبب ارتفاع عدد السكان، إذ حسب مؤشرات الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية تأتي على رأس القائمة بالنسبة للعالم أجمع، إذ يمثل نصيب الصحة 13.3 سنة 1999 ليرتفع إلى 15.2 سنة 2003، كما أنه في معظم الدول المتقدمة يتراوح هذا المؤشر فيها من 10.8% إلى 11% للفترة الممتدة من سنة 1999 إلى نسبة 2003، بينما صرفت فرنسا سنة ما يعادل 13.1% من ناتجها المحلي على الخدمات الصحية¹.

جدول رقم (07) تطور نسبة النفقات الصحية الكلية إلى الناتج المحلي الإجمالي للدول العربية وبعض الدول المتقدمة من سنة 1999 إلى سنة 2003

| السنوات | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|------------------|------|------|------|------|------|
| الجزائر | 3.7 | 3.5 | 3.8 | 3.5 | 3.5 |
| المغرب | 4.6 | 4.7 | 4.9 | 5 | 5.1 |
| تونس | 5.5 | 5.6 | 5.7 | 5.6 | 5.4 |
| السعودية العربية | 4.3 | 4.2 | 4.7 | 4.5 | 4 |
| البحرين | 4.7 | 3.9 | 4.2 | 4.2 | 4.1 |

¹ بومعروف إلياس، عماري عمار، المرجع السابق، ص 33.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين
من جودة الخدمات الصحية

| | | | | | |
|------|------|------|------|------|--------------------------|
| 3.3 | 3.4 | 3.7 | 3.2 | 3.8 | الإمارات العربية المتحدة |
| 2.7 | 3.3 | 2.9 | 2.8 | 3.6 | قطر |
| 5.8 | 5.9 | 5.4 | 5.2 | 5 | مصر |
| 10.2 | 10.8 | 11.7 | 11.7 | 11.3 | لبنان |
| 2.7 | 1.8 | 1.6 | 1.7 | 1.9 | العراق |
| 15.2 | 14.7 | 14 | 13.3 | 13.1 | الولايات المتحدة |
| 10.1 | 9.7 | 9.4 | 9.3 | 9.3 | فرنسا |
| 11.1 | 10.8 | 10.8 | 10.6 | 10.8 | ألمانيا |

Source : OMS : Rapport sur la Santé Dans Le Monde 2006, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, PP, 199–201.

أما الجزائر فإنه لم يتجاوز هذا المؤشر 3.8، وهو أقل من الجارتين المغرب وتونس واللذان تجاوز معدل إنفاقها على الخدمات الصحية 5% من النتائج المحلي الإجمالي وأقل مما هو لدى متوسط الدول العربية في حين نجد الإنفاق الصحي للدول المتقدمة كالولايات المتحدة، ألمانيا، سويسرا و فرنسا في المتوسط يفوق نظيره في الدول العربية، وهذا ما يعكس عدم الاهتمام الذي توليه الجزائر للجانب الصحي مقارنة بالدول الأخرى، فمستوى تمويل القطاع الصحي الوطني مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة وحتى في الدول العربية، وكذلك إن معدل النفقات الصحية إلى النتائج المحلي يعكس مدى اهتمام الدول بصحة مواطنيها، إلا أنه يعكس مبدأ العدالة في توزيع الإنفاق الصحي أو ما يمكن أن نطلق عليه عدالة الوصول إلى الخدمات الصحية والتي يمكن حسابها بمتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي العام، والجدول رقم (08) يبين متوسط الإنفاق الصحي في الدول العربية وبعض الدول المتقدمة للفترة الممتدة من 1999 إلى 2003¹.

¹ المرجع نفسه، ص 33.

**الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين
من جودة الخدمات الصحية**

جدول رقم (08) النفقات الصحية للفرد في بعض الدول العربية وبعض الدول المتقدمة من سنة 1999 إلى سنة 2003 مقيمة بمتوسط معدل الصرف- الدولار الأمريكي-

| السنوات | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|
| الجزائر | 61 | 63 | 68 | 75 | 89 |
| المغرب | 56 | 54 | 57 | 60 | 72 |
| تونس | 122 | 114 | 118 | 120 | 137 |
| السعودية العربية | 329 | 372 | 387 | 373 | 366 |
| الإمارات العربية المتحدة | 681 | 704 | 737 | 650 | 661 |
| قطر | 773 | 816 | 808 | 871 | 862 |
| مصر | 68 | 71 | 63 | 71 | 55 |
| لبنان | 578 | 574 | 582 | 566 | 573 |
| العراق | 14 | 17 | 12 | 11 | 23 |
| الولايات المتحدة | 4335 | 4588 | 4934 | 5324 | 5711 |
| فرنسا | 2730 | 2404 | 2425 | 2637 | 3204 |
| ألمانيا | 3881 | 3572 | 3774 | 4220 | 5035 |

Source : OMS : Rapport sur la Santé Dans Le Monde 2006, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, PP, 199-201.

ولا بد للتطرق لمكامن الفساد في القطاع الصحي الجزائري قبل إعطاء معايير تقييم هذا النظام، إذ يتشعب قطاع الصحة بشكل كبير نتيجة تعدد الجهات الفاعلة التي تؤثر عليه وتتأثر مما يصعب إدارة القطاع من جهة ويزيد من فرص الفساد بداخله من جهة أخرى، إذ تتضمن مكامن الفساد بهذا القطاع في النقاط الآتية:

1- المستشفيات: لدى المستشفيات الحكومية مشكلة في التعيينات التي تطال إطاراتها وموظفيها حيث يمكن أن تبقى شاغرة بسبب الخلاف على التعيين أو يتم تعيين أشخاص بحسب الانتماء السياسي أو المنظور القبلي (العشائري) وليس الكفاءة ، كما أن التوزيع الجغرافي للمستشفيات الحكومية والخدمات التي تقدمها يعتمد هو كذلك على معيار القرار السياسي أو معيار قبلي، وفي بعض الأحيان لشراء السلم الاجتماعي وليس الحاجة في المنطقة.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

حيث نرى فائض في أسرة المرضى في بعض المناطق وجهات أخرى تعاني، وهذا مما أدى إلى تنقل المرضى إلى الولايات الكبرى، ولهذا تشهد الجزائر عدم وجود العدالة في توزيع المؤسسات الصحية على التراب الوطني، فالعاصمة لوحدها تستحوذ على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعد ذلك في الشرق نسبة 22% الغرب نسبة 20%، بينما الجنوب الشرقي نسبة 02%، والجنوب الغربي 01% مثلما يوضحه الجدول رقم (08)، إن قلة الهياكل الصحية إضافة إلى سوء توزيعها سوف يؤثر في أن واحد على كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة، مما ينجز عنه سوء العدالة والاستجابة للاحتياجات الصحية وبالتالي انخفاض في المستوى الصحي للسكان¹.

جدول رقم (09) عدد المؤسسات الصحية الجزائرية بين سنة 2000 و 2003.

| 2003 | | 2002 | | 2001 | | 2000 | | البيان |
|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|------------------------------------|
| العدد | عدد الأسرة التقنية | العدد | عدد الأسرة التقنية | العدد | عدد الأسرة التقنية | العدد | عدد الأسرة التقنية | |
| 177 | 31004 | 187 | 33319 | 217 | 34770 | 224 | 35115 | القطاعات الصحية |
| 8 | 600 | 14 | 962 | - | - | - | - | العيادات الإستشفائية ³⁶ |
| 13 | 13466 | 13 | 13236 | 13 | 13465 | 13 | 13087 | المراكز الإستشفائية الجامعية |
| 32 | 6046 | 32 | 5960 | 32 | 2661 | 31 | 6416 | المستشفيات المتخصصة |
| 359 | 3517 | 412 | 4244 | 395 | 3132 | 392 | 3393 | عيادة الولادة العامة |
| 30 | 439 | 35 | 470 | 42 | 494 | 38 | 450 | عيادة الولادة الخاصة |

Source : office national des statistiques, www.ons.dz/santé

- ضعف عملية التكوين بالنسبة للطواقم الإداري والطبي والشبه الطبي وهذا ما يؤثر على نوعية الخدمات الصحية المقدمة.
- عدم الاعتماد على طرق عملية في توزيع الأغلفة المالية على المستشفيات على مستوى التراب الوطني ففي غالب الأحيان يكون المعيار سياسي.

¹ المرجع نفسه، ص 32.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

- عدم الاعتماد على طرق عملية في تسيير المستشفيات كلوحة القيادة، وغياب الرقابة الفعلية مما يؤدي بمسيري المستشفيات إلى الإدلاء بتصريحات كاذبة للوصايا.
 - عدم إدخال الإدارة الإلكترونية بالمستشفيات مما يعرقل عملية الرقابة والشفافية والمساءلة .
 - عدم وجود قوانين داخلية رادعة بخصوص التكتّم عن إعلام النقائص في الواجب المهني للأطباء وهذا مما أدى إلى تزايد عدد الأخطاء الطبية من جهة وتراجع جودة الخدمة الصحية، بالرغم أن القانون العالمي للأخلاقيات الطبية الصادرة عن جمعية الطب العالمية الذي ينص أن الطبيب سيعهد بالإعلام عن الزملاء الذين يظهرون عدم كفاءتهم أو عدم مقدرة أو الذين ينتحلون وسائل غش أو خداع¹.
 - عدم وجود رؤية إستراتيجية في اقتناء سيارات لفائدة المؤسسات الصحية، بحيث يتم لاقتناء سيارات سياحية على حساب سيارات الإسعاف وهذه الممارسات تؤثر سلبا على جودة الخدمات الصحية إذ يتم تحويل إتمادات هذه السيارات من الميزانية المخصصة للمريض.
 - عدم وجود تدابير حماية الأشخاص والممتلكات داخل المؤسسات الصحية وهذا مما يؤدي إلى رداءة الخدمات الصحية لغياب معايير الأمن والسلامة.
 - عدم إيلاء أهمية لاستقبال المواطنين والذي بدوره يؤثر بشكل كبير على الخدمة الصحية بالمرفق العمومي الصحي .
 - الاستغلال الغير الشرعي للسكنات الوظيفية مما يؤدي إلى هروب الإطارات الإدارية والطبية من المناطق التي تعاني نقص من تواجد الكفاءات، وهذا يعود بشكل غير مباشر على جودة الخدمة الصحية والتعليمية الوزارية رقم 02 المؤرخة في 14/03/2015 توضح ذلك (أنظر الملحق).
 - عدم وجود رؤية إستراتيجية في تسيير الميزانية (عصرنة الميزانية) وعدم تنسيق وزارة الصحة مع وزارة المالية في تسقيف الإتمادات المالية لترشيد النفقات مما يؤدي في النهاية إلى تضرر المريض وهذا ما بينته المراسلة رقم 579 المؤرخة في 11 جويلية 2016، وعليه هذه التناقضات والفراغات القانونية ستعود بالسلب على الخدمات المقدمة للمريض. (أنظر الملحق).
- 2- شركات الدواء : تتحكم شركات الدواء والمكاتب العلمية بسوق الدواء في الجزائر فتعتمد إلى مجموعة من التجاوزات المتمثلة في تقديم إغراءات و رشاوى (بصيغة هدايا) إلى الأطباء وأصحاب القرار لترويج منتجاتها، مما يؤدي إلى إغراق السوق بالأدوية وإلى رفع الفاتورة الصحية.

¹ جون ويليامز، ترجمة محمد الصالح بن عمار، الأخلاقيات الطبية، دار الوحدة الأخلاقية لجمعية الطب العالمية، بلجيكا، 2005، ص31.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

• سوق الدواء البيطري في الجزائر غير مراقب، حيث تم نقل الملف إلى وزارة الزراعة بالإضافة الى تكليف هذه الوزارة بمراقبة المكملات الغذائية والذي هو من المفروض من اختصاص وزارة الصحة والسكان .

• لا توجد رقابة مختصة على من يستورد ويخزن ويبيع ويستخدم الدواء البيطري.

وعدا عن الضرر الكبير على صحة الحيوان، تشكل الفوضى في ملف الدواء البيطري خطراً كبيراً على حياة الإنسان لاسيما من خلال زيادة مقاومة البكتيريا للمضادات الحيوية نتيجة الاستخدام الخاطيء على الحيوان.

2-الضمان الاجتماعي: ان مساهمات الضمان الاجتماعي للمؤسسات الصحية قليلة بالنظر لمساهمات المرضى المؤمنين اجتماعيا، وضعف الرقابة على أموال المؤمنين المرضى بالمستشفى يؤدي إلى هضم حق المريض المؤمن اجتماعيا بالإضافة إلى تقديم فواتير غير حقيقية لطبيب المراقب للضمان الاجتماعي، ولهذا فإن الضمان الاجتماعي يساهم بنسبة كبيرة في الفساد المستشري بالمستشفيات.

3- النقابات : بالرغم أن الحق النقابي معترف به لجميع المواطنين وهذا طبقا للمادة 70 من القانون 01-16 المؤرخ في 2016/03/06 و المتضمن التعديل الدستوري، إلا أن النقابات تقتقر إلى الصلاحيات التنفيذية التي تتيح لها الحصول على المعلومات والتصرف على الأرض لقمع المخالفات في القطاعات.

• تركز معظم النقابات على مصلحة المنتسبين إليها وحمايتهم عوضا عن التفكير أيضا بالمصلحة العامة، كما لا يوجد أي إطار يراقب عمل النقابات وأدائها في الوقت الذي طغت السياسة على التحالفات النقابية وباتت المتحكم الأساسي بنتائج الانتخابات النقابية عوضا عن الأداء النقابي.

4- الجامعات : عدم تلبية التكوين الذي تحتاجه المؤسسات الإستشفائية لهذا نجد نقص كبير في الأطباء المختصين في أمراض النساء والتصوير الإشعاعي والقلب.....إلخ .

• إعطاء رخص لكليات الطب بناءً على حسابات سياسية و طائفية وليس بناء على معايير علمية مدروسة.

• بعض المعاهد التعليمية المرتبطة بالمهن الطبية لاسيما جزء من معاهد التمريض لا يتبع أي معايير في اختيار الاساتذو عدم التنسيق مع وزارة التعليم العالي المخول لها التكوين، وذلك من دون وجود إمكانيات الرقابة عليها.

5- وزارة الصحة :

• غياب إستراتيجية واضحة للتغطية الصحية ذات معايير واضحة.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

- عدم ترسيخ التشاركية في إصلاح المنظومة الصحية مما أدى مؤخراً لرفض مشروع قانون الصحة الجديد من طرف البرلمان في 2017/01/17.
- عدم وجود رقابة صارمة على إطارات الوزارة مما أدى إلى تفشي المحسوبية والرشوة في الكثير من الأحيان.
- عدم الخروج من سياسة الإصلاح لكونها دامت أكثر من 10 سنوات.

6- التفتيش المركزي :

- هناك نقص كبير في عدد المفتشين لتغطية القطر الوطني.
- تحول التدخلات السياسية وغياب النية الحقيقية بتعزيز الأطر الرقابية دون سد الفراغ في الموارد البشرية وتوظيف المفتشين، وعدم استقلالهم على مديرية الصحة أضعف من صلاحيتهم داخل الولايات .
- إن معرفة المواطن بدور التفتيش المركزي محدودة جداً، فبرغم من العديد من المخالفات أو الشكاوي التي يرددها المواطنون، إلا أنها نادراً ما نجد طريقها للتفتيش الصحي، كما أن موقع الوزارة على الانترنت بدائي واستخدامه باللغة الفرنسية غير متاح للعامة.

7- المجتمع المدني :

- لم ترتقي الجمعيات إلى المستوى المطلوب من حيث الرقابة على القطاع الصحي أو حتى الضغط من أجل تعديل القوانين الصحية اللازمة أو تطبيق القوانين الموجودة، ولم تقدم الحلول اللازمة المبينة على أسس علمية ودراسات للمشاكل التي تعترضها.
- بالإضافة إلى أن تواجد الجمعيات المرتفعة بالصحة تعاني من ضعفها ونقص عددها بالمقارنة مع الجمعيات الأخرى (ثقافية، تاريخية، سياحية...إلخ)، وهذا راجع لنقص الوعي بالدور المنوط بها في المجال الصحي.

- 8- الإعلام : لا يرتقي الإعلام بمستوى الصحافة الاستقصائية إلى الدور المطلوب لكشف الفساد وملاحقته.

- 9- المرضى : قلة ثقة المواطن بالنظام الصحي وبالقطاع العام بالتحديد حيث يلجأ المريض إلى زيارة عدة أطباء ويطلب أكبر عدد من الصور والفحوصات للتأكد من التشخيص.

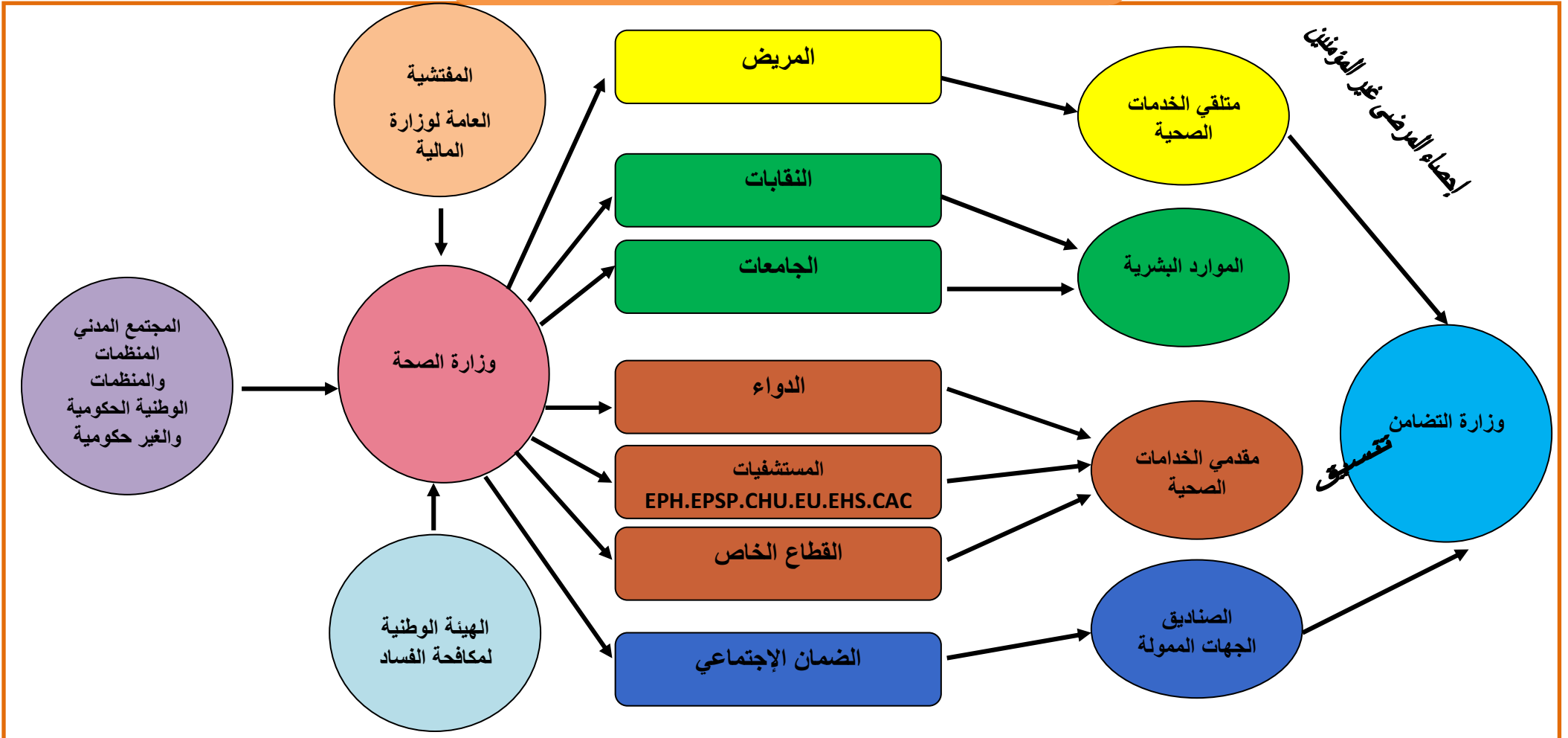
- قلة الثقة المواطن بالنظام الصحي العمومي لكون الجزائري يمتلك ثقافة كل ما هو مجاني فهو غير جيد.

- ضعف ثقافة المحاسبة والمطالبة بالحقوق وبالتغيير الإيجابي هي إحدى أبرز أسباب وجود الفساد واستمراره.

وفي الأخير يمكن تلخيص مكامن الفساد في القطاع الصحي بالمخطط الآتي:

الشكل 07: مكان الفساد في القطاع الصحي

الحكومة (السياسة الصحية العامة)



من إعداد الطالب

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

لقد حاولنا من خلال هذا المخطط تصوير مكانن الفساد في القطاع الصحي مما غدي ضرورة بروز آلية الحكامة للحد من هذا الفساد، وعليه ارتأينا تقسيم المخطط إلى ثلاثة أجزاء بحيث يتمثل الجزء الأول في المداخلات والتي تحتوي على المجتمع المدني والمنظمات الحكومية والغير حكومية والهيئتين الرقابيتين (المفتشية العامة لوزارة المالية، والهيئة الوطنية لمكافحة الفساد) إذ تعتبر هذه الفواعل و بالتنسيق مع وزارة الصحة في حماية المال العام في القطاع الصحي وحماية حقوق المريض و لكن للأسف نلاحظ أن تلك الهيئتين الرقابيتين غير مفعلتين في أرض الواقع ولا يتم الأخذ بتقاريرهما بشكل جدي، أما عن الجزء الثاني والذي يحتوي على فواعل أساسية تساهم في التحسين من جودة الخدمات الصحية و التي تعمل بالتنسيق مع الوزارة الوصية للصحة لهذا وجب تقنين العمل مع تلك الفواعل الرسمية من خلال قانون الصحة الجديد وضبط جميع التعاملات بشكل شفاف ويخضع للمساءلة والرقابة لان علاقة وزارة الصحة اليوم بالجزائر مع الضمان الاجتماعي والقطاع الخاص ومخابر الصيدلانية والجامعات التي من خلال نستطيع التحكم في جودة التكوين والنقابات كفاعل مهم في المؤسسات الصحية تسودها الضبابية من خلال قانون الصحة 05/86 الذي يعتبر قانون قديم ولا يتماشى مع التطورات الحالية بالإضافة إلى ضرورة إحصاء المرضى الغير مؤمنين بالتنسيق مع وزارة التضامن لكون أغلب المرضى المستفيدين مع المستشفيات الحكومية هم فئات مؤمنة مع من يؤدي نفقات على عائق الدولة هي في غنى عليها من جهة وتحرم المؤمن بالاستفادة من حقه في الخدمات الصحية ذات الجودة ومن ضبط جميع هذه التفاعلات نتحصل على مخرجات صحية تليق بمتلقي الخدمة الصحية.

الفرع الثالث: تنشيط فرص الإصلاح والحد من الفساد

بما أن الصحة تمثل أحد أهم القطاعات العمومية أو الخاصة في الجزائر التي مسها الفساد في مجالات مختلفة وكان شأنها شأن القطاعات الأخرى إذ اختلفت في تفاوت درجة الفساد، مما يدعو إلى القلق من جهة، ويدفع الدولة إلى تكثيف جهودها لتنفيذ إصلاحات فعالة ومستمرة، تزيد من التحلي بالنزاهة وضبط الفساد، و تشديد العقوبات على المعنيين بالفساد وتحد فرصه، إذ تتأثر دوافع وحوافز الفساد بمايلي¹:

- مستوى المنافع والتكاليف التي تحد الفساد التي يتحكم فيها الموظفون.
- القوانين الرسمية التي تحدد الفساد والرشوة.
- مصداقية تطبيق القوانين التي تعاقب المفسدين.
- شروط العمل في الوظيفة العمومية ونطاق الحوافز فيها.
- نطاق المحاسبة والرصد داخل المؤسسة.
- قدرة المواطنين على الإطلاع على أنشطة الحكومة والظعن فيها.
- مستوى حرية الصحافة وحرية الأفراد في تشكيل منظمات غير حكومية.

إذ نجد أن المواطن هو الوحيد الذي يدفع ثمن هذا الفساد بشكل يومي، إما من خلال عدم حصوله على الخدمة أو من خلال اضطراره إلى دفع مبالغ إضافية أو تقديمه ولاءات سياسية مقابل حقه في الصحة. وهناك مجموعة من الحلول التي من الممكن أن تساهم بشكل إيجابي ولو في الحد من الفساد التي تندرج تحت الإصلاح يمكن حصرها فيها يلي:

1- تفعيل الهيئات المستقلة للرقابة ومكافحة الفساد : إذ يتطلب هذا إرادة سياسة، فقد أثبتت التجارب الدولية العديدة قصور الرقابة البرلمانية والرقابية الإدارية، أي رقابة الإدارة على نفسها، في أداء الأغراض الموجودة منها، فالرقابة البرلمانية والإدارية لم تصبوا إلى الغرض المرجو منهما وهو تحقيق مبدأ سيادة القانون لأسباب متنوعة، منها أن السلطة التشريعية وإن كانت تسمو مركز أعلى عن باقي السلطات داخل الدولة من الناحية الدستورية، إلا أن كثرة عدد أعضائها وضمها لاتجاهات فكرية وعرقية متنوعة

¹ الفساد والحكم الرشيد، ورقة منافسة 03، المرجع السابق، ص 50.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وتتميز أعمالها بالمنازعات الفكرية، جعل من أعمالها متممة بالبطء والتأخير، وهكذا تضيع مطالبات الرقابة بين الإجراءات والمجاملات السياسية¹.

وطبقا لنص المادة ستة وثلاثون (36) من إتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد (تتخذ كل دولة طرف وفقا للمبادئ الأساسية لنظامها القانوني ما قد يلزم تدابير لضمان وجود هيئة أو هيئات متخصصة أو أشخاص متخصصين في مكافحة الفساد من خلال إنفاذ القانون، وتمنح تلك الهيئة أو الهيئات أو هؤلاء الأشخاص ما يلزم من الاستقلالية وفقاً للمبادئ الأساسية للنظام القانوني للدولة الطرف، لكي يستطيعوا أداء وظائفهم بفعالية ودون أي تأثير لا مسوغ له وينبغي تزويد هؤلاء الأشخاص أو الموظفين تلك الهيئة أو الهيئات بما يلزم من التدريب والموارد المالية لأداء مهامهم)².

2- إصلاح الوظيفة العمومية: لقد أصبح اليوم من الضروري على مسيري الوظيفة العمومية في مختلف القطاعات التقيد بالأداء، إذ لم يعد مصطلح الأداء La Performance يقتصر على القطاع الخاص، بل أصبح من أهم مبادئ التسيير في القطاع العمومي، وهذا ما نص عليه قانون المالية الفرنسي المصادق عليه في 01 وت 2001³. حيث تم اعتماد معيار الأداء في التسيير العمومي، والانتقال من منطق الوسائل Moyens إلى منطق النتائج Résultats.

و لقد اعتمدت أغلب الدول الأعضاء في منظمة التنمية الاقتصادية (OCDE)⁴ طريقة الأداء La Documentations Performance في تقييم نشاطها العمومي، وذلك بوضع برامج سنوية للأداء Programme annuel de performance (PAP) ، حيث توفر فعالية هذه الطريقة أو المنهجية عدة مؤشرات موجهة لقياس فعالية وفاعلية وجودة الإدارات والمرافق العمومية.

بالإضافة إلى الدور الذي تلعبه الوظيفة العمومية من الناحية الاقتصادية، سواء على المدى القصير كالتحكم في التكاليف، أو على المدى المتوسط من خلال التسيير الرشيد وصولاً إلى التحكم أكثر في النفقات وتفادي التبذير والرشوة ومعاقبة مرتكبيها إلى جانب ضمان المتابعة والتقييم لبرامج النفقات العمومية وإعداد الحصيلة السنوية.

¹ شعبان فرج، المرجع السابق، ص68.

² الهيئة الوطنية للوقاية ومكافحة الفساد، المرجع السابق، ص28.

³ La Documentations Française, Revue, Bimensuel, N° 2, 207, L'état en Quête de Performance, Paris, 2006, P2.

⁴ La Documentations Française, Ibid, P02.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وفي هذا الصدد يعمل مجلس المساعدة والتنمية (CAD)، على تقديم خبراته في مختلف المجالات، منها جمع المعطيات حول الإجراء الخياليين، والأجور، والمساهمة في إعداد البرامج المتعلقة بالإحالة على التقاعد المبكر¹.

بالإضافة إلى ضرورة مراجعة الرواتب والقوانين والامتيازات وبرامج التأهيل وغيرها، فكلما كانت الرواتب كافية للموظفين لتحقيق مستوى معيشي مقبول وحياة كريمة كلما كان أداءه في عمله جيد، أما إذا كانت تكاليف المعيشية أكبر من رواتب الموظفين ولم يكن هناك ارتباط بين الأجر والإنتاج فإن هذا يقود إلى انتشار الفساد، بهدف زيادة تلك الدخول لتحقيق مستوى معيشي مقبول، فغالباً ما يكون الدوافع وراء قبول الرشوة والاختلاس من طرف موظفي الإدارات العمومية التي تقدم خدمات يومية للمواطنين هو إشباع الحاجة بسبب ارتفاع تكاليف المعيشية وضعف القوة الشرائية لهم واستمرار انخفاض الرواتب يجعل الموظفين العموميين لا يعبرون اهتماماً لانخفاض الرواتب لأنه يتم تعويضه بالمال الفساد وبالتالي تصبح الوظيفة التي يقوم بها مصدر لكسب الأموال.

لذلك تؤكد التجارب على أن زيادة دخل الموظف أي راتبه والحوافز المقدمة بحيث تكفي لضمان حياة كريمة ولتحقيق مستوى معيشي ملائم يساعد على درجة الحصانة ضد الفساد².

3- فرض تشريعات وقوانين من أجل قاعدة تشريعية تعالج الفساد بشكل عام:

أ- ضرورة تجسيد الحق في الوصول إلى المعلومات والشفافية في قطاع الصحة وهذا حسب ما نصت عليه المادة واحد وخمسون (51) من القانون رقم 16-01 المؤرخ 06/03/2016 المتضمن التعديل الدستوري، بحيث تضمنت ما يأتي " الحصول على المعلومات والوثائق والإحصائيات ونقلها مضمونان للمواطن " .

ب- إقرار قانون حماية كاشفي الفساد من أجل تشجيع العاملين في القطاع العام على كشف حالات الفساد والمسؤولين عنها.

ت- دراسة وإقرار قانون اللامركزية الإدارية للتخفيف من البيروقراطية ونقل مجموعة من صلاحيات الوزارة إلى مجالس محلية لديها القدرة والمصلحة المباشرة في تحسين أداء المؤسسات الصحية وتعزيز الرقابة عليها والتعاون معها.

¹ سعيد مقدم، الوظيفة العمومية وآفاقها في الجزائر في ظل العولمة، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق والعلوم الإدارية بن عكنون، جامعة الجزائر 3، 2006، ص30.

² محمود عبد الفضيل، الفساد وتداعياته في الوطن العربي، مجلة المستقبل العربي، العدد 243، ماي 1999، ص09.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ث- دراسة وإقرار القوانين المنصوص عنها ضمن الإستراتيجية الوطنية لمكافحة الفساد والضغط من أجل تنفيذها.

ج- دراسة وإقرار القوانين المنصوص عليها في الإستراتيجية الوطنية لتكنولوجيا المعلومات من أجل مكنتة الوزارات وتحديث الأنظمة المعلوماتية في القطاع الصحي لتحقيق الهدر وتحسين التواصل داخل الوزارة مع المواطنين.

ح- إقرار عصرنة تسيير المؤسسة الصحية، عن طريق وضع حيز التنفيذ مشروع المؤسسات، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير.

خ- إقرار قانون يخص تعزيز نظام التسيير الصحي والذي يخص التنظيم والرقابة والمتابعة.

4- فرض تشريعات وقوانين لتفعيل آليات المساءلة والمحاسبة وإشراك المجتمع المدني:

أ- إقرار قانون لإنشاء نظام تغطية صحية شاملة لغير المشمولين بأية صناديق حالية يعتمد على معايير واضحة تسمح للمواطن بالحصول على الخدمة الصحية دون مئة من أحد.

ب- إقرار قانون إعادة هيكلة وزارة الصحة مما يعزز قدرتها على لعب دور وقائي ويمكنها من أن تقوم بوظيفتها الرقابية على القطاع.

ت- تعديل قانون تنظيم النقابات، وإعطائها صلاحيات تنفيذية تمكنها من ملاحقة المرتكبين وتطبيق القانون.

ث- تعديل قانون تنظيم الصيدليات ليتضمن اعتماد معايير موحدة لنظم المعلوماتية الموجودة فيها بشكل يمنع إمكانية حجب المعلومات عن التفتيش المركزي عند الحاجة.

المبحث الثاني : الإدارة الصحية الإلكترونية لتحسين من جودة الخدمات الصحية

إن الإدارة الإلكترونية هي وسيلة لتحسين الأداء الحكومي ليصبح أكثر كفاءة وفاعلية، والإدارة الإلكترونية هي ترسيخ للحكامة الصحيحة من خلال زيادة الشفافية والفعالية في إدارة الدولة، وعليه فإن اعتماد الإدارة الإلكترونية يشكل عملية تغيير في الميدان الصحي من شأنها أن تساعد على توسيع مجالات المسيرين في المجال الصحي سواء في القطاع العام أو الخاص على المعرفة والتكنولوجيا والتطبيقات الحديثة وأيضاً توفر إمكانيات إشراك المواطنين والمجتمع المدني في مناقشة السياسات من خلال الحوار المباشر، ودعم اتخاذ القرارات، وصياغة السياسات بشكل متفهم أكثر للمواطنين .

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وعليه سنتعرض في المطلب الأول إلى ماهية الإدارة الإلكترونية ، أما المطلب الثاني سنتناول في علاقة الإدارة الإلكترونية بالمرفق الصحي العام ، وفي المطلب الثالث سنتناول تجربة الإدارة الإلكترونية الصحية بالجزائر .

المطلب الأول : ماهية الإدارة الإلكترونية

لا يقتصر مفهوم الإدارة الإلكترونية على إحداث تغييرات شكلية في أساليب تقديم المعاملات والخدمات والمنافع العامة للزبائن بل في إعادة آلية وهندسة وهيكله الأنشطة والعمليات والإجراءات الإدارية ذاتها تدعيماً للجودة الذي تسعى لتحقيقها المؤسسات المختلفة ، وعلى ذلك تمثل الإدارة الإلكترونية المستهدف تحقيقها نموذجاً متقدماً يعتمد على استخدام المعلوماتية والتكنولوجيا المتقدمة لإحداث التغيير التحولي وليس مجرد إحداث تغييرات وقتية أو بسيطة على هياكل الأعمال القائمة بالفعل¹.

وعليه ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع، نتعرض في الفرع الأول مفهوم الإدارة الإلكترونية أما الفرع الثاني نتناول فيه خصائص الإدارة الإلكترونية الصحية، أما الفرع الثالث فسوف نحدد فيه متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية، وفي المطلب الرابع سنتطرق إلى معوقات الإدارة الإلكترونية في المؤسسات العمومية.

الفرع الأول : مفهوم الإدارة الإلكترونية

توجد تعاريف وألفاظ كثيرة شائعة الاستخدام للإدارة الإلكترونية، مثل: الأعمال الإلكترونية، والحكومة الإلكترونية، والحكومة الرقمية،..... إلخ ، ومصطلح الحكومة الإلكترونية E-Government يمثل شكلاً من أشكال الأعمال الإلكترونية E-Business الذي يشير إلى العمليات والهياكل التي تتفق مع إمداد الخدمات الإلكترونية للمواطنين ومؤسسات الأعمال على حد سواء² . وحتى نحيط بمعاني ودلالات الإدارة الإلكترونية لا بد من التعرض إلى التعاريف الفقهيّة المختلفة إضافة إلى التعريف الإجرائي للإدارة الإلكترونية الصحية .

¹ سحر قدوري الرفاعي، الإدارة الإلكترونية وإمكانياتها في تحقيق الجودة الشاملة، مجلة المنصور، الجامعة المستنصرية (مركز المستنصرية للدراسات العربية والدولية)، بغداد، العراق، ، العدد 14، ع خ، الجزء الأول، 2010 ، ص159.

² سحر قدوري الرفاعي، الحكومة الإلكترونية وسبل تطبيقها: مدخل إستراتيجي، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الجامعة المستنصرية، بغداد العراق، العدد السابع، في سنة 2009، ص308.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

التعريف الفقهي: بالرغم من حداثة مصطلح الإدارة الإلكترونية وفق لما أشار إليه فقهاء الفكر الإداري المعاصر، إلا ان هناك العديد من التعاريف التي قدمت لهذا المصطلح كما أشرنا لها سالفاً. حيث وردت عدة تعاريف للإدارة الإلكترونية نذكر منها:

أ- **سعد غالب إبراهيم:** فيقدم تعريف للإدارة الإلكترونية، انطلاقاً من محاولة التمييز بينما وبين المصطلحات المرادفة لها، مثل الحكومة الإلكترونية، والأعمال الإلكترونية، ويعرف الإدارة الإلكترونية باعتبارها منظومة متكاملة وبنية وظيفية وتقنية مفتوحة"هي إطار يشمل كل من الأعمال الإلكترونية العامة أو الإدارة الإلكترونية للأعمال والحكومة الإلكترونية للدلالة على الإدارة الإلكترونية العامة أو الإدارة الإلكترونية لأعمال الحكومة الموجهة للمواطنين، أو الموجهة للأعمال أو الموجهة لمؤسسات ودوائر المختلفة"¹.

ب- **فقد عرفها الهوش:** بأنها عملية تغيير وتحويل العلاقات من المؤسسات والمواطنين من خلال تكنولوجيا المعلومات، بهدف تقديم الأفضل للمواطنين وتمكينهم من الوصول للمعلومات مما يوفر مزيداً من الشفافية وتحجيم الفساد وتعظيم العائد وتخفيض النفقات².

ت- **كما وقد قدم البنك الدولي عام 2005 مفهوماً للإدارة الإلكترونية:** بأنها مفهوم ينطوي على استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، بتغيير الطريقة التي يتفاعل من خلالها المواطنين والمؤسسات التجارية مع الحكومة للسماح بمشاركة المواطنين في عملية صنع القرار، وربط طرق أفضل في الوصول إلى المعلومات، وزيادة الشفافية، وتعزيز المجتمع المدني³. وتشير الإدارة الإلكترونية من وجهة نظر الأمم المتحدة إلى استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات مثل شبكات ربط الاتصالات الخارجية، مواقع الإنترنت، ونظم الحاسب الآلي بواسطة الجهات الحكومية

¹ ياسين سعد غالب، الإدارة الإلكترونية وأفاق تطبيقها، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، 2005، ص 21.

² مريم خالص حسين، الحكومة الإلكترونية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعية، جامعة المستنصرية، بغداد، العراق، ع خ بمؤتمر الكلية، 2013، ص 443.

³ Riadh, bourriche , « le rôle des TIC dans la Bonn gouvernance ».participation avec. Cette communication .au. Séminaire national intitulé, Information et société de la connaissance, la facetté des sciènes sociales, la faculté des sciences sociales et humaines, Université.

Mentouri Constantine- Algérie , organise les 18/19 avril 2009,P3

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ومن ثم فإن تبني الحكومة الإلكترونية يؤثر على العلاقة الأساسية بين الجهات الحكومية من جانب والمواطنين وأعمالهم من جانب آخر.¹

والملاحظ أن جميع التعريفات تتفق من حيث المبدأ بأن الإدارة الإلكترونية هي نمط وأسلوب تعامل وتفاعل المواطنين والمؤسسات على اختلاف توجهاتها وأنواعها وأحجامها، وأن هذا الأسلوب الجديد الذي يعتمد على استخدام تكنولوجيا المعلومات لتقديم خدمات للمواطنين ذي جودة، إذ هو عبارة عن فكر متطور يعيد صياغة المؤسسات .

التعريف الإجرائي:

كما أشرنا سابقا فقد تعددت وجهات النظر في الاتفاق على هذا المفهوم الجدد (الإدارة الإلكترونية) إذ انه تم الاتفاق على نفس المبدأ و لكون الدراسة في المجال الصحي فإننا نقترح تعريف خاص بالإدارة الإلكترونية الصحية " هي نموذج جديد يعتمد على استخدام المعلوماتية والتكنولوجيا المتقدمة بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية الحكومية المختلفة، وإعادة هيكلتها للتخلص من الروتين و البيروقراطية في الأعمال والمهام التي تقدمها المؤسسات الصحية لترتبط باحتياجات المرضى ومؤسسات المجتمع، من خلال استخدام هذا النموذج الذي يعمل على سد الفجوة الرقمية للمجتمع باستثمار التكنولوجيا، وإن مبدأ التشاركية هو أحد الأهداف الرئيسية للإدارة الإلكترونية من خلال العمل على مشاركة المستفيدين بحيث يتحول المستفيدين من متلق للخدمة الصحية إلى مشارك في صنع القرار".

الفرع الثاني : خصائص الإدارة الإلكترونية الصحية

إن المرافق العمومية في العصر الرقمي بحاجة إلى مواكبة هذا العصر وحسن استيعاب واستغلال التكنولوجيا الحديثة، ولكن يعتمد على وجود الإدارة الجيدة التي تحسن التعامل مع تلك التقنيات و تسخيرها لصالح منظماتها وعمل خطط إستراتيجية للتحويل المطلوب، وتأهيل الكوادر البشرية بكفاءة عالية، مع الحرص على ضرورة نشر وتعميم الثقافة الرقمية بين العاملين بتلك المرافق .

وعليه يمكن صياغة بعض الخصائص الجوهرية:

• **سد الفجوة الرقمية في المرافق الصحية:** باستثمار تكنولوجيا المعلومات والاتصالات المتقدمة لتوصيل الخدمات الصحية للمواطنين والمؤسسات الإستشفائية التي هي بحاجة إليها بغض النظر عن أماكن تواجدهم أو أوقات التقدم إليها.

¹ مريم خالص حسين، المرجع السابق، ص443.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

- تعزيز وتدعيم فرص التنمية والإصلاح الإداري و الاقتصادي في القطاع الصحي: إذ أنه باستطاعته الحكومة الإلكترونية مساعدة مؤسسات الأعمال وخاصة المتوسطة والصغيرة الحجم المتعاملة مع المرافق الصحية للانتقال على الشبكة للحصول على الخدمات والمتطلبات، أي أن الحكومة الإلكترونية تقدم فرصا لتطوير إمكانيات وقدرات ومهارات مؤسسات الأعمال بل والمواطنين المتعاملين معها بما يمكنهم من تحقيق مستويات أعلى من الإنتاجية ومساندة الأداء الحسن.¹
- **تقوية سبل التعاون:** إذ تؤدي الإدارة الإلكترونية في المجال الصحي إلى تعزيز التعاون بين المؤسسات الصحية الحكومية المختلفة وتبادل المعلومات والبيانات فيما بينها مما يؤدي إلى زيادة الفاعلية في تحقيق الأهداف الحكومية في المجال الصحي.
- **تدعيم الاستثمار في موارد المؤسسة:** ويتجسد هذا الاستثمار في موارد المؤسسة من خلال تقليل تكلفة الخدمات الصحية والأعمال والمعلومات الحكومية وما يصاحبها من إجراءات متعددة.
- **القضاء على البيروقراطية:** إذ تعمل الإدارة الإلكترونية على تبسيط العمليات والإجراءات داخل المؤسسات الإستشفائية والتخلص من بيروقراطية الأداء.
- **تحقيق الشفافية:** فالشفافية الكاملة داخل الإدارات الإلكترونية هي محصلة لوجود الرقابة الإلكترونية التي تضمن المحاسبة الدورية على كل ما يقدم من خدمات، إذ تعرف الشفافية بأنها الجسر الذي يربط بين المواطن ومؤسسات المجتمع المدني، من جهة، والسلطات المسؤولة عن مهام الخدمة العامة من جهة أخرى، فهي تتيح مشاركة المجتمع بأكمله في الرؤية².

الفرع الثالث : متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية

يفتضي التحول نحو تطبيق الإدارة الإلكترونية متطلبات عديدة نذكر من أهمها:

- أ- **المتطلبات الإدارية والأمنية:** تنحصر المتطلبات الإدارية والأمنية الواجب مراعاتها عند تطبيق الإدارة الإلكترونية في العناصر التالية:

1- وضع إستراتيجيات وخطط التأسيس: والتي يمكن أن تشمل إدارة، أو هيئة على المستوى

الوطني لها وظائف التخطيط ، والمتابعة، والتنفيذ لمشاريع الحكومة الإلكترونية، وفي هذه المرحلة لا

¹ سحر قدوري الرفاعي، الحكومة الإلكترونية وسبل تطبيقها: مدخل إستراتيجي، المرجع السابق، ص311.

² أحمد درويش، الشفافية والنزاهة حلمنا القادم، " نشرية تكنولوجيا الإدارة "، وزارة الدولة للتنمية الإدارية مصر، العدد الثامن، 2007 ، ص03.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

بد من توفر الدعم، والتأييد من طرف الإدارة العليا في الهرم الإداري، مع توفير مخصصات مالية كافية لإجراء التحول المطلوب.

2- توفير البنية التحتية للإدارة الإلكترونية: إذ لا بد من العمل على التطوير مختلف شبكات الاتصالات، بما يتوافق مع بيئة التحول التي تستدعي شبكة واسعة، ومستوعبة للكم الهائل من الاتصالات دون إهمال التجهيزات التقنية الأخرى من معدات، وأجهزة، وحاسبات آلية، ومحاولة توفير وإتاحة للأفراد والمؤسسات.

3- تطوير التنظيم الإداري والخدمات والمعاملات الحكومية وفق تحول تدريجي: بإعادة تنظيم الجوانب والمحددات الهيكلية، ومختلف الوظائف الحكومية، بما يجعلها تتسجم ومبادئ الإدارة الإلكترونية مثل (إلغاء إدارات، استحداث إدارات جديدة تسير التطور التكنولوجي).

4- متطلبات الكفاءات والمهارات المتخصصة: وهو ضرورة وجود يد عاملة مؤهلة، تمتلك زادا معرفيا يحيط بمبادئ التقدم التقني، ولها من الخبرة ما يمكنها من أن تصبح موردا بشريا مؤهلا لاستخدام تقنيات المعلومات.

5- وضع التشريعات القانونية اللازمة لتطبيق الإدارة الإلكترونية: قبل التطبيق عن طريق تحديد الإطار القانوني الذي يقر بالتحول الإلكتروني وأثناء التطبيق أي تكملة للفراغ القانوني اللازم، والذي يمكن أن يظهر في أي مرحلة من مراحل التحول، وبعد التطبيق يوضع قواعد قانونية ضامنة لأمن المعاملات الإلكترونية وتحديد الإجراءات العقابية الخاصة بفئة المتورطين في جرائم الإدارة الإلكترونية¹.

وفي هذا السياق نجد أن الدول التي اعتمدت تطبيقات الإدارة الإلكترونية لم تصدر تشريعات عامة تلزم الإدارات والمؤسسات الحكومية بأداء جميع معاملات الإدارة مع المواطنين عن بعد، بالوسائل الإلكترونية إلى جانب الوسائل التقليدية، حيث أن التشريعات الحديثة في الكثير من الدول الغربية قد يتراوح مضمونها بين إقرار المبدأ، أي الإعلان عن حق المواطنين في الحصول على المعاملات الإدارية والخدمات العامة بوسائل معلوماتية- بإستثناء ما يشترط القانون صراحة حضور المعني شخصيا إلى المراكز الإدارية لإتمامه- وبين إلزام الإدارات العامة على تقديم بعض الخدمات

¹ عشور عبد الكريم، دور الإدارة الإلكترونية في ترشيد الخدمة العمومية في الولايات المتحدة الأمريكية والجزائرية، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في الديمقراطية والرشادة، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة منتوري، قسنطينة 2010، ص23.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الإلكترونية في مجالات أو قطاعات مثل مجال نشر القوانين والقرارات الإدارية والمعلومات الإدارية ومجال وضع نماذج المعاملات الإدارية عبر شبكة الانترنت ، إضافة إلى مجالات التصاريح المالية و الضرورية، بحيث تلزم الشركات، وبعض الفئات فئات التجار بتقديم تلك التصاريح إلكترونياً¹.

ب- **متطلبات القيادة الإدارية والسياسية** : يستحيل تحقيق أهداف مشروعات الحكومة الإلكترونية حتى لو توافرت الإمكانيات والموارد المادية والمعنوية، لذلك فإن الحكومة الإلكترونية تتطلب قيادة سياسة وإدارية قوية تلتزم علنيا بدعم الجهود التي تؤدي للتحويل نحو الحكومة الإلكترونية من خلال توفير الوقت والجهد والمال والموارد والمناخ السياسي والاقتصادي والاجتماعي والتكنولوجي الذي يسهم في إطلاق القدرات العاملة الإبداعية والخلقة.²

إذ تمثل مبادرة الإدارة الإلكترونية العامة في دولة الإمارات العربية المتحدة على الصعيد العربي إحدى النماذج التي وجدت تجنيد سياسي، وإرادة لدى القيادة، حيث انطلقت مبادرة عام 1999 بموجب إعلان رسمي أصدره الشيخ محمد راشد آل مكتوم نائب رئيس الدولة رئيس مجلس الوزراء حاكم دبي، إذ سرعان ما تحولت المبادرة إلى واقع ملموس عبر برنامج عمل يقوم على نقاط منها:

○ اعتماد قناة موحدة لخدمة العملاء، بالتعاون مع إدارة الخدمات الإلكترونية، من أجل تعزيز مستويات الكفاءة والفعالية.

○ تبسيط عمليات الحصول على الخدمات الحكومية اعتماداً على إحداث التقنيات.

○ ابتكار خدمات حكومية جديدة وربط بيئات العمل في الدوائر الحكومية، لتحقيق التكامل الذي يمهّد الطريق لمبدأ حكومة بلا أوراق وبدون طابور .

○ تحديث المجتمع بجدوى التحول الإلكتروني، وضمان الحد الأدنى من المعرفة، بكيفية استخدام الأدوات التي تمكنهم من الحصول على خدماتهم من الدوائر الحكومية.

ث- **متطلبات البنية التحتية للاتصالات** : ترتبط بإيجاد حواسيب إلكترونية ونظم بيانات متكاملة، وأكشاك إلكترونية في الأماكن العمومية، والهواتف والفاكسات، وتعمل بنية الاتصالات على زيادة الترابط بين مختلف الأجهزة الإدارية داخل الدولة، وتمثل " رؤية الملك عبد الله الثاني عربياً إحدى الإستراتيجيات المحورية في تطبيق الإدارة العامة الإلكترونية من خلال التنمية الاجتماعية والاقتصادية، التحول إلى

¹ عشور عبد الكريم، المرجع نفسه، ص24.

² سحر قدور الرفاعي، الحكومة الإلكترونية وسبل تطبيقها: مدخل إستراتيجي، المرجع سابق، ص316.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

لاقتصاد المعرفة، والاستفادة من الموارد البشرية ورأس المال، والإهمال بإصلاح القطاع العام، وإستخدام التكنولوجيا كأداة تمكينية¹ ، إذ تختلف متطلبات الإدارة الإلكترونية بين المبادرة الكترونية إلى أخرى.

الفرع الرابع : معوقات تطبيق الإدارة الإلكترونية في المؤسسات الصحية

تعتبر التقنية الإلكترونية أحد الموارد الأساسية للمنظمات الصحية للتأقلم مع طبيعة العصر الحالي، إلا أن الدول العربية تواجه مجموعة من القيود والمعوقات التي تعرقل عملية الاستثمار الصحي الفعال للتقنية الحديثة، حيث أن كثيراً من الإدارات فيها تعاني من العديد من السلبيات والتي تمثل في كثرة الإجراءات الروتينية، وضعف التنسيق بين الوحدات الإدارية، وعدم مواكبة المستجدات الحديثة في مجال التقنية.

1- المعوقات الإدارية والتنظيمية: تتخذ العديد من المنظمات الصحية بعض الأساليب الإدارية التقليدية كالأسلوب البيروقراطي أنموذجاً للعمل به، وهذه الأساليب لا تتناسب مع متطلبات الإدارة الإلكترونية، ومن أبرز المعوقات الإدارية نذكر منها² :

- **عدم وضوح الرؤية:** إن وجود الرؤية الواضحة مهمة خصوصاً عندما تكون المنظمة في حالة انتقالية فالعاملين بحاجة إلى معرفة الأهداف الرئيسية للمنظمة خصوصاً رسالتها ورؤيتها، لأن لهذه الرسالة والرؤية تأثيرها على المنظمة حاضر ومستقبلاً.
- **ضعف التخطيط الإستراتيجي:** يعد التخطيط في المؤسسات الصحية أحد الوظائف الإدارية المهمة فالتخطيط يساعد المنظمات على اتخاذ القرارات الإستراتيجية في الإدارة وبالتالي إعطاء صورة واضحة للمستقبل والإعداد الجيد له.

2- المعوقات البشرية : تعد الموارد البشرية من أبرز العناصر التي تقود مجتمعاتها إلى تحقيق التقدم والرقي في مختلف المجالات إلا أن النقص في عدد الأفراد المؤهلين للتأقلم مع البيئة الرقمية، أصبح أمراً تعاني منه أغلب الدول وبالأخص الدول النامية، ويمكن إدراج هذه المعوقات البشرية كالتالي:

- قلة دراية صناع القرارات بالمنظمات الحكومية بأهمية التكنولوجيا المعلومات والإدارة الإلكترونية.

¹ Nafta, khaldoun, 'Jordane-gouvernement programme', jordan- gouvernement initiative, jordan, septembre 2005, p01.

² Mohammed M.Al.Qasimi, Ahmed S. Mohammed taba, Diagnosis Of Obstacles of the Application Electronic Mangement .Models In Educational Institutos : Exploratory study of the City of Mosul, Revue Rivers. Développent , University.Of Al mosul, Iraq, N° 114, Vol 30,2013, p18-19.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

- النظرة إلى مشروعات الإدارة الإلكترونية من منطلق التكلفة من دون إغارة الفائدة منها الإهتمام الكافي.
- قلة العناصر البشرية المدربة والقادرة على التعامل والتشغيل و الصيانة لهذه التقنية.
- ضعف الوعي الثقافي بتكنولوجيا المعلومات على المستوى الاجتماعي والتنظيمي.
- عدم الثقة في حماية سرية وأمن التعاملات الشخصية.
- ضعف دور الحوافز المادية والمعنوية لتشجيع العاملين في مجال نظم المعلومات الإدارية على التطوير ومتابعة التعليم والتدريب.
- **المعوقات القانونية** : إن تطبيق تقنيات المعلومات والاتصالات قد يواجهه عقبات قانونية وتشريعية، مما يستلزم تحديث القوانين بحيث تتلاءم مع استخدام الوثائق والمعاملات الإلكترونية، ومن الضروري عند مبادرات مشاريع الإدارة الإلكترونية اتخاذ خطوات مسبقة للتأكيد من أن السياسات القائمة تدعم إنشاء الإدارة الإلكترونية لتلافي التعقيدات عند الشروع في التنفيذ ومن هذه المعوقات ما يأتي¹:
- قصور التشريعات والقوانين مثل قواعد الإثبات والمصادقية.
- صعوبة إيجاد بيئة تشريعية وقانونية تناسب تطبيقات العمل الإلكتروني، لما يتطلبه ذلك من جهد ووقت طويل.
- غياب الإدارة التشريعية الفاعلة والداعمة لإحداث نقلة نوعية في التحول نحو الإدارات الإلكترونية وتقديم الدعم التشريعي اللازم لإقناع الجهات الإدارية بضرورة تطبيق التكنولوجيا الحديثة ومواكبة العصر الرقمي.
- عدم وجود بيئة عمل إلكتروني محمية وفق أطر قانونية، تحدد شروط التعامل الإلكتروني مثل غياب تشريعات قانونية تجرم اختراق وتخريب برامج الإدارة الإلكترونية وتحدد عقوبات رادعة لمرتكبيها.
- عدم وجود التشريعات القانونية لاعتماد التوقيع الإلكتروني والتعامل مع البريد الإلكتروني والتحقق من شخصية طالب الخدمة.

¹ Mohammed M.Al.Qasimi, Ahmed S. Mohammed, Ibid, p21.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وعليه من خلال ما تقدم أنفاً نجد أن هذه النقائص هي أبرز معوقات الإدارة الإلكترونية الصحيحة وذلك لشموليتها من خلال ما تتضمنه من محاور مختلفة يمكن أن تعيق تطبيق هذه النماذج والتي بدورها ستقوم بتحويل الإدارة الصحية من النمط التقليدي الى النمط العصري و الذي يحتاج إرادة سياسية وإشراف رسمي في جميع طرق تنفيذه من طرف الوزارة الوصية للصحة.

المطلب الثاني : علاقة الإدارة الإلكترونية بالمرفق الصحي العام

إن المرافق العامة الصحية تلعب دوراً هاماً في المجتمع لكونها تقدم الخدمات الصحية التي تتعلق بها حياة الأفراد، ومن ثم فإن استمرار أداء هذه المرافق في أداء أعمالها بانتظام أو إطراء يمثل أهمية كبرى.

ولهذا ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع، نتناول في الفرع الأول المرفق الصحي العام، وفي الفرع الثاني سنتطرق لأثر نظام الإدارة الإلكترونية على المرفق الصحي العام ، أما الفرع الثالث سنتناول الإدارة الإلكترونية و أفاق ترشيد الخدمة الصحية ، وسنتطرق في الفرع الرابع إلى تأثير الإدارة الإلكترونية على المرفق الصحي العام

الفرع الأول : المرفق الصحي العام

في البداية ينبغي التذكير بأن لفكرة المرفق العام علاقة وثيقة بالقانوني الإداري كفرع من فروع القانون العام، ومن هذا المنطلق فإن المرفق الصحي هو أحد المرافق العامة والتي ذهب جانب من الفقه إلى تعريفها وفقاً للمعيار العضوي على أنها كل منظمة عامة تنشئها الدولة وتخضع لإدارتها بقصد تحقيق حاجات الجمهور، ومن هنا جاز اعتبار كل مرفق الصحة، والقضاء والأمن والدفاع وغيرها مرافق عامة لأنها منظمات أنشأتها الدولة بغرض أداء خدمة للجمهور.

بينما اتجه جانب آخر من الفقه إلى تعريف المرفق العام وفقاً للمعيار الوظيفي أو الموضوعي، إذ يقصد بالمرفق العام بالنظر لهذا المعيار كل نشاط يباشره شخص عام بقصد إشباع حاجة عامة، ومن ثم تخرج عن نطاق هذا التعريف سائر النشاطات الخاصة كما يخرج عنه المشروعات التي تستهدف فقط الربح¹، ولقد أتجه الجانب الراجح من الفقه إلى الجمع بين المعيارين في تعريف المرفق العام. وبناء على

¹ عمار بوضياف، المرجع السابق، ص414.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

المعيار المزدوج يكون المرفق العام هو كل نشاط تطلع به الإدارة بنفسها أو بواسطة أفراد عاديين تحت إشرافها وتوجيهها بقصد إشباع الحاجات العامة¹.

وعلى هذا الأساس فإن المرافق الصحية سواء كانت عبارة عن مراكز جامعية استشفائية (CHU) أو المراكز الإستشفائية (EH) أو المراكز الإستشفائية المتخصصة (EHS)، والمؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) والمؤسسات الصحية الجوارية (EPSP)، بالإضافة إلى العيادات الخاصة التي تسعى إلى إشباع حاجات المرضى.

إذ يمكن تقسيم المرافق العامة من زوايا متعددة سواء من حيث طبيعة نشاطها أو السلطة التي تنشئها أو اختلاف دائرة نشاطها، بحيث يمكن تصنيف المرافق الصحية من حيث هذه الزاوية من المرافق الإدارية والتي سنتطرق لها بشكل مختصر.

• المرافق الإدارية: وهي المرافق التي تؤدي الخدمات المرفقية التقليدية وقد لازمت الدولة منذ زمن طويل وعلى رأسها مرفق الدفاع والأمن والقضاء، ثم الصحة والتعليم، وهذه المرافق عادة تنتم بارتباطها بالجانب السيادي للدولة الأمر الذي يفرض قيامها بهذه النشاطات وأن لا تعهد بها للأفراد بما في ذلك من خطورة كبيرة، إذ وبالرغم من قدم هذا النوع من المرافق إلا أن الفقه لم يهتدي لوضع معيار دقيق يمكن توظيفه والاعتماد عليه لمعرفة هذا النوع من المرافق على الأقل، وتكمن صعوبة وضع معيار في اختلاف نشاطات المرافق ذات الطابع الإداري لذلك ذهب بعض الفقهاء إلى القول أن المرافق الإدارية هي مجموعة المرافق الأخرى وهو ما أطلق عليه بالتحديد السلبي للمرافق².

فهذا الفقيه ديليو بادير يعرفها بأنها " تلك المرافق التي تعتبر مرافق صناعية أو تجارية أو مهنية " وعرفها الدكتور فؤاد مهنا بأنها " المرافق التي يكون نشاطها إدارياً وتخضع في تنظيمها وفي مباشرة نشاطها للقانون الإداري وتستخدم وسائل القانون العام"³.

إلا أنه يلاحظ أن غالبية المرافق الإدارية الصحية وبالخصوص الإستشفائية لا تلقى ميول من طرف الأفراد للنشاط بها، فنجد أن الدولة هي التي تهيم على القطاع الصحي بالجزائر الذي يغلب عليه طابع المجانية من جهة وعدم رضا المريض على الخدمات المقدمة من طرف هذه المؤسسات، ولهذا وجب على الدولة التفكير في التخلي على فكرة أن الصحة من القطاعات السيادية التي لا يمكن أن تفتح

¹ عبد الغني بسيوني عبد الله، النظرية العامة في القانون الإداري، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2003، ص 412.

² عمار بوضياف، المرجع السابق، ص 420.

³ المرجع نفسه، ص 420.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أبوابها للإستثمار بغية تحسين الخدمة الصحية وخلق روح التنافسية التي تفتقد إليها المؤسسات الصحية العمومية، ولهذا يجب على الدولة اعتبار المرافق الصحية المذكورة سابقا مرفق إداري بحيث يستطيع أن يخضع على سبيل الاستثناء لقواعد القانون الخاص وهذا ما ثبت فقها وقضاء، إلا أن هناك من أنصار مدرسة المرفق العام من أعتبر ذلك غير منسجم مع قواعد القانون العام ذاته¹، أو التوجه نحو النوع الثاني من المرافق العامة الاقتصادية لتحسين من جودة الخدمات الصحية.

الفرع الثاني: اثر نظام الإدارة الإلكترونية على المرفق الصحي العام

إن سن قانون واحد يحكم المرافق جميعاً بات أمر من المحال تجسيده في الواقع العلمي بسبب اختلاف طبيعة نشاط كل مرفق، غير أن ذلك لا يمنع من إخضاع لكل المرافق لما فيها المرفق الصحي إلى مبادئ معينة أتفق القضاء بشأنها وأضحت اليوم من المسلمات في نظرية المرافق، وتتمثل هذه المبادئ في مبدأ مساواة المنفعين أما المرفق ومبدأ سير المرفق العام بانتظام وإطراء ومبدأ قابلية المرفق للتغيير والتبديل ، ولكون المرافق العمومية الصحية تلعب دور حيوي بالنسبة للمرضى وذلك في كونها تقدم خدمات صحية للمجتمع، ومن ثم فإن سير المرافق الصحية وفق المبادئ السالفة الذكر يمثل أهمية كبرى.

ولذلك فإننا سوف نبين أثر نظام الإدارة الإلكترونية على تطويع تفسير المبادئ العامة التي تحكم المرافق مع النظام الإلكتروني:

أولاً: مبدأ سير المرافق العامة بانتظام وإطراء :

تؤدي المرافق الصحية العامة دوراً كبيراً داخل المجتمع أياً كان موضوع نشاطها، وهذا يفرض أن تقدم خدماتها للجمهور بشكل مستمر ومتواصل، فلا يمكن أن تتصور مثلاً توقف المستشفى في تقديم الخدمات العلاجية وحتى ولو بالحد الأدنى، أو توقف جهاز القضاء على الفصل في الخصومات و كذلك نفس الشيء بالنسبة لجهاز الأمن ومرفق الدفاع، إن توقف أحد هذه الأجهزة وغيرها سينجم عنه لا شك إلحاق بالغ الضرر بالمصلحة العامة وبحقوق الأفراد، لذا تعين على المشرع وبغرض تحقيق المقصد العام وهو استمرارية نشاط المرفق وقيامه بالخدمات المنوطة به، أن يعد من الآليات القانونية ما يضمن أداء الخدمة وتواترها و انتظامها وعدم انقطاعها.

¹ المرجع نفسه، ص 421.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

فمن حق المنتفع الاستفادة من خدمات المرفق في المكان والزمن والمخصص لذلك، وإذا تعرض المرفق لعوائق تقنية مثلا تحول دون تحقيق عنصر الانتفاع وجب أن يعلم الجمهور بذلك، فإذا إرادة الإدارة الصحية لمستشفى ما تعقيم المصالح الإستشفائية للقضاء على العدوى الإستشفائية وجب أن تعلن الجمهور (المرضى) بذلك وشريطه توفير الحد الأدنى للخدمات في مصلحة الاستعجال.

ويقتضى مبدأ الاستمرارية أكثر المبادئ وزناً لان القرار الإداري كثيرا ما أعتمد عليه، ولأن معظم أحكام ومبادئ القانون الإداري تخص هذا المبدأ ومتفرعة عنه كما سنوضح ذلك لاحقاً¹.

اذ يتفق نظام الادارة الالكترونية مع هذا المبدأ بصورة أكبر من النظام التقليدي حيث يساعد كل من المرضى والمتعاملين مع المستشفى من (مخابر أدوية، وممولين، وشركات مقاولاتية الخاصة بالنظافة والبناء) بحيث يمكن لجميع الفواعل المتعاملين مع المؤسسات الصحية عن طريق المواقع الإلكترونية، والأنظمة الإلكترونية المتطورة الحصول على الخدمة والمعلومات المدققة بكل شفافية، وكل ذلك يساعد المسير في تعاملته مع هؤلاء الفواعل ، بالإضافة إلى إمكانية الرد على استفسارات المواطنين من خلال البريد الإلكتروني، كما يمكن للمريض أن يتعرف على أية فحوصات وأطباء مختصين في أي ولاية بالوطن أو أن يرفع شكواه للوزارة الوصية أو مديرية الصحة أو المؤسسة العمومية الإستشفائية عن طريق البريد الإلكتروني دون تكلف عناء التنقل وتفاذي بيروقراطية الإدارة هذا ويساعد نظام الإدارة الإلكترونية على التخفيف من حدة النتائج المترتبة على مخالفة مبدأ سير المرافق بانتظام واطراد²، حيث يقلل نظام الإدارة الإلكترونية من خطورة إضراب الموظفين، إذ يمكن للموظف من داخل بيته وفي غير أوقات العمل الرسمية أن تؤدي خدماته للجمهور عن طريق البريد الإلكتروني، كما يستطيع الفرد الحصول على شبكة المعلومات ليلاً ونهاراً³.

ثانياً: مبدأ المساواة أمام المرافق العامة :

إن مبدأ المساواة أمام المرافق العامة هو امتداد للمبدأ العام هو مساواة الأفراد أمام القانون، والذي بات يمثل اليوم حقاً من حقوق الإنسان وحقاً دستورياً أعلنت عنه مختلف الدساتير.

¹ المرجع نفسه، ص 444.

² عصام عبد الفتاح مطر، الحكومة الإلكترونية بين النظرية والتطبيق، دار الجامعة الجديدة للنشر والتوزيع، مصر، 2008، ص91.

³ المرجع نفسه، ص92.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

ويترتب على هذا القول نتائج تتمثل في مبادئ فرعية هي المساواة بين المنتفعين من خدمات المرافق والمساواة في الالتحاق بالوظائف العامة¹.

ومما لا شك فيه أن تطبيق هذا النظام يؤكد ويدعم مبدأ المساواة وذلك بصورة كبيرة جدا، بحيث يتم تقديم الخدمة آليا أو إلكترونيا، وهذا من شأنه القضاء على وجود تمييز بين الأفراد في الحصول على الخدمة، ومن ناحية أخرى فإن استخدام هذا النظام يساعد على التخلص والقضاء على حالات المحاباة والوساطة، في تقديم الخدمات، والتي كانت تميز بين الأفراد وفقا لمدى علاقتهم بالموظفين العموميين في المحال الصحي².

ثالثاً: مبدأ قابلية المرافق العامة للتغيير :

إن هذا المبدأ يخدم التحول من الإدارة الصحية التقليدية إلى إدارة الإلكترونية عصرية، بحيث أن المرافق العامة تخضع لقوانين وتنظيمات ، وهذه القوانين و التنظيمات منها ما يحكم المرفق العام من حيث تنظيمه وهيكله، ولا يقتصر التغيير على القواعد المنظمة للمرفق، بل يمتد أيضا لأسلوب إدارته فيجوز تغيير أسلوب الإدارة من الإدارة المباشرة إلى المؤسسة العامة، أو من المؤسسة العامة إلى الشركة المختلطة وللمرفق أيضا أن يفرض رسوما لقاء الخدمات التي يقدمها أو أن يخفض من هذه الرسوم إذ رأى في ذلك مصلحة، ولا يجوز لأي كان الاحتجاج على هذا التغيير³.

ولقد أكد القضاء الإداري في مصير هذا المبدأ بقوله: " من المسلّم قانونا إن لجهة الإدارية سلطة ووضع الأنظمة التي تتولها سيرا منتظما ومنتجا وكذلك لها حق تعديل هذه الأنظمة بما تراه منطبق مع الصالح العام دون أن يكون لأحد من الناس بقيام حق مكتسب في إستمرار نظام معين"⁴.

وعلى هذا الأساس فإن الإدارة الإلكترونية من خلال هذا المبدأ تكتسب مشروعيتها في تغيير نمط الإدارة أو الأسلوب المنتهج وتحويله إلى نمط عصري يساعد مصالح الناس، بحيث بإمكان الإدارة الصحية أن تنتهج مثلا نظام الدفع الإلكتروني عن طريق الهواتف النقالة أو البطاقة بالنسبة للرسوم وتسديد الفواتير

¹ المرجع نفسه، ص438.

² شلالى عبد القادر، قاشي علال، الحكومة الإلكترونية عوامل البناء والمعوقات في الجزائر، مداخلة ضمن أشغال اليومين الدراسيين حول: مستقبل الحكومة الإلكترونية في الجزائر، كلية الحقوق السياسية، جامعة البليدة، يوم 27/03/2014، ص10.

³ عمار بوضياف، المرجع السابق، ص455.

⁴ سليمان محمد الطماوي، الأسس العامة للعقود الإدارية، القاهرة، دار الفكر العربي، الطبعة الخامسة، 1991، ص184.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

للمتعاملين مع المرفق الصحي لتحسين الخدمة الصحية و اختصار الوقت والجهد ، وكذلك بإمكانها تغيير نمط دخول المرضى للمستشفى ليكون عن طريق البطاقة الإلكترونية تحتوي على جميع المعلومات الخاصة بالمرضى من تاريخ دخوله إلى غاية خروجه التي بدورها تساعد طبيب العائلة في تشخيص مريضه وهذا ما يتماشى مع أسلوب النهج التعاقدى الذي تم التفصيل فيه سابقا.

الفرع الثالث : الإدارة الإلكترونية و أفاق ترشيد الخدمة الصحية

يتفاوت تنفيذ الحكومة الإلكترونية بين دول العالم وتشير الإحصاءات أن الغالبية العظمى من الدول وحكوماتها تتعامل بدرجات متفاوتة مع وسائل الحكومة الإلكترونية، وحسب دراسة أعدتها الشبكة الإلكترونية للإدارة العامة والمالية التابعة للأمم المتحدة في عام 2002 تملك 169 دولة (89%) من مجموع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة البالغ من 190 مواقع حكومية لحكوماتها، وتملك 36 دولة (17%) مدخلاً موحداً لجميع التطبيقات الحكومية، وقد طبقت المؤسسات الحكومية في الدول الأوربية والولايات المتحدة الأمريكية الإدارية الإلكترونية ، حيث أن معظم المعاملات الإدارية تؤدي بالفعل من خلال شبكة اتصالات وحواسيب التي وفرت التكاليف الباهظة، مما يعني تأدية أكثر بقوة قليلة ومحدودة¹.

إن ترشيد الخدمة العمومية، يدفع إلى ضرورة اعتماد مبدأ عمل مراكز خدمة المواطن " الذي يبني على وجود مراكز قادرة على الاتصال بكافة الإدارات، تستطيع بالنيابة على المواطن متابعة كافة معاملاته، بما في تلك المعاملات التي تتم عبر أكثر من إدارة واحدة، حيث لا يضطر المواطن إلى الانتقال من إدارة إلى أخرى لمتابعة معاملاته"².

إذ مع ازدياد اعتماد المؤسسات الحكومية على أنظمة المعلوماتية، خاصة مع ظهور شبكة الانترنت وظهور خدمات المواقع الإلكترونية، والبريد الإلكتروني على مستوى الدوائر الحكومية، أصبحت خدمة المواطن تتم من خلال المواقع، الذي يخزن الطلبات في أنظمة الحاسوب المبرمجة مسبقاً لقبول الطلب، وإرجاع نتائج العمل، ومن ثم يتم تحويل خلاصة التعامل بين العميل وجهاز الحاسوب إلى موظف الدائرة الحكومية، الذي أصبح بعيد تماماً عن العملية الإجرائية المباشرة³.

¹ سحر قدوري، الحكومة الإلكترونية وسبل تطبيقها، مدخل إستراتيجي، المرجع السابق، ص223.

² ليان قطيني، تطبيقات الحكومة الإلكترونية في مراكز خدمة المواطن، مؤتمر الشام الدولي الثالث للمعلوماتية، سوريا، سبتمبر، 2006، ص01.

³ "E-Government, What is potential.loss.of.aving?AFeqsibilit study (1)", eall, Doubai, Issue N°1,nov2003,P08.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

مما سبق يمكن القول أن أثر تطبيق الإدارة الإلكترونية على أفاق ترشيد الخدمة العمومية الصحية يرتكز على وجوب تحقيق العناصر الآتية :

• **مردودية الخدمة :** حيث يتعلق الأمر بمدى مردودية مشاريع الخدمة والذي يمكن قياسها من خلال لوحة القيادة بالمؤسسات الصحية الإستشفائية، ومختلف إسهاماتها في إعادة ترتيب الخدمة المقدمة للمرضى، و ما هي فوائد تطبيق هذا النموذج من الخدمات على واقع الجهاز البيروقراطي، وهل حقيقة تم الوصول إلى كسب رضا المواطن، وثقته بمؤسسات الخدمات الصحية العامة.

• **تقليص تكاليف الخدمات الصحية:** من خلال الاتصال عبر الخط دون الانتقال، والتواصل للخدمة من خلال النوافذ يتيح تخفيض التكاليف، الناتج عن التنقل الإلكتروني بين بوابات الخدمة العمومية.

الدقة: تشير الدقة وفق نموذج الإدارة الإلكترونية للخدمات، إلى إنجاز الأعمال وفق مقاييس مضبوطة تحدد من خلال أنظمة معالجة معلوماتية، بشكل يحدد من الأخطاء الإدارية، ويمنع التجاوزات أثناء تقديم الخدمة الصحية¹.

• **سهولة المحاسبة ووضوح الخدمة:** انطلاقاً من توظيف تكنولوجيا المعلومات بشكل كامل في أداء الخدمة الصحية العمومية، يؤدي ذلك إلى إمكانية المحاسبة، على كل جزئيات تلك المهام والأنشطة من خلال وجود النشر الإلكتروني لكل مراحل الخدمة، إذ لا مجال لإخفاء المعاملات، ولا فرصة للاستئثار بخدمة جهات دون أخرى، فالمصلحة تصبح عامة ما دامت الخدمة عامة².

و لمسايرة التطورات الحديثة للتكنولوجيا فقد صدر قرار وزاري مشترك الذي يحدد كيفية تطبيق النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية الصحية وكذا قائمة المؤسسات المعنية بتنفيذ هذا النظام³، وطبقاً للمادة الثالثة (03) من هذا القرار نصت كالآتي: "يتضمن النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير ثلاث (03) محاسبات وهي محاسبة عامة تحترم قواعد محاسبة السنة المالية وتسمح، لاسيما بالحصول على معرفة دقيقة حول قيمة وتغيير الذمة المالية للمؤسسة العمومية للصحة، ومحاسبة موازنة

¹ عشور عبد الكريم، المرجع السابق، ص66.

² المرجع نفسه، ص 66.

³ قرار وزاري مشترك، المؤرخ في 30 نوفمبر 2014، الذي يحدد كيفية تطبيق النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية الصحية وكذا قائمة المؤسسات المعنية بتنفيذ هذا النظام، ج ر ج ج، رقم 01، المؤرخ في 07 جانفي 2015، ص33.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

تفيد تنفيذ نفقات الموازنة في الوقت الذي تدفع فيه، وتنفيذ الإيرادات في الوقت الذي تحصل فيه ومحاسبة تحليلية تسمح بحساب مختلف المستويات في المؤسسة العمومية للصحة، إذ يتضمن النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير حسب نص المادة الرابعة (04)، الوثائق المتمثلة في دفتر المستعمل بين تنظيم ووظائف مختلف مواد النظام ودفتر المحاسبة الإستشفائية الذي يعرض قائمة حسابات المخطط المحاسبي الإستشفائي وسيرها.

ومن خلال هذا القرار نستنتج أن الوزارة تهىء موظفي قطاع الصحة للولوج في تطبيق النهج التعاقدية المبني على الإدارة الإلكترونية و الشفافية في المعاملات.

أما بالنسبة لتحديد نظام التسيير في الموارد البشرية في قطاع الصحة فقد وضعت اتفاقية إطار رقم 01 سنة 2016 حول اتفاقية تشمل نظام معلومات حول الموارد البشرية يدعي بـ " SIR " (أنظر الملحق)

بحيث يحتوي هذا النظام على جميع المعلومات الخاصة بالموظفين بقطاع الصحة (معلومات شخصية، مؤهلات تكوينات جديدة ، سنوات الخبرة، الترقبات،... إلخ)، وهو نظام متاح للإطلاع عليه من طرف مدير المؤسسة ومدير الصحة ومدير الموارد البشرية بوزارة الصحة و وزير الصحة، بحيث يسهل عملية الرقابة فيما يخص المسار المهني للموظف ومعرفة نقائص المؤسسات من الموارد البشرية ويسمح باختيار الكفاءات في التسيير الصحي.

وفي هذا السياق أدى وجود الحاسب واستخداماته في عمليات تشغيل البيانات إلى اختفاء بعض مشاكل الرقابة الداخلية الهامة، التي كانت تحوز على اهتمام كبير في الأنظمة اليدوية ، حيث أصبحت من المزايا التي تقدمها تلك الحواسيب هي تحقيق الدقة مقارنة بالعنصر البشري، الثبات والذي يعني تنفيذ تعليمات البرنامج في جميع الأحوال (Consistency)، الحافز (Motivation) فالألة صماء ليس لديها أي إحساس كي تقوم بالسرقة أو الاختلاس ، كما لا يوجد للحاسب مصلحة شخصية بعكس الموظف¹.

يمكن القول أن مفهوم تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لفئة المرضى تأخذ معاني وأبعاد جديدة تبعاً للتطورات القانونية والاقتصادية العالمية والمحلية، ففي ظل الظروف الصعبة التي يشهدها القطاع الصحي، أصبح الاهتمام بالغا بمفهوم حكمة الخدمة العمومية الصحية، التي تترجم سياسة الإدارة العامة، وتفاعلاتها في إطار إقامة حكمة صحية على مستوى المنظمات الصحية والمؤسسات الإستشفائية العمومية، وما أصبح يعرف بالخدمات العامة الإلكترونية، التي يطرحها بديل الإدارة الإلكترونية، كآلية

¹ محمد عبد الفتاح حافظ، الإدارة الإلكترونية للموارد، الإسكندرية، دار الفتح للتجليد الفني، 2008، ص ص 288، 289.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أثبتت نجا عتها في خلق نمط جديد من الخدمات الصحية العمومية، والتي بإمكانها أن تدعم عناصر النزاهة، الشفافية، العدالة، سرعة الاستجابة لحاجيات المرضى والاهتمام بالمواطن الذي يمثل محور التنمية الصحية.

الفرع الرابع : تأثير الإدارة الإلكترونية على المرفق الصحي العام

* تأثير الإدارة الإلكترونية على اتخاذ القرارات الإدارية داخل المرفق الصحي العام: لقد أصبح اليوم من الضروري على الإدارة التخلي على النمط القديم في اتخاذ القرار الذي يحمل في طياته جملة من السلبيات و انتهاج النمط الجديد، أي اتخاذ القرارات الإدارية في ظل الإدارة الإلكترونية لتفادي الأخطاء وريح الوقت.

ومن المسلم به في مجال الإدارة الصحية أنه لا يمكن تحقيق تطور أو تنمية بدون قرارات، ولا يمكن إصدار قرارات بدون أن تكون هناك معلومات وبيانات كافية عن الموضوع محل القرار، وأنه بقدر ما تكون هذه البيانات والمعلومات صحيحة ومطابقة لواقع وطبيعة النشاطات التي تجرى داخل المرفق الصحي، فإن القرار الإداري يكون على قدر كبير من الكفاءة¹، وللاإدارة الإلكترونية تأثير كبير في عملية صنع القرار الإداري داخل المرفق الصحي العام من خلال عملية التخطيط الإلكتروني الذي يعني تحديد ما يراد عمله أنيا ومستقبلا باعتماد على تدفق معلوماتي من داخل وخارج المؤسسة ويتعاون مشترك بين القمة والقاعدة²، كما يساعد صناع القرار على التعرف على كافة الإمكانيات المتاحة داخل المرفق العام.

ويتيح نظام الإدارة الإلكترونية للأفراد التدخل في إصدار القرارات الإدارية، حيث أنه من خلال انتشار مراكز المعلومات يستطيع الأفراد المتعاملين مع الإدارة إلى تنبيه الإدارة إلى وقوع بعض الأخطاء في المراحل الأولى للقرار، ومن ثم تقوم الإدارة بتلاقي هذه الأخطاء قبل إصدار القرار، أما إذا اقتضت مشاركة الجمهور على التعقيب على القرار الإداري بعد صدوره وذلك عن طريق النقد أو الشكوى، فإن الإدارة تراعي هذه الملاحظات بالنسبة للقرارات التي ستصدر بخصوص الموضوعات مستقبلا³.

* تأثير الإدارة الإلكترونية على موظفي المرفق الصحي العام: تعتبر عملية التوظيف في المؤسسات الصحية من أهم الأنشطة التي يقوم عليها المرفق العمومي الصحية من جهة والمحرك الأساسي لتقديم

¹ عصام عبد الفتاح مطر، المرجع السابق، ص91.

² موسى عبد الناصر، محمد قريشي، مساهمة الإدارة الإلكترونية في تطوير العمل الإداري بمؤسسات التعليم العالي، العدد 09، مجلة البحث، جامعة بسكرة ، 2011، ص 92.

³ عصام عبد الفتاح مطر، المرجع السابق، ص90.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الخدمة الصحية بجودة عالية عن طريق كفاءات متنوعة المهام لكون المؤسسة الصحية عملية مركبة ومعقدة غير بسيطة يتطلب لسيرها مورد بشري مؤهل مثل (طاقم طبي جيد، طاقم تمريضي جيد، وطاقم إداري كفاء) ولنجاح عملية التوظيف لا بد من الاعتماد على المبادئ الأساسية للتوظيف والتي نص عليها الأمر 03-06 المتعلق بالوظيفة العمومية والتي تتمثل في مبدأ الكفاءة ومبدأ تكافؤ الفرص ومبدأ الحياد و الموضوعية.

إذ يعتبر العنصر البشري إحدى الميكانيزمات اللازمة لتحقيق أثر الإدارة العامة الإلكترونية على أعمال الموظفين، فالمؤسسات الصحية تسعى من خلال هذا المورد البشري المتحكم في التقنيات الحديثة لتحقيق الكفاءة والفعالية وترقية الخدمة الصحية.

كما يساهم نظام الإدارة الإلكترونية بالمؤسسات الصحية في تسهيل عملية مراقبة نشاط الموظفين العموميين من طرف الوصايا أو جهات عدم التركيز أو اللامركزية (مدير المؤسسة)، فإذا كنا بصدد قرار تأديبي فعلى المدير أن يلاءم من خلال المعلومات والبيانات المتاحة له في الحاسوب عن طريق النظام الإلكتروني بين السبب والأثر الذي يترتب عنه القرار من بين البدائل القانونية المتاحة إليه، أما إذا كنا بصدد قرار ترقية، فإن عليه أن يتأكد توافر الشروط القانونية في الموظف للترقية في الرتبة الأعلى منها من خلال إجراء تقييم حسابي إلكتروني لكافة الملفات المتعلقة بالموظفين المطلوب ترقية، بحيث يساهم النظام الإلكتروني في ربح الوقت والوصول إلى قرار سليم قائم على أساس المعلومات وبيانات واقعية لإدخال المحاباة أو الوساطة فيها، بالإضافة إلى هذا فإن النظام الإلكتروني يسمح بالشفافية وعملية المراقبة الآنية.

ولهذا فقد خصص نظام إلكتروني خاص بالمؤسسات الصحية الجزائرية يحتوي على جميع الأنشطة المتعلقة بالموارد البشرية (Rh santé.dz) ولقد لاقى مردود إيجابي كبير فيما يخص تسيير المورد البشري، إلا أنه يحمل بعض النقائص بحيث لم تدرج به عمليات التوظيف، والمخططات السنوية للموارد البشرية، وعمليات توزيع الأطباء المتخصصين حسب الاحتياجات، إذ لحد اليوم توزع عن طريق مديرية الصحة مما يؤدي إلى المحاباة والوساطة ويغلب على عملية التوزيع ونقل الأطباء المختصين الطابع السياسي.

المطلب الثالث : تجربة الإدارة الإلكترونية الصحية بالجزائرية

لقد توجهت الجزائر في السنوات المؤخرة نحو الولوج في عصر المعلومات والتكنولوجيا الحديثة ومواكبة التطورات الحاصلة لترقية أنشطة المؤسسات الحكومية، ومنظمات الخدمة العامة، ولكون القطاع الصحي بالجزائر عانى تدهور كبير بسبب غياب تكنولوجيا المعلومات في أنظمتها الخدمية، مما جعلها تفكر في تكثيف الجهود بغية التجسيد الفعلي للتحويل نحو الإدارة الإلكترونية، ومن ثم الخدمات العامة الإلكترونية، بحثاً عن سبل تحسين الخدمة الصحية في إطار ترشيد الخدمة العمومية .

ولهذا فقد اولت الوزارة الوصية أهمية كبيرة لادخال أنظمة الكترونية متنوعة للولوج الى الادارة الكترونية، تهدف بالارتقاء بمستوى الخدمة الصحية للمرضى.

ولهذا ارتأينا تقسيم هذا المطلب إلى أربعة فروع ، نتناول في الأول إرهابات التحول الإلكتروني في الجزائر، أما الفرع الثاني فسننتاول فيه ضرورة إشراك القطاع الخاص في مبادرة الإدارة الإلكترونية الصحية وفي الفرع الثالث سنبين فيه الخدمات الصحية الإلكترونية ، أما الفرع الرابع سننتطرق فيه الأنظمة الإلكترونية الصحية بالجزائر .

الفرع الأول: إرهابات التحول الإلكتروني في الجزائر

ينطوي واقع الإدارة الصحية الجزائرية على العديد من النقائص والاختلاف من الناحية التنظيمية وبالخصوص القانونية، وهو ما يشكل حاجزاً أمام التحسين من الخدمات الصحية المقدمة للمرضى الشيء الذي يستدعي إعادة النظر في نمط التسيير، من خلال إعداد كوادرات قادرة على التسيير العصري المواكب لتكنولوجيا المعلومات، وتبني إستراتيجية واضحة للتخلص من معاناة المرضى، والتسيير التقليدي، الذي أفرز العديد من الممارسات السياسية كالمحاباة في الوسط الإداري والرشوة واختلاس الممتلكات العمومية وغيرها من مظاهر الفساد الإداري داخل المؤسسات الصحية، خاصة أمام ارتفاع المستوى الثقافي للشعوب وازدياد وعيهم بمشاكلهم وحاجاتهم الصحية، و ارتفاع عدد نداءات المنظمات والجمعيات بضرورة تحقيق الجودة والشفافية وسرعة الأداء كإحدى أسس الحكامة الصحية.

لقد أصبح اليوم من الضروري انتهاج الإدارة الإلكترونية للخروج من النمط التقليدي للإدارة العمومية من أجل الارتقاء بالخدمات الصحية المقدمة للمرتفقين ، إذا تتطلب تقنين جميع الخطوات التي تهدف لعصرنة الإدارة الصحية، وتكوين عالي في مجال الموارد البشرية، لهذا فإن الإدارة الحديثة أصبحت اليوم تعتمد على استخدام الأسلوب العلمي في حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات واستخدام الحوافز لزيادة سرعة

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

العمل، واستخدام طرق علمية حديثة لدراسة الوقت والحركة وضبط أحسن الطرق لأداء الأعمال وتوحيد الإجراءات، والاستعانة بالخبراء لتوفير الجو المناسب في محيط العمل، من خلال ما يسمى بالإدارة الإلكترونية التي ظهرت كمشروع كبير لتحديث وتطوير الإدارة في المجالات الصحية والاقتصادية والاجتماعية والإدارية¹.

حيث عملت الجزائر على الاستفادة من خدمات شبكة الانترنت في مارس من عام 1994 عن طريق مركز البحث العلمي والتقني (Center de Recherche et D'information Scientifique et Technique)، الذي تم إنشاؤه من طرف وزارة التعليم العالي والبحث العلمي في مارس 1986، وكان من مهامه الأساسية إقامة شبكة وطنية وربطها بشبكات إقليمية ودولية.

وقد جاء الربط بين الجزائر وإيطاليا ضمن مشروع تعاون مع منظمة اليونسكو لإقامة شبكة معلوماتية في إفريقيا (RINAf) (Réseau d'information African) تمثل الجزائر النقطة المحورية للشبكة في شمال أفريقيا².

كما قدر عدد الهيئات المشتركة في الانترنت سنة 1996 حوالي 130 هيئة وفي سنة 1999، أي بعد خمس سنوات من دخول الانترنت إلى الجزائر بلغ عدد المشتركين في الشبكة 800 هيئة، منها 100 هيئة في القطاع الجامعي، 350 القطاع الطبي، 500 في القطاع الاقتصادي، و 150 في القطاعات الأخرى حيث عرفت الجزائر في هذه الفترة بمواضيعها في نسبة الاستعمالات واشتراكات الأفراد في الانترنت، وهذا ما يمكن تسجيل العكس منه لدى المؤسسات، مثل مقاهي الانترنت والمؤسسات العامة بسبب ارتفاع تكاليف الربط بالشبكة.

¹ محمد بن اعراب، " تجربة الإدارة الإلكترونية في الجزائر بين مقتضيات الشفافية وتجويد الخدمة وإشكالية التخلص من منطلق التسيير التقليدي "، العدد 19، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة سطيف 2، الجزائر، 2015، ص 58.

² إبراهيم بختي، " الانترنت في الجزائر "، العدد 01، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، 2002، ص 31.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وفي طار تطوير شبكة إقامة خدمات الإنترنت واستغلالها تم إصدار المرسوم التنفيذي رقم 98-257¹ والمعدل بمرسوم تنفيذي آخر تحت رقم 2000-307 والمتعلق بضبط شروط وكيفية إقامة خدمات الانترنت واستغلالها².

إن الجزائر قد سعت من خلال توسيع شبكة الربط بالانترنت وتنظيم استغلالها ومحاولة تطوير شبكة إقامة الخدمات باعتبارها أهم شرط لتوفير البيئة الملائمة للولوج في تطبيق تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتي بدورها تشكل خارطة طريق جديدة للتوجه نحو استغلال التكنولوجيا في الإدارات العمومية لتحسين الخدمة العامة والارتقاء بها.

الفرع الثاني: إشراك القطاع الخاص في مبادرة الإدارة الإلكترونية الصحية

يعتمد برنامج الإدارة الإلكترونية اعتماداً كبيراً على القطاع الخاص في تنفيذ خطته والوصول إلى أهدافه فالقطاع الخاص يعتبر شريكاً حقيقياً في تطبيق الإدارة الإلكترونية، وذلك لكون هذا الأخير مستخدم فعال لمفاهيم الإدارة الإلكترونية ومطور لتطبيقات الإدارة الإلكترونية ومنفذ لمشاريع الإدارة الإلكترونية.

وبالتالي تدعو جهات إلى وجود خلق شراكة بين القطاعين العام و الخاص لتنفيذ برنامج الجزائر الإلكترونية 2018، بحكم أن الدولة أو القطاع العام يفتقد القدرة على تنفيذ الإستراتيجية منفرداً ويمكن هنا الإستشهاد بالنموذج الماليزي في الحكومة الإلكترونية، الذي حاول الإنطلاق وبناء علاقات الشراكة بين القطاع الحكومي و القطاع الخاص والحصول على خدمات إستشارية خارجية، الأمر الذي مكنه من توفير 3.2 مليون دولار في معاملات الترخيص وما يزيد عن ثماني ملايين دولار في نفقات التنفيذ إضافة إلى تخفيض كلفة التشبيك بنسبة 65 % أو كلفة المعاملات الحكومية بنسبة 80%³.

ولمعرفة دور مشاركة القطاع الخاص في بناء الإدارة الإلكترونية بالجزائر، يمكن القول أنه وبالرغم من أن الجزائر ما تزال بعيدة عن هذا الواقع، فإن هناك بعض التوجهات التي يمكن أن تصنف ضمن فتح

¹ المرسوم التنفيذي رقم 98-257، المؤرخ في 25 أوت 1998 والمتعلق بضبط شروط وكيفية إقامة خدمات الانترنت واستغلالها، ج ر ج ج، المؤرخة في 25 أوت 1998 رقم 63، ص 05.

² المرسوم التنفيذي رقم 2000-307، المؤرخ في 14 أكتوبر 2000 والمتعلق بضبط شروط وكيفية إقامة خدمات الانترنت واستغلالها، ج ر ج ج، المؤرخة في 14 أكتوبر 2000، رقم 60، ص 15.

³ Kamel ben kadi, " E-Algérie 2013 : Partenariat public-privé autour.d'un programme L'Etat n'a pas. La capacité pour mettre en œuvre. Le programme.e-Algérie 2013", disponible sur : http://www.elatan.com/e-algerie-2013,partenariat-public,page_web_consultee-28/11/2016.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

المجال أمام القطاع الخاص، لدعم التحول الإلكتروني بوجه عام والإدارة الإلكترونية على وجه التحديد وبالرجوع إلى القانون الصادر سنة 2000 الذي يخص قطاع الاتصالات في الجزائر، يلاحظ فتح المجال لأول مرة وإعطاء حق للقطاع الخاص في تقديم خدمات الإتصالات، وهو ما أنهى مرحلة إحتكار القطاع العام لسوق الإتصالات في الهاتف النقال، والسماح لمشاركين آخرين بالدخول في تنشيط سوق الإتصالات¹.

لقد أصبح اليوم من الضروري على الدولة الإستثمار في مجال الإدارة الإلكترونية الصحية والدخول في شراكة جادة وفعالة مع القطاع الخاص كون هذا الأخير له القدرة على إيجاد البنية التحتية والتقنية لتكنولوجيا المعلومات والإتصال والتي تمثل عنصراً بالغ الأهمية في مشروع الإدارة الإلكترونية شريطة تقنين كل المعاملات مع هذا القطاع ورصد مبالغ مالية هامة لإنجاح هذه العملية بالإضافة إلى تكوين المورد البشري المستعمل للتكنولوجيا داخل المؤسسات الصحية لحساسية القطاع الصحي .

ولعل من أهم المعوقات التي تواجه القطاع الخاص بالجزائر في إبرام العقود مع المؤسسات الصحية هي عدم وجود شفافية في إختيار المتعاملين لتطوير الإدارة الإلكترونية في القطاع نتيجة صفقات مشبوهة مآلها الزوال وعدم النجاح.

والجدير بالذكر تجربة الدولة البلطيقية (استونيا) الحديثة، ففي عام 2005، حدث تحالف بين مؤسسات القطاع الخاص و مؤسسات الدولة ذات الصلة بالصحة لتدشين وإطلاق مؤسسة الصحة الإلكترونية الإستونية، وقد وضعت المؤسسة لنظام السجل الإلكتروني المركزي من خلال ربطه بشبكة الهوية الإلكترونية للبلاد، و قد لاقت الهوية الإلكترونية، وهي تحديد وإعطاء رقم فريد وخاص لكل مواطن وفقاً للقانون، قبولا واسعاً، كما تم إعطاء الرعايا الأجانب أيضا ما يسمى ببطاقات هوية إلكترونية وهو ما خفف وسهل العديد من المسائل و القضايا المستشيرية في تقديم الخدمات الصحية الإلكترونية الإستهلاكية في إستونيا، أما في دول العالم النامي ومن بينها الجزائر، فإن عدم وجود بنية تحتية إلكترونية قد يشكل عبئا على وجود نظام حفظ السجلات رقمي فعال.

فإذا كنت مريضا إستونيا وبحاجة إلى وصفة طبية، فإن طبيبك يمكنه إرسالها إلى النظام المركزي، وعلماً أن أي صيدلاني في البلاد يمكنه أن يصرف لك الدواء، ويقوم الصيدلاني بإدخال هذه المعطيات على الحاسوب الخاص به، بها ويتم إرسالها مرة أخرى إلى النظام المركزي، وتقوم شركة التأمين بإستلام

¹ عشور عبد الكريم، المرجع السابق، ص 163.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الفاتورة، وهو ما يوفر خطوة قيام المريض بإعطاء الفاتورة لشركة التأمين، وبإمكان المرضى الإطلاع على جميع المعلومات ومعرفتها، وكذلك جميع سجلاتهم الشخصية، عن طريق بوابة المريض الإلكترونية وهي بوابة تفاعلية على شبكة الأنترنت تم تدشينها وإطلاقها في عام 2008 ويمكن الدخول عليها عن طريق بطاقات الهوية الخاصة بهم ورقم سري وسؤال أمني¹.

الفرع الثالث : الخدمات الصحية الإلكترونية

إن إدخال تقنية الإدارة الإلكترونية على نطاق واسع في مجال الرعاية الصحية جزأ لا يتجزأ من إدارة المعلومات الصحية فالإدارة الإلكترونية الصحية " e-management " هي بكل بساطة الانتقال من إنجاز المعاملات وتقديم الخدمات العامة من الطريقة التقليدية اليدوية إلى الشكل الإلكتروني من أجل إستخدام أمثل للوقت والمال والجهد وبمعنى آخر، فالإدارة الإلكترونية الصحية هي المعاملات الإدارية وتقديم الخدمات العامة عبر شبكة الأنترنت أو الأنترنت بدون أن يضطر العملاء من الإنتقال إلى الإدارات شخصيا لانجاز معاملاتهم مع ما يتوافق من إهدار للوقت والجهد والطاقات²، وعلى هذا الأساس فالتحدي الرئيسي هو التأكد من أن خيارات الصحة الإلكترونية تستعمل على الوجه، الأكمل وبطريقة منسقة، بغية التحقق من الحصول على الأثار الموجودة، ومن أن الموارد لا توجه بعيداً عن الإحتياجات الأساسية بالإضافة إلى أن نشر الوعي بأهمية تقنية المعلومات الصحية تلعب دور فعال في رفع كفاءة الأداء وتحسين جودة ونوعية الخدمات الصحية و الاستخدام الأمثل للموارد في القطاعات الصحية.

وباعتبار أن الصحة الإلكترونية هي أحد أنماط الإدارة الإلكترونية المعاصر، من خلال إدارة القطاع العام و المساهمة في تقديم إحصائيات دقيقة ، إذ تقوم الصحة الإلكترونية بتوفير الإستشارات والخدمات والمعلومات الطبية إلى المريض عبر الوسائل الإلكترونية من جهة، وإدارة شؤون عمال القطاع من جهة أخرى، وعليه فإن من أبرز وأهم ميادين ومجالات الصحة الإلكترونية ما يلي³:

¹ www.who.int/bulletin/volumes/90/5/12-030512/ar/

² العوض أحمد محمد الحسن، الإدارة الإلكترونية: المفاهيم-السمات-العناصر (دراسة وثائقية)، المؤتمر العالمي الأول للإدارة الإلكترونية: تواصل خلاق مع طفرة الإتصال والمعلومات في عالمنا المعاصر، المركز القومي للبحوث الخرطوم، الجماهير العظمى- طرابلس، يومي 1-4 جوان 2010، ص 04.

³ الموسوعة الحرة ويكيبيديا، أطلع عليه 2016/12/31.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

أ- **المستشفى الافتراضي على الإنترنت:** إن إنشاء مواقع إلكترونية للمستشفيات الطبية وربطها بالأجهزة والهواتف الذكية ويتم من خلالها توفير المعلومات الخاصة بالأطباء والخدمات الطبية المقدمة وأخبار المراجع بالمواعيد ومسالة تأجيلها أو إلغائها بالإضافة إلى ربطها بموقع التواصل، بالإضافة إلى تمكين المراجع من أن يختار الطبيب المعالج من خلال قاعدة البيانات والمعلومات الموجودة، لضمان الاستفادة من الأطباء أصحاب التخصصات النادرة من أي مكان في المدينة وفي أي وقت وتمكين المراجع من مراسلة طبية في أي مكان وفي أي وقت لتشخيص حالته من خلال قاعدة المعلومات.

البطاقة الرقمية أو المراجع التي تحتوي على شريحة ذكية: تتميز هذه البطاقة الرقمية بالخصوص لكل مواطن إلى جانب تقنية المراجع التي تحتوي على شرائح ذكية تضم تاريخه ومشاكله ونوع وفصيلة الدم والأشعة والتحليل الخاصة بحالته الصحية، كما يمكن الاستفادة منها في حجز المواعيد ومراجعات المرضى فبدلاً أن يظل المرضى من كبار السن والمتبعين في ردهات المستشفى، إضافة إلى أنه يجب أن يكون هناك تشخيصاً للمريض من قبل الطبيب عن بعد من خلال التقنية عند تمرير البطاقة وتحديدًا في العروض الصحية والتي تكون من الدرجة الثانية أو المراجعات العادية التي تحتاج الكشف المباشر حتى يكون بإمكان الطبيب المعالج من خلال الدخول على ملف المريض الإلكتروني فحص الحالة و تشخيصها مبدئياً و إتخاذ القرار بشأنها، وبذلك توفر الوقت والجهد والزمن على الطبيب والمريض.

ب- **الملف الطبي الإلكتروني الموحد :** يكون هناك ملف طبي موحد لكل مواطن ومقيم بحيث يتم ربط السجل الطبي ويمكن لأي جهة طبية أخذ نسخة من الملف الطبي لمتابعة سجل المريض والعلاجات المقدمة في الجهات الطبية الأخرى.

ت- **الصيدلية الذكية:** غالباً ما يواجهنا حدوث أن شخص يبحث على أحد الأدوية في أكثر من صيدلية ويكون الدواء غير موجود أو نافذ أساسياً، والحل هو وضع موقع للصيدلية ووضع أسماء الأدوية الموجودة وربطها بالموقع المشترك بحيث أنه عندما ينقص أي دواء أو يتم شرائه فقط بمسح الباركود على الدواء يربط نفسه أوتوماتيكياً بالموقع ويحذف من الموقع وبهذه الحركة يتم توفير الوقت والجهد.

ث- **التطبيب الإلكتروني :** أو ما يعرف بالتطبيب عن بعد، وهو شكل من الأشكال الطبية يعتمد على استخدام تقنيات الإتصال المتطورة لتبادل المعلومات الصحيحة وتقديم الرعاية الصحية، وهذا بغض النظر عن الحواجز الزمنية والجغرافية. إذ ينقسم التطبيب عن بعد من حيث النقل إلى نوعية.

1- **نقل متزامن :** حيث يكون الإتصال والتفاعل في الوقت الحقيقي بين الطبيب من جهة ومريضه من الجهة الأخرى.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

2- النقل اللامتزامن: حيث أن المريض يقوم بنقل وتوصيل أو توفير المادة الطبية بواسطة الفيديو الكمبيوتر أو أي وسيلة أخرى ويتلقى أو يحصل على الرد من الطبيب في وقت لاحق.

ومن أهم فوائد التطبيب الإلكتروني نجد مايلي:

- تعدد وسائل الشرح قد تزايد من تحسين الرعاية الصحية.
- تقليل نفقات انتقال المريض إلى أماكن متخصصة بعيدة.
- التواصل بين المريض والطبيب ما يوفر أكبر قدر من الراحة للمريض.
- التقليل من متاعب سفر المريض إلى المدن الكبيرة و الانتقال لمسافات بعيدة بما يضر بصحته.
- إمكانية تطوير مبادئ الرعاية الصحية بشكل اسرع فيعزز التعاون الطبي وتقاسم المعلومات والخبرات المتخصصة.

ومن أبرز الخدمات الخدمات التي يقدمها التطبيب عن بعد :

- Télé-consultati: هي الخدمة الخاصة بالإستشارات الطبية عن بعد.
- Télé-surveillance: هي المراقبة الطبية عن بعد مسافة معينة.
- Télé-urgence: هي الإجابة الطبية في إطار تنظيم الطوارئ.

ج - التعليم الإلكتروني : بحيث يساهم التعليم الإلكتروني بفعالية في عملية التكوين المتواصل في مجال الصحة.

ح -السجلات الطبية: عرف موغلي أحد الأطباء السجلات الطبية على أنها " الإدارة المسؤولة عن ملفات المرضى وإعداد الإحصائيات والفهرسة وتصنيف المعلومات اللازمة لتقييم الخدمات المقدمة للمرضى كما وكيفا"، وعليه يمكن تعريف السجلات الطبية على أنها مجموعة التقارير والنماذج الخاصة بالمرضى وهي نوعان:

- سجلات الرعاية التمريضية.
- سجلات إدارية.

الفرع الرابع : الأنظمة الإلكترونية الصحية بالجزائر.

وفي خضم هذه التطورات العالمية في المجال الصحي والتي تهدف إلى التحسين مع جودة الخدمات الصحية من جهة، وخلق جسر بين هذه التقنيات الحديثة لتحقيق أو إرساء مبادئ الحكامة الصحية في ظل العصرنة الطبية.

وعلى هذا الأساس فقد إنتهجت الجزائر خطة إستراتيجية في إدخال أنظمة المعلومات في القطاع الصحي من خلال توفير التدفق العالي من الأنترنيت بالمؤسسات الصحية و تطبيق النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات الصحية وكذا قائمة المؤسسات المعنية. ان تنفيذ هذا النظام في إطار القرار الوزاري المشترك الموافق لـ 30 أكتوبر 2014 (أنظر الملحق)، بحيث تم تكليف خاص في كل مؤسسة للأشراف على هذا النظام المعلوماتي الذي يعد وسيلة لمراقبة التسيير وإتخاذ القرار وهذا حسب نص المادة الثامنة (08) من القرار الوزاري المشترك المذكور سابقا، وبالإضافة إلى إدخال نظام جديد خاص بتسيير التجهيزات الطبية (M G)* خلال سنة 2016 (أنظر الملحق) وفي إطار تطوير الصحة الإلكترونية عملت وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات في السنوات الأخيرة بإدخال أنظمة إلكترونية في القطاع الصحي بغية التحسين من الخدمات الصحية للمريض وفرض الرقابة وتسهيل عملية المسائلة وبسط الشفافية من خلال هذه الأنظمة المتطورة ونذكر منها:

***نظام السجل الوطني لمرضى السرطان: (Register Du Cancer):** والهدف من هذا السجل قياس نسبة حدوث السرطان ووصف الحالات حسب الزمان والمكان والأفراد والمرض وتوفير قاعدة بيانات وطنية من خلال طريقتين أساسيتين وهنا الإبلاغ عن الحالات من قبل القطاع الصحي أو جمع المعلومات من المستشفيات والمختبرات التشخيصية.

بحيث يسمح هذا السجل بتقييم مدى متابعة الحالة، ومن خلاله تم وضع مخطط وطني لمكافحة لداء السرطان (2015،2019) بحيث يعتبر لوحة قيادة لمسيرى مراكز ضد السرطان (CAC)بالإضافة إلى الجديد الذي حمله المخطط وهو وضع إتفاقية إطار ضد التتبع (CCLAT)¹، إذ يعتبر من أهم عوامل ظهور السرطان ، إذ يتم وضع جميع المعلومات المتعلقة بداء السرطان عن طريق مواقع إلكترونية خاصة

* نظام تسيير التجهيزات الطبية (M G): هو نظام معلوماتي صحي يهدف إلى متابعة و تسيير العتاد الطبي على مستوى المؤسسة الصحية ومتابعة صيانة العتاد الطبي .

¹ MSPRH, plan national cancer, “NOUVELLE VISION stratégique centre sur Le malad “, En Algerie, octobre 2014,p9.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

بوزارة الصحة في إطار خطة وطنية لمحاربة السرطان لدى المرضى، وإن إدخال تكنولوجيا المعلومات و الرقمنة بالسجل الوطني لمرضى السرطان** سيوفر الجهد والعناء على المرضى والإدارة على حد سواء، بالإضافة إلى المعلومة الدقيقة في تشخيص هذا المرض من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات . ولقد تم إستحداث أنظمة إلكترونية خلال سنة 2016 بالإضافة إلى الأنظمة السابقة والتي ستساهم مستقبلا في تطوير القطاع الصحي وتحسين جودة الخدمات الصحية، ونذكر منها نظام تسيير ومراقبة عملية التلقيح (DEVAC) والنظام الخاص بالأمراض ذات التصريح الإجباري (MDO)* و النظام الخاص بتسيير العيادات متعددة الخدمات (SIGP) والنظام المعلوماتي الخاص بالإحصائيات والمؤشرات الصحية (SIS.DZ)** والنظام الخاص بالإتصال والمناوبة الإدارية (أنظر الملحق) وكل هذه الأنظمة ستساهم في تحسين الخدمة الصحية التي تعود في النهاية بالفائدة على متلقي الخدمة وهو المريض، وبالإضافة إلى هذه الأنظمة المعلوماتية نجد نظام مهم جداً بالنسبة للمريض وهو نظام PATIENT والذي يهدف إلى متابعة المرضى من خلال مدة إقامتهم بالمستشفى بحيث يتضمن الفوترة، ومدة أيام الإستشفاء ومدة الإقامة والأنشطة الطبية التي تعرض لها المريض خلال مدة إستشفائه بحيث يساعد هذا النظام على معرفة نسبة دوران الأسرة ومن خلاله نستطيع معرفة النفقات الممنوحة للمرضى من طرف الدولة والتي تتمثل في الأعباء الأتية (دواء، أطباء، أغذية، عمليات... إلخ) بحيث جميع هذه المعلومات تكون في نظام المريض الإلكتروني المتواجد بمكتب الدخول بالمستشفيات (أنظر الملحق)

** السجل الوطني لمرضى السرطان: يحتوي الجزائر في سنة 2017 على 14 سجل للسرطان التي تغطي حوالي 40% من السكان، مع العلم أن أفريقيا بها 54 سجل للسرطان معتمد من قبل الجمعية الدولية لأبحاث السرطان (ICRH) وسبعة منها لها حق التصويت ومن بين الدول السبعة نجد دولة الجزائر ، أنظر في ذلك:

-MESRS , Ibid, p90

* النظام الخاص بالأمراض ذات التصريح الإجباري (MDO): هو نظام معلوماتي صحي يهدف إلى تسيير الأمراض ذات التصريح الإجباري والإعلام بطريقة سريعة، لمختلف الجهات المسؤولة للقطاع الصحي من أجل إتخاذ القرار الفعال والسريع للمرضى.

** النظام المعلوماتي الخاص بالإحصائيات والمؤشرات الصحية (sis.dz): هو نظام معلوماتي يسمح بجمع والتدقيق وتحليل المعطيات والمؤشرات.

الباب الأول : إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة للتحسين من جودة الخدمات الصحية

وفي إطار تطوير مهنة التطبيب قد سعت وزارة الصحة الجزائرية لإدخال تكنولوجيا حديثة وهي التطبيب عن بعد (Télémedecine)*** بالإضافة إلى عقد المؤتمرات بين أطباء ولاية الوطن عبر الفيديو عن طريق قاعات المؤسسات الإستشفائية بحيث يتم تبادل الخبرات والمعارف الجديد دون تكلف عناء السفر وإختصار للوقت (أنظر الملحق)

وعليه تكمن أهمية تطوير النظام المعلوماتي في القطاع الصحي من خلال رقمنة تسيير كل المؤسسات الإستشفائية الوطنية والملفات الطبية للمرضى قصد تطوير ودعم القطاع الصحي الذي سيعمم على كل المستشفيات الوطنية.

وللعلم فمبادر تعميم النظام المعلوماتي على قطاع الصحة بالجزائر الشرط المسبق لمشروع شراكة بين وزارة الصحة والإتحاد الأوربي المطبق في 2009، كما ستسمح الأنظمة المعلوماتية السابقة الذكر بوضع جهاز إنذار صحي على مستوى الوصاية ومخطط تسيير مكلف بالكشف عن النقائص المسجلة في قطاع الصحة و إقتراح حلول¹.

*** التطبيب عن بعد (Télémedecine) : إن موعد التطبيب عن بعد يشبه تماما الموعد مع الطبيب العادي، مع فارق أن الطبيب الإخصائي الذي ستشاهده وتتحدث معه من خلال الإتصال التلفزيوني سيكون بعيداً عنك، وقبل وصولك، سيكون الإخصائي الذي ستراه قد حصل عن المعلومات اللازمة عنك، ولكن يمكن أن يطلب منك إحضار نتائج الفحوص التي أجريتها والأدوية التي تأخذها وصور الأشعة، وسيكون معك خلال الزيارة مشرف صحي طبي مدرب على أسلوب التطبيب عن بعد .

¹ طرشة عبد الكريم، إصلاح منظومة قطاع الصحة في الجزائر " قراءة في مشروع قانون المقاطعة الصحية، تقرير التريص في مقياس المناجمنت في المنظمات العمومية "، 2014، ص 18.

الباب الثاني:

الحكامة بالمؤسسات الصحية

لقد بات إصلاح المنظومة الصحية بالجزائر رهينة تفعيل آلية الحكامة بالمؤسسات الصحية العمومية والهيكل التابعة لها شريطة أن يتم تجسيد هذه الآلية ومؤشرات في إطار قانوني منظم يساير متطلبات العصر، ولكون المستشفى هو جزء من المنظومة الصحية من جهة وبشكل القلب النابض للصحة العامة والصحة العمومية و الحلقة الأساسية في علاج المريض والذي من خلاله نستطيع أن نلمس مظاهر جودة الخدمات المقدمة، مع العلم أن هذه الأخيرة تساهم فيها العديد من الفواعل بطرق شتى وهذا ما تم توضيحه سابقا .

وان الرقابة بالمؤسسات الصحية تعتبر من أهم مؤشرات الحكامة المستعملة في الدول المتطورة في المجال الصحي ، ولهذا أصبح من الضروري على الدول النامية ايلاء أهمية لهذه العملية التي بإمكانها أن تساهم في التحسين من الخدمة الصحية وتفعيل الية الحكامة .

وفي ظل الإصلاحات التي طرأت على قطاع الصحة نلمس عدم وجود نتائج مرضية من طرف المرضى ، مما جعلنا ن فكر في تقديم ميكانيزمات تساهم في تجسيد آلية الحكامة على ارض الواقع للخروج من بوتقة الشعارات الرنانة.

ولقد ارتأينا لدراسة هذا الجزء من الرسالة تقسيم هذا الباب إلى فصلين نتعرض في الأول منه لتحديات ورهانات تفعيل آلية الحكامة الصحية للتحسين من جودة الخدمات بالمستشفيات الجزائرية، أما الفصل الثاني سنتطرق فيه لواقع الحكامة من خلال الدراسة الميدانية .

الفصل الأول:

تحديات ورهانات تفعيل آلية الحكامة الصحية للتحسين
من جودة الخدمات بالمستشفيات الجزائرية.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

يعتبر المستشفى الحلقة المهمة في تقديم العلاجات للمرضى ، إضافة إلى دوره المعقد والمركب فهو مرآة عاكسة لمدى تطور الخدمة الصحية في إي بلد كان ، مع العلم أن نجاح هذه المؤسسة الصحية مرهون بمشاركة جميع الفواعل بما فيهم المجتمع المدني والقطاع الخاص بالإضافة إلى دور الدولة كموجه للسياسات الصحية لهذا أصبح اليوم على الدولة تبني آليات حديثة في التسيير الاستشفائي على ارض الميدان لترشيد المرفق العمومي الصحي والتخلي عن فكرة الإصلاح الذي طال أمده .
ولعل من بين الآليات الحديثة في التطور الإداري والتي يمكن الاستعانة بها في إدارة المستشفيات لتحقيق جودة الخدمات الصحية والقضاء على الفساد نجد آلية الحكامة كأسلوب حديث في تسيير المرفق العمومي الصحي.

وحتى نتمكن من أبرز تحديات ورهانات تفعيل آلية الحكامة الصحية للتحسين من جودة الخدمات بالمستشفيات الجزائرية قسمنا دراسة هذا الفصل إلى مبحثين كالآتي :

المبحث الأول : المستشفى كفاعل أساسي لتحقيق جودة الخدمات الصحية.
المبحث الثاني: رهانات تطبيق آلية الحكامة الصحية.

المبحث الأول: المستشفى كفاعل أساسي لتحقيق جودة الخدمات الصحية .

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

إن التطور الكبير للمستشفيات إلى جانب ازدياد عددها ، راجع أساسا إلى دورها الأساسي في تقديم الرعاية الصحية للأفراد، الأمر الذي أقتضى ظهور آليات جديدة تنتهج أساليب حديثة في إدارة الموارد وإمكانيات هذه المؤسسات بما يكفل تحقيق جودة الخدمات الصحية وتحقيق الكفاءة والفعالية المطلوبة هذا من جهة ، ومواكبة المتغيرات والتكيف مع المستجدات العلمية والتكنولوجية من جهة أخرى. ولهذا ارتأينا تقسيم المبحث الى ثلاث مطالب أساسية ، بحيث تطرقنا الى مفهوم المستشفى وتطوره في المطلب الأول والنظام القانوني لمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية ومؤشرات قياس كفاءة استخدامها في المطلب الثاني، اما في المطلب الثالث سنتطرق فيه للرقابة و جودة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: مفهوم المستشفى وتطوره.

يلعب المستشفى المحور الرئيسي في تقديم الخدمات الصحية ، حيث تطورت المستشفيات في دورها و وظائفها و إمكانياتها وتقنياتها وكذلك تنظيمها، وكان التطور الكبير في مجال العلوم الطبية دور محوري في ذلك.

فإن هذا المفهوم يقتضي إبراز تطوره التاريخي في الفرع الأول، ثم مفهوم المستشفى في الفرع الثاني، ثم نبين تصنيف المستشفيات لما له من أهمية في الدراسة في الفرع الثالث.

الفرع الأول : التطور التاريخي

ظهرت المستشفيات منذ الحضارات القديمة، حيث تجسد محاولات الإنسان المستمرة لتوفير أماكن لعلاج المرضى وإنقاذ المصابين ولقد مر بعدت تطورات حتى وصل إلى ما هو عليه الآن¹.

أ- المستشفيات في الحضارات القديمة:

لقد اتخذت المستشفيات بمفهومها أشكالا متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة، وقد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث اتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه "معابد الشفاء" في مصر سنة 600 قبل الميلاد، وقد استخدم نفس المسمى في الهند قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها إسم "السيكيستا" أي معابد الشفاء².

¹ عبد الحق سايجي، محمد خثيري، المرجع السابق، ص41.

² عبد العزيز مخيمر ، محمد الطعمانة ، الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات " مفاهيم وتطبيقات " ، المنظمة العربية للتنمية الادارية ، القاهرة ، مصر ، 2003، ص05.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

ونذكر من أبرز سمات المستشفى في بعض الحضارات القديمة ما يلي¹ :

- قيام الأطباء بإجراء العمليات وتجبير الكسور ووصف العقاقير الطبية في تلك المستشفى.
- استخدام المستشفى كمركز للتدريب.
- استخدام المستشفى مكاناً لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز على صحة الفرد من حيث الاهتمام بتغذية ونظافته.
- الإهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.

ب- المستشفيات في العصر الإسلامي:

تطورت المستشفيات في العصر الإسلامي تطوراً ملحوظاً، وكانت " خيمة رفيعة " والتي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله صلى الله عليه وسلم أول مستشفى ثابت في العصر، حيث في هذه الخيمة تم معالجة المرضى، وكان منهم سعد بن معاذ رضي الله عنه².

وتؤكد الحقائق التاريخية أن المستشفيات التي شيدها العرب المسلمون لا سيما في دمشق وبغداد والقاهرة، كانت سابقة لزمانها، حيث أتمت بالتنظيم الدقيق والكفاءة وجودة الخدمة، وكان المستشفى يقسم بناء على أساس علمي طبي إلى أجنحة منفصلة للأمراض المختلفة مثل، قسم أمراض النساء، قسم أمراض العيون، قسم الجراحة... إلخ.

كما يضم قسماً خاصاً لمعالجة الحالات الطارئة، وكان به سجلات وتقارير طبية تخص المرضى، وكان المستشفى يقوم بدور التعليم أيضاً من خلال المكتبة الطبية³.

وأول من بنى بيمارستان (مستشفى) كامل في الإسلام الوليد بن عبد الملك بن مروان (توفي سنة 88هـ- 706 م)، وهو خاص بالمجذوبين، وفي سنة (151هـ-765م) أسس العباسيون في بغداد أول قسم مخصص للأمراض العقلية، وانتشرت هذه المؤسسات في الشرق والغرب وكان أشهرها مستشفى القلعون بمصر، وقد دفع ذلك الأخوة دوديو Saint John.de dieu في أوائل القرن الخامس عشر إلى بناء أول مأوى أوربي للأمراض النفسية بفرنسيا على مثال البيمارستان الذي بني بالقاهرة سنة (705هـ- 1304م)⁴، وتواصل المسلمين مع الحضارات الأخرى خاصة الفارسية، حيث وصل عدد المستشفيات في بغداد في العهد العباسي 14 مستشفى كبير.

¹ أحمد محمد عني، إدارة المستشفيات راية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2006، ص16.

² المرجع نفسه، ص17.

³ عبد الحق السانحي، محمد خثيري، المرجع السابق ص42.

⁴ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص37.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

ويمكن تصنيف المستشفيات في العهد العباسي إلى:

- **المستشفيات الثابتة:** حيث كانت تضم المستشفيات الكبيرة، مستشفيات المدرسة ومستشفيات السجن وتحتوي على قاعات لعلاج المرضى بالإضافة إلى الأدوية والمستلزمات الصحية¹.
- **المستشفيات المتنقلة:** هي عبارة عن مجموعة فرق طبية تنتقل من مكان لآخر خاصة في النواحي والقرى لتأدية وظيفتها الإنسانية المتمثلة في إسعاف مرضى هذه المناطق النائية.
- **المستشفيات الخاصة:** ويعالج فيها الأمراض الخاصة والمعدية، مثل الجذام الذي يستدعي عزل المريض بغرض تجنب العدوى، ويقابلها اليوم المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، والتي لا تزال تعالج نوع من المرض فقط، مثل الأمراض العقلية، والأمراض المعدية، وأمراض السرطان، إلخ...²

ت- المستشفيات في العصر الحديث:

يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمستشفيات وأعمالها، حيث أتم هذا العصر بوجود تطور كبير في كافة المجالات العلوم الطبية الأساسية كعلوم التشريح، ووظائف الجسم، والفيزياء الحيوية، وغيرها من العلوم التي أصبح لها أثر بالغ وحيوي في تعزيز مهنة الطب، وبالتالي في تحسين نوعية الخدمات التي تقدمها المستشفيات المعاصرة³.

وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية مركز الطب في العالم الحديث، ففي عام 1751م أنشئ أول مستشفى عمومي بها مما فتح مجالاً لانتشار المستشفيات بمختلف أنواعها و استعمال الإكتشفات الطبية التي توالفت في القرن التاسع عشر ميلادي، ولقد أرتفع عدد الوافدين إلى هذه المستشفيات 65 مليون سنة 1954 ثم أرتفع إلى 250 مليون سنة 1990، مما أدى إلى ارتفاع عدد المستشفيات إلى 8500 مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية.

وتعد اليابان أفضل دول العالم في معدل الأسرة إلى عد السكان حيث يوجد بها 136 سرير لكل 10000 نسمة، و تتمتع روسيا و أوكرانيا بأفضل معدل الأطباء، حيث يوجد طبيب لكل 226 نسمة⁴.

1 عبد الحق السائحي، محمد خثيري، المرجع السابق، ص42.

2 نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 39.

3 أحمد محمد غنيم، المرجع السابق، ص19.

4 عبد الحق السائحي، محمد خثيري، المرجع السابق، ص43.

الفرع الثاني : مفهوم المستشفى

يعتبر المستشفى أهم مؤسسة صحية، حيث يتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية، الوقائية التعليمية التدريبية والحديثة، كما يساهم في رفع المستوى الصحي للبلاد.

أ- تعريف المستشفى:

لم يعد المستشفى في عصرنا الحالي يقتصر على مجرد تقديم الخدمة العلاجية، ولم يعد يعرف بأنه مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم، ولكن المستشفى الحديث يعد تنظيماً طبياً متكاملًا يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل، وقاية وعلاجاً وتعليماً طبياً إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها، ويتميز المستشفى عن غيره من المؤسسات الصحية كالمستوصفات والعيادات في كونه يحتوي على أسرة تنويم. وعرفت لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية المستشفى بأنها " مؤسسة تكفل الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية و التمريض ، كما ذكرت انه من الممكن التوسع في هذا المفهوم ليشمل المستشفيات التي تقوم بأداء وظائف أخرى مثل أعمال التعليم والتدريب، وإعداد البحوث الطبية والوبائية والاجتماعية والتنظيمية " .

كما عرفت أيضاً منظمة الصحة العالمية المستشفى من المنظور الوظيفي بأنها " جزء أساس من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، سواء كانت علاجية أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين ومركز للقيام ببحوث اجتماعية حيوية"¹.

أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات فتعرف المستشفى بأنه مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتنويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى².

وعليه يتباين مفهوم المستشفى تبعاً إلى تباين الأطراف المتعامل معها، وبالتالي فإن كل طرف يمكن أن يعرف المستشفى تبعاً لتلك العلاقة القائمة بينهما، وكما يتضح ذلك أدناه ومن وجهة نظر³ :

1- **المرضى:** ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم

واستشفائهم.

¹ أحمد محمود غنيم، المرجع السابق، ص 21، 22.

² المرجع نفسه، ص 23.

³ ثامر ياسر البكري، المرجع السابق، ص 21، 22.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

- 2- **الحكومة:** إحدى مؤسساتها الخدمية و المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلاد نحو الأحسن.
 - 3- **الكادر الطبي:** هو الموقع الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية وبما يملكونه من خبرة ومهارة وقدرة على إعادة الابتسامة لمرضاهم.
 - 4- **إدارة المستشفى:** منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد من لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفاء وفعال .
 - 5- **مصانع الأدوية:** سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية و مستلزمات طبية على وفق اتفاقات مسبقة.
 - 6- **الطلبة والجامعة:** موقع تدريبي وعلمي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن إسرار المهنة ولإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.
- تعريف المستشفى من قبل وزارة الصحة والسكان الجزائرية:** غير متوفر؟
- ويقسم بعض علماء إدارة المستشفيات تعريف المستشفى إلى نوعين:
- **التعريف التنظيمي:** وهو التعريف القانوني ينظر إلى المستشفى كمؤسسة تقدم الرعاية الصحية للمنومين وبهذا فإن هذا التعريف يسهل التمييز بين المستشفى والمؤسسات الصحية الأخرى، وتميز الجمعية الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه¹:
- يضم على الأقل 6 أسرة تتويم تسمح ببقاء المريض مدة تزيد عن 24 ساعة.
 - مؤسسة طبية مرخص لها رسميا.
 - نظم هيئة طبية منظمة.
 - تقدم فيها رعاية طبية منتظمة.
 - تتوفر فيها سجلات طبية منظمة.
 - تتوفر فيها الخدمة الطبية على مدار 24 ساعة.
 - تتوفر فيها غرف عمليات ووسائل تقديم خدمة طبية تشخيصية وعلاجية متكاملة. تتوفر فيها خدمات الأشعة والمختبرات.

¹ عبد الحق سائحي، محمد خثيري، المرجع السابق، ص ص 45، 46.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

■ **التعريف الوظيفي:** يرتكز هذا التعريف على الغرض من المستشفى وليس على أجزائه، ويتمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة الأفراد في المجتمع، وتبعاً لذلك تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع.

ومن هذا المنطلق فإن التعريف الوظيفي:

- يتيح للمستشفى التوسعة في أهدافه وأغراضه في الإطار الصحي.
- يتيح للمستفيدين من خدمة المستشفى المساهمة في تحديد نظام الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.
- يركز على احتياجات المجتمع و الاستخدام الفعال للخدمة مقابل التكلفة.

أما بالنسبة لطبيعة المستشفى وهو منظمة صحية بالغة التعقيد، فهي تتضمن جزءاً فنياً تقنياً يضم الأجهزة والآلات والمعدات الطبية وغير الطبية، كما يضم قوى عاملة عالية المهارة وأخرى متوسطة المهارة وقوى إدارية إضافة إلى مستخدمين بسطاء، و هؤلاء جميعاً يؤدون أدواراً مختلفة ولكنها متداخلة تستهدف في النهاية تحقيق أهداف المستشفى والمستشفى نظام مفتوح حيث يعتبر جزءاً أساسياً من المجتمع الذي يعيش فيه يؤثر ويتأثر به، كما أنه يضم عدة أنظمة فرعية مثل النظام الطبي، النظام التمريضي، النظام الإداري والنظام الاجتماعي¹.

الفرع الثالث: تصنيف المستشفيات

تتعدد أنواع المستشفيات، كما توجد العديد من المعايير و الأسس الذي تمكن استخدامها لتصنيف هذه الأنواع في مجموعات متشابهة وأهمها نجد معيار الملكية والتبعية الإدارية، التخصص، الحجم ونوعية الخدمة:

- **وفقاً لمعيار التخصص:** حيث يقسم إلى نوعين هما المستشفى العام والمستشفى التخصصي:
 - أ- **المستشفيات العامة General Hospital:** تضم المستشفيات العامة تخصصات طبية مختلفة ومتعددة وذلك مثل أمراض الأطفال، والأمراض الباطنية، وأمراض النساء والتوليد والجراحة العامة، وأمراض القلب وأمراض الأنف والأذن والحنجرة، وأمراض العظام..إلخ.
 - ب- **المستشفيات المتخصصة Spécialiste Hospitals :** تتخصص هذه المستشفيات في علاج نوع واحد من الأمراض مثل التخصص في علاج أمراض العظام، أو الأمراض المعدية، أو

¹ المرجع نفسه، ص46.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

هي تلك المستشفيات التي تخصص أيضا في علاج فئة معينة من فئات المجتمع مثل علاج أمراض النساء أو علاج أمراض الأطفال¹.

• **وفقا للملكية والتبعية الإدارية:** تصنف المستشفيات وفقا لمعيار الملكية والتبعية الإدارية إلى مجموعتين:

أ- **المستشفيات الحكومية:** ويقصد بالمستشفيات الحكومية المستشفيات التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية المختلفة²، قد تكون وزارة الصحة أو وزارة الدفاع، وزارة الداخلية، وزارة التعليم الجامعي...إلخ، و هذا النوع من المستشفيات يطبق بالأنظمة الحكومية في تنظيماتها واللوائح والإجراءات المالية والإدارية، ويسير هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارة العمومية ولا يستهدف إلى تحقيق الربح³.

وتأخذ المستشفيات الحكومية عدة أشكال من أهمها مايلي⁴:

1- **المستشفيات الحكومية العامة:** إن أهم الخصائص المميزة لهذه المستشفيات تتلخص في أنها مملوكة للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم على توفير متطلباتها ورعاية شئونها وتنظيم العمل بها وما تقدمه من خدمات وفق نظم ولوائح حكومية محددة، كما يفترض في هذا النوع من المستشفيات تقديم خدماتها لجميع فئات المواطنين بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحددتها اللوائح المنظمة لهذه المستشفيات.

2- **المستشفيات الحكومية الخاصة بفئات معينة:** ويطلق على هذا النوع من المستشفيات في كثير من الأحيان مسمى المستشفيات الحكومية الفئوية، ويتسم هذا النوع من المستشفيات بجميع خصائص ومواصفات المستشفيات الحكومية العامة من حيث الملكية وتنوع الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تقدمها، ولكنها تختلف عن المستشفيات الحكومية العامة أنها تتبع وزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية بذاتها وتقتصر في تقديم خدماتها على العاملين في هذه الجهات وأسرههم، ومن أمثلة هذه النوع من المستشفيات في الدول العربية المستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة والمستشفيات التابعة لشركات القطاع العام.

¹ أحمد محمود غنيم، المرجع السابق، ص32.

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، المرجع السابق، ص 11.

³ عبد الحق سائحي، محمد خثيري، المرجع السابق، ص47.

⁴ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، ص 21، 13.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

3- **المستشفيات الحكومية التخصصية:** تختلف هذه المستشفيات التخصصية مع المستشفيات العامة في أنها تتخصص في تشخيص ومعالجة حالات مرضية معينة، ومن أمثلتها مستشفيات العيون والأطفال والصدر والحميات والسرطان وغيرها من الحالات المرضية.

4- **الوحدات العلاجية أو المستوصفات:** وتمثل هذه الوحدات أو المستوصفات مستشفيات صغيرة الحجم، محدودة الإمكانيات إذا ما قورنت بالمستشفيات العامة، ولا تحتوي على غرف أو أسرة لإيواء المرضى، وتنتشر في القرى والمناطق الريفية المختلفة وتهدف إلى خدمة المواطنين التابعين لها بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبياً، وغالبا تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية.

5- **المستشفيات الجامعية والتعليمية:** وهي المستشفيات حكومية من حيث الملكية ولكنها تختلف عن المستشفيات الحكومية العامة والتخصصية من حيث التبعية الإدارية، حيث تتبع هذه المستشفيات الجامعات أو كليات الطب في المناطق التي توجد بها، وفي معظم الأحيان يختلف نمط إدارتها عن المستشفيات العامة حيث غالبا ما يشكل لها مجلس إدارة من أعضاء هيئة التدريس بكليات الطب والصيدلة و بعض الشخصيات العامة، كما قد توضع لها بعض النظم واللوائح الداخلية الخاصة بها حيث تعتبر ضمن منشآت الجامعة التابعة لها، وتقدم هذه المستشفيات نفس خدمات المستشفيات العامة و التخصصية.

ب- **المستشفى الخاص:** وهو المستشفى المملوك لشخص أو مجموعة أشخاص طبيعيين، ويهدف إلى تحقيق الربح ويسير وفق الأساليب الإدارية.

ت- **المستشفى الخيري:** وهو المستشفى الذي تملكه إحدى المؤسسات الخيرية ولا يهدف إلى تحقيق الربح ويسير وفق الأساليب الإدارية¹.

• وفقا لمعيار نوعية الخدمة المقدمة:

هذا كما تختلف المستشفيات أيضا في أنواعها وذلك وفقا لنوعية الخدمة التي تقدمها، حيث قد توجد المستشفيات التي تقدمها خدمات أولية Primary Gar Hospitals، كما توجد مستشفيات تقدم خدمات طبية ثانوية Secondary Gar Hospitals وتوجد أيضا مستشفيات تخصصية تقدم خدمات طبية عالية التخصص والمهارة² Tectiary Gar Hospitals.

¹ عبد الحق سائحي، محمد خثيري، المرجع السابق، ص 47.

² أحمد محمود غنيم، المرجع السابق، ص ص 36، 37.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

وهناك معايير أخرى يمكن استعمالها لتصنيف المستشفيات مثل معيار معدل مدة إقامة المرضى في المستشفى حيث تقسيم المستشفيات حسب هذا المعيار إلى مستشفيات الإقامة القصيرة وهي المستشفيات التي يقل فيها معدل هذه الإقامة عن 30 يوماً لما يزيد عن 50% من المرضى ومستشفيات الإقامة الطويلة وهي التي تزيد فيها معدل هذه الإقامة 30 يوماً لما يزيد عن 50% من المرضى، ومعيار حجم (عدد الأسرة) حيث يمكن تقسيم المستشفيات إلى مستشفى صغير تتراوح أسرته بين (50-100) سرير وهو ما يسمى بمستشفى الريح Rural Hospital ويقدم عادة خدمات الرعاية الأولية و المستشفى المتوسط الحجم وتتراوح أسرته من (100-300) سرير وهو ما يسمى بمستشفى المنطقة District Hospital ويقدم عادة ما يعرف بخدمات الرعاية الثانوية Scandary Care ومستشفيات كبيرة الحجم وتتراوح أسرته من (200-1000) سرير وهو ما يعرف بالمستشفى الإقليمي Regional Hospital ويقدم عادة مزيج من خدمات الرعاية الثانوية والمتخصصة¹.

والنقد الموجه لهذا التصنيف الأخير هو تصنيف نسبي وعام يختلف من دولة لأخرى فما يعتبر مستشفى متوسط الحجم في بلد ما قد يعتبر مستشفى كبير الحجم في بلد ما قد يعتبر مستشفى متوسط الحجم في بلد آخر.

أما بالنسبة للمشرع الجزائري فقد أخذ حيلال تصنيف المستشفيات الجزائرية (المؤسسات الصحية) معيار الملكية والتبعية الإدارية، وهذا ما سننتظر له بالتفصيل في المطلب الثاني، إذا كان من الأجدر له مراعاة المعايير معاً فالمستشفيات بشكل عام المتخصصة منها والعامه قد تتبع في ملكيتها وإدارتها القطاع العام كما قد تتبع القطاع الخاص و قد تكون مستشفيات عامة وقد تكون متخصصة وهذه بدورها كذلك قد تكون مستشفيات للإقامة الطويلة وقد تكون مستشفيات للإقامة القصيرة.

المطلب الثاني: النظام القانوني لمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية و مؤشرات قياس

كفاءة استخدامها.

من أجل توسيع التغطية الصحية بالجزائر تم تجسيد الكثير من الهياكل الصحية، منها ما هو تابع للقطاع الخاص وأخرى للقطاع العام الذي يشكل الجزء الأكبر منها، ولمعرفة الكثير عن النظام القانوني لمؤسسات الصحة العمومية بالجزائر والمتمثلة في مستشفيات ومراكز إستشفائية جامعية ومتخصصة وعيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج من خلال هذا التقسيمات نجد أن هذه الأخيرة يقع على عاتقها

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الطبعة الأولى،

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

جملة من الالتزامات أثناء ممارسة لنشاطها الطبي من اجل ذلك ارتأينا تقسيم المطلب إلى ثلاثة فروع حيث نتعرض في الأول منها إلى أنواع مؤسسات الصحة العمومية في التشريع، أما الفرع الثاني نتعرض فيه للطبيعة القانونية والالتزامات مؤسسات الصحة العمومية وتطبيقاتها، بالإضافة إلى تحديد كيفية قياس كفاءة استخدام المستشفيات بالفرع الثالث .

الفرع الأول: أنواع مؤسسات الصحة العمومية.

تتنوع مؤسسات الصحة العمومية في الجزائر بتنوع المهام المكلفة بها، اذ تعمل المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من خلال العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج بتقديم الخدمات الصحية الأولية والقاعدة، أما المراكز الإستشفائية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة فهي تتكفل بتقديم الخدمات الصحية الأولية والقاعدية، أما المراكز الإستشفائية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة فهي تتكفل بتقديم العلاجات المتخصصة التي تعمل على تقديمها المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية في إطار إحترام هرمية العلاج¹.

¹ طرشة عبد الكريم، المرجع السابق ، ص07.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

الجدول رقم 10: يوضح عدد الهياكل والمؤسسات الصحية

| العدد | ترتيب المؤسسات الإستشفائية الصحية العمومية |
|-------|---|
| 09 | ❖ المؤسسة الإستشفائية الجامعية (EHU) |
| 15 | ❖ المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) |
| 76 | ❖ المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) |
| 201 | ❖ المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) |
| 39134 | عدد الأسرة |
| 271 | ❖ المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) |
| 1821 | ❖ العيادات المتعددة الخدمات (POLY CLINIQUES) |
| 5077 | ❖ قاعات العلاج (SALLES DE SOINS) |
| | بالإضافة إلى ثمانية عشر (18) مركز ضد مكافحة السرطان إلى غاية اليوم. |

المصدر: إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مارس 2015.

وعليه سيتم التطرق لجميع أنواع المؤسسات الصحية بالجزائر للتعرف على النظام القانوني الذي يحكما ونذكر:

أولاً: المراكز الإستشفائية الجامعية:

طبقاً لنص المادة الثانية (02) من المرسوم التنفيذي 97-467 المحدد لقواعد إنشاء وتنظيم وتسيير المراكز الإستشفائية الجامعية السالف الذكر، إذ عرفت هذه المراكز كالأتي " فهي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي "، وتقوم بعدة مهام منها ما يتعلق بالكشف، التشخيص، العلاج والوقاية ومنها ما يتعلق بالبحث وهذا ما نصت عليه المادة الرابعة (04) من نفس المرسوم، بالإضافة إلى التكوين والدراسة، ويتم إنشاء هذه المراكز بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير، المكلف بالصحة (أي وزير الصحة والسكان) ووزير التعليم العالي والبحث العلمي، بحيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على المركز الإستشفائي الجامعي، ويمارس وزير التعليم العالي و البحث العلمي الوصاية البيداغوجية، وهذا نظراً لطبيعة هذه المؤسسة التي تهتم كذلك بالتكوين والبحث العلمي، وبالرغم من وجود شراكة في تسيير هذا المركز من الوزارتين السابقتين إلا أن

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

غياب التنسيق الفعال بين وزير الصحة والسكان والتعليم العالي أدى إلى تدهور هذه المؤسسات الصحية بالجزائر وعليه فعلى المشرع الجزائري إعادة النظر في هذه النقطة المهمة وتحديد المسؤوليات بصفة مدققة وتحميل مسؤولية تدهور هذه المراكز للقطاعين، بحيث يتم إدراج هذه الصلاحيات في قانون الصحة الجديد.

وبالرجوع إلى التطبيقات القضائية*، يتضح لنا أن مجلس الدولة وفي أغلب قراراته، لم يساير التشريع فيما يتعلق بالتسمية القانونية الصحية لهذه المراكز حيث غالبا ما يطلق عليها تسمية (المستشفى الجامعي) والتي لا وجود لها في الخريطة الصحية¹.

ثانياً : المؤسسات الإستشفائية المتخصصة :

طبقا للمادة الثانية (02) من المرسوم التنفيذي السابق 97-467، المؤرخ في 02/12/1997، والذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وسيرها، تعتبر هي الأخرى " مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي " إذ تنشأ بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي، وتوضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر الوصاية، وتتكون المؤسسة الإستشفائية المتخصصة من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة للتكفل بمرض معين، أو مرض أصاب جهازاً أو جهازاً عضوياً معيناً أو مجموعة ذات عمر معين.

وكذلك تتكفل المؤسسة الإستشفائية المتخصصة حسب نص المادة (05) من نفس المرسوم بتنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكيف الطبي و الاستشفاء وتطبيق البرامج الوطنية و الجهوية والمحلية للصحة والمساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم.

* من بين القرارات:

- قرار مجلس الدولة رقم 049168، بتاريخ 2010/01/28، الغرفة الثالثة، الفاصل في قضية: (ق، غ، ق) ضد: (مدير المستشفى الجامعي، مصطفى باشا)، غير منشور.

- قرار مجلس الدولة رقم: 27688، بتاريخ 2010/02/14، الغرفة الثالثة، الفاصل قضية (الشركة الوطنية للتأمين وإعادة التأمين ضد: وريثة (و، س) و (المستشفى الجامعي وهران)، غير منشور.

¹ عبد الرحمان فطناسي، المسؤولية الإدارية لمؤسسات الصحة العمومية عن نشاطها الطبي في الجزائر، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر 2015، ص30.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

غير أن ما تجدر الإشارة إليه هو أن القضاء الإداري قلما يعتمد في تطبيقاته التسمية القانونية الصحيحة لهاته المؤسسات بل كثيرا ما يخلط بينها وبين المراكز الإستشفائية الجامعية، مما يفترض أن ترفض الدعوة شكلا¹.

ثالثاً: المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية الجوارية:

تم استخدام هذه المؤسسات بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 الذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ولقد نصت المادة الثانية(02) من نفس المرسوم على أن المؤسسة العمومية الإستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي، وتتكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص بضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والإستشفاء وتطبيق البرامج الوطنية للصحة بالإضافة إلى ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الإجتماعية وضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم، وكذلك نصت المادة الخامسة (05) من نفس المرسوم "يمكن استخدام المؤسسة كميدان للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين".

أما بالنسبة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي كذلك تأخذ نفس تعريف المؤسسات السابقة الذكر، إذ تتكون من مجموعة من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان، وتتمثل مهامها في الوقاية والعلاج القاعدي وتشخيص المرضى والعلاج الجوارى والفحوص الخاصة بالطب العام والطب التخصص القاعدي والأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي وتنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

غير أن ما يمكن ملاحظة هو أن القضاء الإداري لم يطبق محتوى هذا المرسوم فيما يتعلق بالتسمية القانونية الصحية لهاته المؤسسات، حيث يتضح من خلال فحصنا للعديد من القرارات القضائية* لمجلس الدولة، سيما تلك الصادرة بعد 19 مايو 2007، تاريخ صدور المرسوم التنفيذي المتضمن لإنشائها، أن

¹ عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص30.

* قرار مجلس الدولة رقم 0432249، المؤرخ في 28/04/2009، الغرفة الثالثة، قضية: (الشركة الوطنية للتأمين، وكالة شلغوم العيد)، ضد (ت،م،س) بحضور مدير القطاع الصحي، غير منشور.

قرار مجلس الدولة رقم 042304، المؤرخ في 25/03/2009، الغرفة الثالثة، قضية (م،د) ضد (القطاع الصحي لولاية تبسة) غير منشور.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

مجلس الدولة حين فصل في العديد من القضايا أبقى على التسمية القديمة المتمثلة في القطاع الصحي على الرغم من أنه تم إلغاؤها بمقتضى المرسوم التنفيذي السابق الذكر¹.

من خلال استقرائنا لمختلف النصوص المنظمة لقواعد إنشاء هاته المؤسسات الصحية نخلص إلى أن المشرع لم يخصها بتعريف جامع وشامل، بل عرفها من حيث طبيعتها القانونية، بينما خص المؤسسات الإستشفائية الخاصة بتعريف جامع وشامل من خلال المادة 208 مكرر من الأمر رقم 07/06 حيث نص على أن: (المؤسسات الإستشفائية الخاصة هي مؤسسات علاج وإستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طلب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف)².

لهذا يمكن أن نقدم التعريف التالي الذي يعتبر مؤسسات الصحة العمومية بمثابة مجموعة من الهياكل الصحية التي تخضع لوصاية ورقابة الدولة وتتميز بمجانية الأنشطة الطبية المقدمة من طرفها، إذ تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتهدف إلى ترقية الصحة العمومية للسكان من خلال تلبية الحاجات الاجتماعية الهامة، تعمل بشكل منسق وهرمي من خلال إختصاصات محددة في إطار قانوني ابتداءً من التشخيص بالصحة الجوارية إلى الاستشفاء عبر مؤسسات الصحة العمومية المختلفة بالإضافة إلى دورها الهام في تكوين مستخدمي الصحة.

مما سبق نخلص إلى القول بأن القضاء الإداري حين فصل في العديد من القضايا، لم يساير التشريع فيها يتعلق بالتسمية القانونية الصحيحة للهياكل الصحية العمومية، حيث أن قبوله الفصل في القضايا التي اعتمدت فيها تسميات لمؤسسات صحية عمومية غير تلك التي نصت عليها المراسيم التنفيذية، يعد خرقاً لقواعد قانون الإجراءات المدنية والإدارية، في الوقت الذي كان من المفروض أن ترفض هذه الدعاوى من حيث الشكل من جهة، ومن جهة أخرى فإن مسألة تنفيذ القرارات الفاصلة في مثل هذه القضايا من شأنها أن يطرح العديد من الإشكالات، خاصة تلك التي أعتمد فيها مجلس الدولة تسمية غامضة لمؤسسات صحية عمومية يصعب تأويلها، كتسمية (القطاع الصحي الجامعي)³.

¹ عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص 31.

² الأمر رقم: 06-07، المؤرخ في 15 يوليو، يعدل ويتم القانون رقم 85-05، المؤرخ في 16 فبراير 1985، والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 47، بتاريخ 19 يوليو 2006.

* قرار مجلس الدولة رقم 002941، المؤرخ في 11/02/2002، الغرفة الثالثة، قضية (القطاع الصحي الجامعي، القبة، ضد (ب ش، ع م)، غير منشور.

³ عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص 32.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

وبناء على التعريفات السابقة لمؤسسات الصحة العمومية نجد أن المشرع الجزائري قد أخذ بمعيار الملكية والتبعية الإدارية في تصنيفه للمستشفى، وكان الأجدر به الأخذ بجميع المعايير السابقة الذكر لإعطاء مفهوم واضحة لمؤسسة الصحة العمومية بالجزائر.

الفرع الثاني: الطبيعة القانونية والتزامات مؤسسات الصحة العمومية وتطبيقاتها.

أولاً: الطبيعة القانونية لمؤسسات الصحة العمومية:

إن تحديد الطبيعة القانونية لمؤسسات الصحة يكتسي أهمية بالغة خاصة بالنسبة للمتضررين، حيث يتحدد بموجبها نوع الدعوة التي يرفعونها، والجهة القضائية التي يمكنهم استيفاء حقوقهم أمامها، فقد اعتبرها المشرع بمثابة مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي وهذا حسب نص المادة الثانية (02) من المرسوم التنفيذي رقم 97-467 السابق الذكر.

فهي عبارة عن مؤسسات مكلفة بتقديم خدمة عمومية، تخضع لقواعد القانون الإداري سواء في تنظيمها وسيرها، أو فيما يتعلق بتنظيم علاقات العمل بين الإدارة والمستخدمين، ويختص القضاء الإداري بالفصل في المنازعات التي تثور بمناسبة قيامها بنشاطها الطبي¹.

ثانياً : التزامات مؤسسات الصحة العمومية وتطبيقاتها:

انطلاقاً من اعتبارها مرافق عمومية تؤدي خدمة عامة للجمهور تتعلق بمجال حيوي من مجالات الحياة الاجتماعية المتمثل في الصحة، يقع على عاتق مؤسسات الصحة العمومية وخاصة طاقمها الطبي والشبه الطبي أثناء تادية نشاطهم، جملة من الالتزامات تتسجم و طبيعة المهام المكلفة بها، على هذا الأساس سنتناول أهم هذه الالتزامات ومدى تطبيقها في القضاء الإداري بالتركيز على²:

أولاً : الالتزام بضمان استمرارية الخدمة ونوعيتها :

تتميز مؤسسات الصحة العمومية عن باقي المؤسسات بضرورة أداء مهامها باستمرار دون انقطاع أو توقف كما تم توضيحه سابقاً، نظراً لطبيعة الخدمات التي تقدمها لجمهور المنتفعين بها وحاجة أفراد المجتمع المتواصلة لها، غير أن هذا لن يتحقق إلا باعتماد نظام عمل معين يضمن ذلك، سيما نظام التوقيت الكامل الذي يفرض على كل المستخدمين تسخير كل أنشطتهم وبصفة إستثنائية لخدمة المؤسسة.

¹ المرجع نفسه، ص20.

² المرجع نفسه، ص33.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

حيث أن مبدأ استمرارية الخدمة يقتضي الحضور الفوري لمستخدمي مؤسسات الصحة العمومية بشكل يجعلهم مجبرون على الاستجابة للاحتياجات الضرورية والإستشفائية للمؤسسة، التي تطرح خارج أوقات العمل المعهودة سيما عند حدوث كوارث سواء على المستوى الإقليمي المحلي، كالحرائق انهيار العمارات حوادث المرور أو المستوى الوطني، كالزلازل¹.

لكن إذا كان هذا المبدأ يمكن تحقيقه فإن الأمر يبدو غير ذلك بالنسبة لنوعية الخدمة، فإذا اعتمدت إدارة المؤسسة نظام معين يتعلق بتفصيل الممارسة الطبية فإن هذا قد شكل عائقاً لنوعية أعمال العلاج، مما يتطلب ترك روح المبادرة للأطباء لتنظيم الخدمة بالشكل المناسب لتحقيق النوعية سيما فيما يخص العلاج، الذي يعتبر الهدف الرئيسي لمهنة الطب، كما يستوجب استقلال الممارسة الذي يوجد في مركز أنسب يمكنه من تقدير العلاج المناسب².

مما تقدم يتبين أن نوعية الخدمة ترتبط في بداية الأمر بحرية الممارسة الذي يجب أن يخضع في أدائه لمهنة إلا لما يمليه عليه ضميره المهني، ثم بعد ذلك بالنصوص المنظمة لأخلاقيات مهنة الطب.

ثانياً : الالتزام بالسلامة البدنية للمريض والجودة وتطبيقاتها في القضاء :

يعد المريض بمؤسسة الصحة العامة طرفاً ضعيفاً بديناً ونفسياً، يحتاج إلى كثير من الرعاية، مما يفرض على هاته المؤسسة ضمان سلامة الأغذية، الأدوية المقدمة، الأجهزة المستعملة، التحاليل، وعمليات نقل الدم، وطبقاً للقواعد العامة، فإن التزام مؤسسته الصحة العمومية بشفاء المريض هو التزام يبذل عناية أما الالتزام بسلامة المريض، فمن الراجح فقهاً وقضاً أنه يعتبر التزام بتحقيق نتيجة.

والملاحظ أن القضاء والفقهاء أغفل فكرة التزام مؤسسة الصحة العمومية بتقديم خدمات صحية ذات جودة وعليه حتى ولو تحقق شفاء المريض ببذل عناية أو الالتزام بسلامة المريض وتحقيق نتيجة إيجابية فبدون وجود جودة في الخدمة نجد أن المرضى في غالب الأحيان بعد النتيجة الإيجابية تتدهور وضعيتهم الصحية بعد مدة قصيرة أو طويلة لغياب مبدأ جودة الخدمات في الأنشطة الطبية، وعلى سبيل المثال (عند دخول مريض إلى المستشفى لا يحمل عدوى وجراء عدم تعقيم الأدوات الجراحية يقوم

¹ M-Mhannouz, A,R.hakem,précis de droit médical a l'usage des praticiens de la médecine et du droit, office des publications universitaires, 1991, p128,129.

² M.M.Hannouz, AIR.hakem, op-cit.p129,130.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

المريض بعملية وتكون نتيجتها إيجابية وبعد مدة كنتيجة حتمية سيرجع المريض لإجراء عملية أخرى نتيجة العدوى)¹.

وبالنسبة لمرضى الأمراض العقلية فإن القضاء يتشدد إلى حد الأخذ بالخطأ المفترض من جانب المؤسسة لضمان سلامة المريض، فلا يكف المؤسسات العلاجية المتخصصة تنفيذ تعليمات وأوامر الطبيب، بل تلتزم التزاماً مستقلاً باتخاذ كافة التدابير والإجراءات الأمنية لضمان المريض وعدم إيذائه².

بالإضافة إلى كل هذا لمح المشرع الجزائري إلى ضرورة تجديد المعارف وتحسين للوصول إلى جودة الخدمات الصحية من خلال المادة ثلاثة عشر (13) من المرسوم التنفيذي رقم 11-122 الذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفات المنتميات لسلك القابلات في الصحة العمومية³، بحيث نصت على أنه يتعين على المؤسسات الصحية أن تضمن التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات لفائدة القابلات في الصحة العمومية بهدف تحسين دائم لمؤهلاتهن وترقيتهن، وتضمن تحسين المعارف تحصيل مهارات جديدة مرتبطة باحتياجات قطاع الصحة وكذا متطلبات الطب العصبي.

أما بالنسبة للمادة مئة وثلاثة وستون (163) من المرسوم التنفيذي رقم 11-121 السالف الذكر و المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية ، بحيث شدد المشرع على ضمان تدابير الجودة بحيث نصت المادة 163- الفقرة 02 كالأتي " يكلف المخبريون للصحة العمومية بإنجاز ومعالجة العينات البيولوجية وتطبيق تقنيات التحليل مع السهر على تدابير ضمان الجودة".

إذ يعاب على المشرع أن خصص مصطلح الجودة بالمخبرين نظراً لحساسية العمل المخبري وكان عليه من الأفضل فرض تدابير ضمان الجودة في جميع المصالح التقنية والإستشفائية والمصالح الإستعجالية وهذا من خلال سن مواد تفرض إنشاء لجنة الجودة لتساير التطورات العصرية بالمؤسسات الإستشفائية.

أما بخصوص التطبيقات القضائية لهذا الالتزام وبالنسبة للمؤسسات العلاجية العمومية العادية، فقد أكد مجلس الدولة في العديد من قراراته على أن التزام مؤسسات الصحة العمومية سلامة المريض يعتبر التزاماً بتحقيق نتيجة وليس ببذل عناية، حيث أعتبر أن عدم فحص الأدوات المستعملة للمريض من طرف المؤسسة.

¹ محمد حسين منصور ، المسؤولية الطبية ، دار الجامعة الجديدة للنشر ، القاهرة ، 2001 ، ص94.

² المرجع نفسه، ص99.

³ المرسوم التنفيذي 11-122، المؤرخ في 20 مارس 2011 الذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفات المنتميات لسلك القابلات في الصحة العمومية، ج ر ج ، رقم 17، المؤرخة في 20 مارس 2011، ص43.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

ويتجلى بوضوح في قرار رقم: 007733 المؤرخ في 11/03/2003 (م، خ) ضد مستشفى بجاية: (حيث أن المستأنف عليه أخل بموجبه المتمثل في أخذ الاحتياطات اللازمة من الحفاظ على السلامة البدنية للمريض الموجود تحت مسؤولية وأنه بالنتيجة وبما أن المستأنف عليه ساهم في وجود الضرر بسبب تقصيره في مراقبة الآلات الجراحية المستعملة أثناء العملية فإنه ملزم بتعويض الضرر اللاحق بالمستأنف)¹.

وبالنسبة للمؤسسات الصحية المتخصصة، فقد أكد مجلس الدولة على أن هذه المؤسسات ملزمة بتعزيز الحراسة على المرضى المتواجدين تحت مسؤوليتها، حرصا على ضمان صحة وسلامة المرضى من الأضرار التي قد يحدثونها بأنفسهم، أو بالآخرين حيث ورد في القرار رقم: 002027 بتاريخ 15/07/2002 قضية: (ز،م) ضد مستشفى الأمراض العقلية (قرنان حنفي): (حيث أن غياب الحراسة بشكل خطأ أرتكبه المستشفى الملزم بالسهر على ضمان صحة وسلامة المرضى)².

وعليه مما سبق فإن مجلس الدولة أكد من خلال تطبيقاته على أن التزام مؤسسات الصحة العمومية سواء العادية منها أو المتخصصة بضمن صحة وسلامة المريض البدنية والعقلية، يعتبر من قبيل الالتزام بتحقيق نتيجة وليس ببذل عناية وأن الإخلال بهذا الالتزام من شأنه أن يرتب مسؤولية هاته المؤسسات بتعويض المتضررين، مساير بذلك ما ذهب إليه كل من الفقه والقضاء سابقا في هذا المجال.

الفرع الثالث: قياس كفاءة استخدام المستشفيات.

تحتاج المستشفيات إلى مؤشرات محددة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المتحقق والتقدم الحاصل في عملها³، وهذا لمعرفة مدى حسن الاستخدام للموارد المتاحة البشرية والمالية وتبين لنا الطريقة التي يستفيد بها المجتمع من الإمكانيات التي يتيحها المستشفى من خلال العيادات الخارجية وأقسام التنويم وهناك مؤشرات معينة تستخدم لقياس استخدام المستشفى، باعتبار هذا الأخير يتأثر ويؤثر على البيئة الخارجية له والتي تتجسد في فواعل الحكامة الصحية السالفة الذكر ولكي نعرف النتائج المنصبة على جودة الخدمات سواء كانت إيجابية أم سلبية، فقد وضعت الهيئات الأممية مؤشرات لقياس كفاءة استخدام

¹ قرار مجلس الدولة رقم 007733، المؤرخ في 11/03/2003، الغرفة الثالثة، قضية (م،خ) ضد (مستشفى بجاية)، مجلة مجلس الدولة، منشورات الساحل الجزائري، العدد: 5، سنة 2004، ص ص : 209، 208.

² قرار مجلس الدولة رقم 002027، المؤرخ في 17/07/2002، الغرفة الثالثة، قضية (ز،م) ضد (مستشفى الأمراض العقلية قرنان حنفي)، مجلة مجلس الدولة، دار هومة، الجزائر، العدد 02، سنة 2002، ص ص : 183، 184.

³ ثامر ياسر البكري، المرجع السابق، ص 204.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

المستشفى الذي يعتبر الحلقة الهمة والأخيرة في تقديم الخدمة الصحية، بالإضافة إلى مؤشرات تتعلق بالسكان، وكل هذا المؤشرات سبب نجاحها هو العمل في إطار خصائص الحكامة الصحية .

ولقد عرفت منظمة الصحة العالمية كفاءة الخدمات الصحية على أنها تحقيق أهداف المؤسسات الصحية بأقل النفقات والتكاليف المالية وبأقل وقت وجهد ممكن بالإضافة إلى مدى قبول مستوى الخدمات المقدم من تلك المؤسسات الصحية، والكفاءة تساوي كمية المخرجات الفعلية من الخدمات مقسومة على كمية المخرجات المرغوب تحقيقها وكلما كانت النتيجة أقرب إلى واحد كلما كانت الكفاءة عالية.

مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار عند قياس كفاءة المستشفيات الموارد المتاحة للمستشفى سواءً كانت الموارد المادية والمالية أو الموارد البشرية بالإضافة إلى الظروف البيئية الداخلية والخارجية للمستشفى ويمكن استخدام مقاييس متعددة لقياس كفاءة وأداء المستشفى وتساعد هذه المقاييس في التخطيط للخدمات التي يقدمها المستشفى وتحديد احتياجاته من القوى البشرية والموارد أو الاحتياجات التدريبية ونوعية الخدمات الطبية المقدمة¹، وعلى سبيل المثال يمكن استخدام المؤشرات التالية لقياس الأداء وكفاءة المستشفى:

- عدد حالات الدخول: وهو عدد المرضى الذين ينمون بالمستشفى ليلة واحدة على الأقل خلال السنة، وتقدم لهم خدمات طبية أثناء تنويمهم، ولذلك فإن حالات الأطفال حديثي الولادة الأصحاء الطبيعيين لا تدخل ضمن حالات الدخول.
- عدد حالات الخروج: وهو عدد المرضى الذين يغادرون المستشفى بعد الشفاء أو التحسين أو الموت، أو الذين يحولون إلى جهة أخرى خارج المستشفى.
- حالات الخروج: وتمثل الحالة التي يكون عليها المريض عند مغادرته المستشفى، هل هو في حالة شفاء كامل أو تحسين أو موت.
- عدد أيام العلاج: ويقصد بذلك عدد أيام العلاج التي يقضيها المريض بقسم التنويم الداخلي بالمستشفى، ويوم العلاج هو الوحدة التي تدل على الخدمات التي تقدم لمريض واحد ضمن تعداد المستشفى بين يوم واليوم الذي يليه.
- عدد أيام العلاج في السنة: هو المجموع السنوي لتعداد الأسرة المشغولة خلال السنة، ولا يدخل في ذلك الأطفال حديثي الولادة الأصحاء.

¹ صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، الطبعة الأولى، 2009، ص282.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

- معدل إشغال الأسرة: ويبين العلاقة بين عدد الأسرة المستخدمة وعدد الأسرة الأساسي للمستشفى، وتتضح من خلال مدى كفاية عدد الأسرة المتاحة في كل قسم، ومدى الكفاءة أيضا باستخدام المؤشرات الأخرى مع هذا المؤشر ونحصل على معدل أشغال الأسرة في مدة شهر.
 - فترة خلو السرير: ويقصد به متوسط عدد الأيام التي يبقى فيها السرير شاغراً¹.
- والعلاقات الآتية توضح كيفية حساب هذه المؤشرات في المؤسسة الصحية²:

مجموع الأيام المرضية أو (عدد المرضى × معدل الإقامة)

$$\bullet \text{ معدل إقامة المريض بالأيام} = \frac{\text{مجموع الأيام المرضية أو (عدد المرضى} \times \text{معدل الإقامة)}}{\text{مجموع عدد الإخراجات (أحياء + أموات)}}$$

- متوسط الإقامة: ويقصد به متوسط عدد الأيام التي أمضاها المريض بالمستشفى، ويحسب هذا المؤشر كما يلي:

عدد أيام العلاج للمرضى الخارجين

$$\bullet \text{ متوسط مدة الإقامة} = \frac{\text{عدد أيام العلاج للمرضى الخارجين}}{\text{عدد حالات الخروج}}$$

عدد الوفيات

$$\bullet \text{ نسبة الوفيات} = \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{مجموع عدد الإخراجات (أحياء + أموات)}} \times 100.$$

عدد الأيام المرضية لفترة محددة (شهر، سنة)

$$\bullet \text{ نسبة اشغال الأسرة اليومية} = \frac{\text{عدد الأيام المرضية لفترة محددة (شهر، سنة)}}{\text{عدد الأسرة المتوفرة} \times \text{عدد أيام الفترة المحددة}} \times 100.$$

عدد الأسرة المتوفرة × عدد أيام الفترة المحددة

عدد الإخراجات (أحياء+أموات) لفترة محددة (شهر، سنة)

$$\bullet \text{ معدل دوران السرير} = \frac{\text{عدد الإخراجات (أحياء+أموات) لفترة محددة (شهر، سنة)}}{\text{عدد الأسرة المتوفرة} \times \text{عدد أيام الفترة المحددة}}$$

عدد الأسرة

عدد المرضى الموجودين في ذلك اليوم

$$\bullet \text{ معدل الأشغال} = \frac{\text{عدد المرضى الموجودين في ذلك اليوم}}{\text{عدد الأسرة المتوفرة}}$$

عدد الأسرة المتوفرة

معدل عدد المرضى الخارجين × أيام الإقامة

مثلا معدل الأشغال في الشهر

عدد الأسرة × 30 يوم

عدد الحالات من مرض معين

$$\bullet \text{ معدل الإصابة بالمرضى} = \frac{\text{معدل عدد المرضى الخارجين} \times \text{أيام الإقامة}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}} \times 1000$$

¹ عبد الحق سايجي، محمد خثيري، المرجع السابق، ص52.

² صلاح محمود ذياب، المرجع السابق، ص ص، 284، 285.

الباب الثاني : الحكامتا بالمؤسسات الصحيتا

$$\bullet \text{ معدل الأسرة اليومي} = \frac{\text{مجموع الأسرة المستعملة (أيام العلاج)}}{\text{عدد أيام الشهر}}$$

$$\bullet \text{ معدل دوران السرير في السنة} = \frac{\text{عدد أيام السنة} \times \text{نسبة الأشغال}}{\text{معدل طول الإقامة}}$$

$$\bullet \text{ معدل الأسرة المئوي} = \frac{\text{المعدل اليومي}}{\text{عدد الأسرة}} \times 100$$

$$\bullet \text{ معدل الإقامة} = \frac{\text{مجموع أيام العلاج خلال فترة محددة}}{\text{عدد حالات الدخول في نفس الفترة}}$$

$$\frac{\text{مجموع أيام العلاج (الأسرة المستعملة)}}{\text{عدد حالات الإخراجات (أحياء+ أموات)}} = \frac{\text{مجموع الأسرة المستعملة}}{\text{نصف } (1/2) \text{ (إدخالات+إخراجات)}}$$

$$\bullet \text{ معدل خلو السرير} = \frac{\text{عدد الأسرة} \times \text{أيام الشهر} - \text{المعدل اليومي لاستعمال الأسرة}}{\text{عدد الإخراجات (أحياء+ أموات)}} \times \text{أيام الشهر}$$

$$\bullet \text{ معدل الدخول} = \frac{\text{عدد الإدخالات خلال الشهر}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل تكرار الدخول} = \frac{\text{عدد مرات الدخول المتكررة}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}} \times 1000$$

الباب الثاني : الحكامتا بالمؤسات الصحيتا

- معدل أيام العلاج للفرد الواحد = $\frac{\text{مجموع أيام العلاج للفرد الواحد}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}}$
- نسبة الأسرة المشغولة للسكان = $1000 \times \frac{\text{المعدل اليومي}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}}$
- دليل الأسرة = $1000 \times \frac{\text{عدد الأسرة في البلد}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}}$
- معدل الزيادة الطبيعية = $1000 \times \frac{\text{الفرق بين المواليد الأحياء والوفيات}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}}$
- معدل نمو السكان = $1000 \times \frac{\text{المواليد الأحياء + المهاجرين للداخل - (الوفيات + المهاجرين للخارج)}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}}$
- نسبة عدد المرضى = $\frac{\text{عدد المرضى}}{\text{عدد الأسرة}}$
- الكثافة السكانية = $\frac{\text{عدد السكان في منتصف السنة}}{\text{المساحة المأمولة بالسكان}}$
- معدل المواليد الخام = $1000 \times \frac{\text{عدد المواليد}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}}$
- معدل المواليد النوعي التفصيلي = $1000 \times \frac{\text{عدد المواليد الأحياء لفئة عمرية معينة}}{\text{عدد سكان نفس الفئة في منتصف السنة}}$

الباب الثاني : الحكامته بالمؤسات الصحتة

$$\bullet \text{ معدل المواليد المسجل} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء والمسجلون}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل المواليد المقدره} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء المقدر}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل الوفيات الأموات} = \frac{\text{عدد المواليد الأموات}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل الخصوبة العام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء}}{\text{عدد النساء فس سن الحمل (15-49) سنة في منتصف}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل الخصوبة النوعي} = \frac{\text{عدد المواليد في فئة عمرية معينة}}{\text{عدد النساء في نفس الفئة العمرية في نصف السنة}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل الخصوبة التفصيلية} = \text{معدل الخصوبة النوعية} \times \text{احتمال الحياة للنساء في الفئة العمرية}$$

$$\bullet \text{ معدل التناسل الإجمالي} = \text{مجموع معدلات الخصوبة التفصيلية} .$$

$$\bullet \text{ معدل التناسل الصافي يساوي مجموع معدلات الخصوبة التفصيلية الصافي} .$$

$$\bullet \text{ الكفاءة} = \frac{\text{المخرجات الفعلية للخدمات الصحية}}{\text{المخرجات المتوقعة (المخططة) من الموارد}}$$

$$\bullet \text{ معدل التوالد} = \frac{\text{عدد المواليد}}{\text{عدد المتزوجات في سن الحمل}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل الوفاة الخام} = \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}} \times 1000$$

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

$$\bullet \text{ معدل الوفيات التفصيلي} = \frac{\text{عدد الوفيات في فئة معينة}}{\text{عدد السكان في نفس الفئة في نصف السنة}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{عدد وفيات الأطفال أقل من سنة}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل وفيات حديثي الولادة} = \frac{\text{عدد وفيات الأطفال أقل من 28 يوم}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{عدد الوفيات الرضع في الفترة ذاتها}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 1000$$

$$\bullet \text{ معدل وفيات حسب سبب الوفاة} = \frac{\text{عدد الوفيات بمرض معين}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1000$$

بالإضافة إلى هذا يمكن قياس المرضى بالنسبة للأطباء حيث تقاس حصة الطبيب الواحد من خلال إعداد المرضى.

$$\bullet \text{ حصة الطبيب الواحد} = \frac{\text{عدد المرضى أو /المراجعين/ يومياً}}{\text{عدد الأطباء}}$$

وهذا يعكس معدل ما يفحصه الطبيب الواحد يومياً أو شهرياً

$$\bullet \text{ حصة الطبيب من العمليات الجراحية} = \frac{\text{عدد العمليات الجراحية/شهرياً}}{\text{على عدد الأطباء الجراحين}}$$

أما بالنسبة للمرضين :

نصيب الممرض الواحد من المرضى في المستشفى الراقدين على أسرة الشفاء

$$= \frac{\text{عدد المرضى الراقدين على الأسرة}}{\text{عدد الممرضين الموجودين في المستشفى}}$$

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

بالإضافة إلى المؤشرات الخاصة بالإداريين والخدميين¹:

$$\frac{\text{عدد المسعفين}}{\text{عدد سيارات الإسعاف}} = \text{مسعف / سيارة الإسعاف}$$

$$\frac{\text{عدد الإداريين}}{\text{مجموع الملاك الكلي للمستشفى}} = \text{إداري / ملاك المستشفى}$$

■ مؤشرات تقويم أداء جودة الخدمات الصحية²:

$$\frac{\text{عدد الوفيات الراقدين}}{\text{عدد المرضى الراقدين}} = \text{نسبة وفيات الراقدين}$$

$$\frac{\text{مجموع أيام الرقود في المستشفى}}{\text{عدد المرضى الراقدين}} = \text{معدل بقاء المريض في المستشفى}$$

$$1000 \times \frac{\text{مجموع أيام الانتظار للمرضى}}{\text{عدد المنتظرين للعلاج}} = \text{متوسط عدد أيام الإنتظار على قائمة العمليات}$$

$$\frac{\text{عدد الشكاوي في المستشفى}}{\text{عدد المراجعين}} = \text{نسبة الشكاوي للمراجعين}$$

$$\frac{\text{عدد النتائج المنجزة والمطابقة للسيطرة النوعية}}{\text{مجموع الفحوص المختبرة المرسلّة للسيطرة النوعية}} = \text{نسبة المطابقة مع السيطرة النوعية}$$

■ أهداف استخدام مؤشرات قياس استخدام المستشفى.

¹ ثامر ياسر البكري، المرجع السابق، ص208.
² المرجع نفسه، ص209.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

إلى جانب تقييم كفاءة أداء المستشفى من خلال استخدام المؤشرات الإحصائية القياسية المشار إليها سابقاً، فإنها تستخدم لتحقيق الأهداف التالية:

- التخطيط للخدمات الصحية المستقبلية التي يقدمها المستشفى فيما يتعلق بالموارد البشرية، الأجهزة والمعدات الطبية.
 - تحديد أولويات خدمات المستشفى بناء على الاحتياجات الصحية للمجتمع، الإمكانيات المتاحة وكيفية استغلالها بطريقة مثلى.
 - مقارنة مؤشرات استخدام خدمات المستشفى بمؤشرات المستشفيات الأخرى داخل الدولة أو في دولة أخرى¹.
 - الاستفادة في المجالات الإدارية: يمكن لإدارة المستشفى الاستفادة من مؤشرات قياس أداء المستشفى لغاية التخطيط بكافة أشكاله و مستوياته، والتنظيم والرقابة والإشراف واتخاذ القرارات الإدارية.
 - الاستفادة في المجالات الفنية وبيان درجة ومستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة ومستوى الأخطاء المرتكبة وكيفية معالجة الأخطاء وتدني مستوى الخدمة المقدمة².
 - يمكن من خلالها تقدير مدى نجاعة خصائص الحكامة الصحية إذ كانت مطبقة بالمستشفى وبالتالي تصنيفها في حالة الحكامة الصحية الجيدة أم غير جيدة.
- إلا أنه من خلال الزيارة الميدانية لبعض المستشفيات الجزائرية بمختلف تصنيفاتها في إطار البحث العلمي لوحظ أن المصالح الصحية تستند في عملها إلى بعض المؤشرات السابقة فقط، نظراً لعدم إلزاميتها وتقنياتها من طرف المشرع الجزائري، مما يؤدي إلى نتائج سيئة في تقييم الخدمات الصحية بالرغم أنها مؤشرات نصت عليها منظمة الصحة العالمية.

المطلب الثالث: الرقابة وجودة الخدمة الصحية

تعتبر الرقابة من أهم العمليات الإدارية التي يتم ممارستها في المستشفيات المعاصرة وهي من الوظائف الأساسية والهامة للرفي بجودة الخدمة الصحية والمؤسسة الصحية بشكل خاص لارتباطها بحياة الإنسان وكرامته، وقد تناولت العديد من الأدبيات هذا المفهوم، ولتعدد المفاهيم يقتضي إبراز أهم

¹ سايجي عبد الحق، محمد خثيري، المرجع السابق، ص 54.

² صلاح محمود ذياب، المرجع السابق، ص 287.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

التعريفات التي وردت بخصوص الرقابة في الفرع الأول، ثم توضيح أهداف وأهمية الرقابة في المستشفيات في الفرع الثاني، ومقومات الرقابة الفعالة في المستشفيات الصحية في الفرع الثالث.

الفرع الأول: تعريف الرقابة

قال الله عز وجل : " إن الله عليكم رقيباً (35)" (سورة النساء). و قال سبحانه : " وَكَانَ اللَّهُ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ رَّقِيبًا (52)" (سورة الأحزاب)، وقال تعالى عن نبيه عيسى عليه السلام " فَلَمَّا تَوَفَّيْتَنِي كُنْتُ أَنْتَ الرَّقِيبَ عَلَيْهِمْ ۖ وَأَنْتَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ شَهِيدٌ (117)" (سورة المائدة).

ورغم أن معظم الناس يعرفون الرقابة بالمراقبة و الإشراف على العمل إلا أن تعريفها ذو مضمون واسع يكتنفه الكثير من الغموض.

أ- **التعريف اللغوي** : يقصد بالرقابة في اللغة هو حارس الشيء المتاح ونحوه.

ب- **التعريف الاصطلاحي** : ويقصد بها " الضبط في أوسع معانيه "، وفي المفهوم الإداري يقصد بها التأكد من مدى تحقيق النشاط الإداري للأهداف المقررة.¹

ومن الكتاب الذين أهتم بتعريف الرقابة نجد الفقيه " كونتز " بأنها قياس وتصحيح إنجاز المرؤوسين للتأكد من أهداف المنظمة والخطط التي وضعت لبلوغها قد أنجزت²

ومن خلال عملية المراقبة نستطيع أن نقيس المدخلات مقابل المخرجات في إنجاز الأهداف، فالمدخلات قد تكون قوى عاملة ومال ومواد ووقت ومواد أخرى أما المخرجات فقد تكون عدد المرضى الزائرين والمرضى المقيمين في المستشفى والعمليات التي جرت، والأدوية المصروفة والتعليم الصحي الذي تم وما شابهه.

أي بمعنى طرح السؤال ونقول هل تم الإنفاق أو اقل من قبل الإدارات والأقسام؟ هل عدد العاملين كافي للقيام بالواجبات؟ هل هناك استخدام أقل من اللازم للعاملين؟³

ومن خلال التعريفات السابقة الذكر يمكن القول إن الرقابة في المستشفيات تعني التأكد من أن إنجاز الأعمال يتم وفق للتخطيط الموضوعي لها، وأنها تعتبر من الوظائف الحيوية للإدارة أي وضع الخطط والمعايير المناسبة لطبيعة العمل الطبي والتمريضي وإلزام العاملين في المجال الصحي بهذه

¹- غالب محمود سنجق، المرجع السابق، ص 197.

² أحمد محمد غنيم، المرجع السابق، ص 225.

³ مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 72.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

الخطط والمعايير لتحقيق أفضل جودة نوعية من الخدمات الطبية والتي تحقق الرضا للمريض وأهداف المستشفى أو المؤسسة الصحية.

الفرع الثاني: أهداف وأهمية الرقابة في المستشفيات .

أ- أهداف الرقابة في المؤسسات الصحية: يمكن تحديد أهداف الرقابة في المؤسسات الصحية بالأمور التالية¹:

1- وضع الخطط والإجراءات المناسبة لتجنب الانحرافات المكتشفة حالياً بالإضافة لوضع خطة مستقبلية لمنع وقوع الانحرافات.

2- التأكد من الاستخدام الأمثل للموارد المادية المتاحة والموارد البشرية العاملة.

3- التأكد من النشاطات المختلفة في المؤسسة الصحية بأنها تطبق وتنفذ ضمن القوانين والأنظمة والتعليمات المعمول بها دون وجود أي تجاوز أو سوء استخدام.

4- اتخاذ الإجراءات والقرارات التصحيحية الضرورية عند اكتشاف الخطأ فوراً ودون تأخير.

5- التأكد من سير التعليمات والمعلومات والقرارات وفق المسار الصحيح وتصل إلى كافة العاملين في المؤسسة كل حسب اختصاصه.

6- إن عملية الرقابة دون وجود أي نوع من المحاباة تحقق من العدالة والتقدم والرضى لدى العاملين في المؤسسة الصحية.

7- متابعة الأساليب والطرق الجديدة للرقابة لزيادة الإنتاجية وتحسين الأداء وزيادة الكفاءة في تحقيق الأهداف.

8- الحد من الهدر والإسراف في المستهلكات والمواد الطبية وعدم المغالاة في النفقات بمختلف أشكالها.

ب- أهمية الرقابة في المؤسسات الصحية: تتبع أهمية الرقابة في المؤسسات الصحية من عدة أمور أهمها²:

1- الطبيعة الغير مرنة للطلب على معظم خدمات الرعاية الصحية وعدم خضوع هذه الخدمات لقانون العرض والطلب كما في السلع الأخرى، فالطالب على هذه الخدمات في تصاعد مستمر وباعتبار

¹ صلاح محمود ذياب، المرجع السابق، ص 184.

² غالب محمود سنجق، المرجع السابق، ص 197-198.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

محدودية الموارد المتاحة للقطاع الصحي والتكلفة المرتفعة في هذه الموارد يستلزم توجيه الانتباه إلى ترشيد استعمال هذه الموارد وتحقيق الاستخدام الأمثل.

2- الموارد البشرية الكفؤة التي تعمل في المؤسسات الصحية هي رأس مالها الفكري وعنصر المنافسة الحقيقي فيها فعملية الرقابة والتطوير وإعادة التأهيل والتزام المعايير الدولية في إطار الحرص على التحسين المستمر يقود المهتمين لضرورة تكثيف الرقابة على العنصر البشري يقصد تحفيزه والارتقاء بمستواه وتطوير كميته تنافسية.

3- أن الإدخال المستمر للتكنولوجيا الطبية المتقدمة في المؤسسات الصحية والتطوير المستمر لها قد وفر بدائل عديدة وإمكانيات فنية سهلة وسريعة أمام الأطباء في مجال تشخيص ومعالجة الأمراض مما زاد بشكل كبير من مدى الخدمات التي يمكن تقديمها لكل مريض وهذا يزيد من تكلفة إنتاج الخدمة.

4- إن الخطأ في تقديم الرعاية الطبية لا يمكن إصلاحه كما أن الطالب عليه في كثير من الأحيان لا يحتمل التأخير أو الانتظار فالخطأ في المجال الطبي ينعكس مباشرة على صحة الفرد وتأثيراته على الأفراد المحيطين بالمريض وعلى المجتمع ككل.

الفرع الثالث : مقومات الرقابة الفعالة في المستشفيات

توجد العديد من المشكلات التي تقف حاجز أمام وظيفة الرقابة في الكثير من المستشفيات، وتتمثل أهم المشكلات في ضيق مفهوم الرقابة لدى الكثير المديرين حيث غالبا ما يفهمونها على أنها الأداء الطبي والمالي للعمل فقط، ولمواجهة المشكلات السابقة فإنه لا بد أن يكون النظام الرقابي بالمستشفيات فعالا يستند إلى مقومات سليمة تتمثل فيما يلي¹:

1- سهولة وبساطة النظام الرقابي بالمستشفى: يجب أن يكون النظام الرقابي بالمستشفى مرنا بحيث يعكس التغيير في كافة الظروف المحتمل حدوثها، وبما يمكن معه من المحافظة على أداء العمليات الرقابية على الأنشطة المختلفة بكفاءة وفعالية.

2- موضوعية النظام الرقابي بالمستشفى: ينبغي استخدام المعايير الرقابية الجيدة التصميم، بحيث يتم اختيار هذه المعايير بطريقة موضوعية بحيث لا يقتصر نظام الرقابة على اكتشاف الانحرافات فقط، وإنما يجب أيضا التعريف على أسباب هذه الأخطاء.

¹ - أحمد محمد غنيم، المرجع السابق، ص ص 255، 256.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

3- ملائمة النظام الرقابي بالمستشفى مع طبيعة العمل بها: يجب أن تتناسب أدوات ووسائل الرقابة بالمستشفى مع طبيعة الأعمال التي تستخدم للرقابة عليها، فمثلاً تحتاج المستشفيات الصغيرة الحجم إلى أساليب للرقابة تختلف عن تلك التي تحتاج إليها المستشفيات.

4- أن لا يكون النظام الرقابي بالمستشفى مكلفاً: يجب ألا تكون الرقابة مكلفة بمعنى أن نفقاتها يجب ألا تزيد عن الحدود المتوقعة منها، وإن كان ذلك ليس بالأمر السهل لارتباط فوائد الرقابة بالكثير من المتغيرات كحجم الأعمال وأهمية النشاط.

5- تطبيق مبدأ الرقابة بالاستثناء في المستشفى: يجب ألا تكون الرقابة تفصيلية بصورة مغالى فيها نظراً لأن الرقابة التفصيلية مكلفة، كما أنها تستغرق وقتاً وجهداً كبيرين، كما تقتل لدى المرؤوسين روح المبادرة وحب العمل.

ولهذا فإن على المديرين بالمستشفيات أن يتجهوا إلى استخدام الرقابة بالاستثناء Control by Exception فينبغي على المدير أن يكتشف المشاكل التي تتطلب انتباهه، ويتجنب المشاكل التي يمكن لمرؤوسيه حلها.

بالإضافة إلى هذه المقومات، فعلى المسؤولين بالمؤسسات الصحية أن يأخذوا بعين الاعتبار النقاط التالية، لكي يزيدوا من فعالية وكفاءة الرقابة لتحقيق الأهداف المرجوة¹:

1- إعطاء العاملين في المستشفى معلومات كاملة وواضحة عن أهداف المستشفى، والهيكل التنظيمي والسياسات والاستراتيجيات والأساليب المتبعة في العمل في مختلف أقسام المستشفى بالإضافة إلى الوصف الوظيفي والحقوق والواجبات للمواطنين وأساليب التقييم المعتمد.

2- عقد اجتماعات دورية لمناقشة مشاكل العمل، يتم من خلالها توضيح ومناقشة مشاكل العمل والاقتراحات المختلفة لتجنب حدوث المشاكل.

3- الإشادة بمختلف الأعمال الجيدة والإيجابية التي يقوم بها الكادر الطبي أو التمريضي أو مختلف المهن الأخرى في المستشفى وهذه الإشادة تخلق المنافسة والإبداع لدى مختلف العاملين.

4- عدم التعالي على العاملين في المستشفى بغض النظر عن مستوياتهم الإدارية أو وظائفهم، وهذا التعالي يزيد من صعوبة الرقابة والسلوك التشاركي هو السبيل الأمثل للوصول إلى نتائج رقابية جيدة.

5- على الإدارة وكافة العاملين في المستشفى عدم قطع وعوداً لا يستطيعون الوفاء وذلك للحفاظ على المصداقية، وكذلك الاعتراف بالأخطاء حال وقوعها وليس تبرير الخطأ والدفاع عنه.

¹ صلاح محمود ذياب، المرجع السابق، ص ص 198، 199.

6- إعطاء فرصة لمختلف العاملين في المستشفى لإبداء آرائهم ونقل وجهة نظرهم للإدارة ومتخذي القرار.

7- توفير ظروف عمل مناسبة تساعد في التقليل من الأخطاء والانحرافات.

8- مراعاة نطاق الإشراف والرقابة حسب الأصول العملية والعلمية.

المبحث الثاني : رهانات تطبيق آلية الحكامة الصحية

لا شك أن الجزائر ومنذ الاستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية وذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والداستاتير، والذي أعتبر مكسبا ثوريا وهو الآن حق من حقوق المواطن، هذه السياسات عرفت نجاحات وانتكاسات وذلك عبر المراحل المختلفة التي مرت بها الجزائر، ولحد اليوم المنظومة الصحية تواجه مشاكل كبيرة، ولكي تؤدي المنظومة دورها من خلال توفير خدمات أفضل تتلاءم مع متطلبات المرضى يستلزم وجود تنظيم إداري فعال مبني على المؤشرات الحكامة الصحية و فواعلها.

وعليه تقتضي الدراسة تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين رئيسيين نتناول فيه في المطلب الأول النظام الصحي ومشروع الإصلاحات ، أما المطلب الثاني نتعرض فيه لمتطلبات تجسيد آلية الحكامة وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: النظام الصحي ومشروع الإصلاحات

شهدت الجزائر منذ بداية الثمانينات تقدما ملحوظا ومستمر في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن، وقد تحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل متسارع منذ بداية التسعينات من القرن الماضي، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، وأرتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة.

وبالرغم من التحسن في بعض المؤشرات، إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المالية المتاحة لقطاع الصحة، لم تحقق العائد المستهدف منها، ولذا كان لا بد من إعادة النظر في الساسة الصحية، بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد، إلا أن مدة الإصلاح تجاوزت المدة القانونية ولم تثبت نجا عتها على أرض الواقع.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

من أجل ذلك إرتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع نتعرض في الأول منها إلى تطور النظام الصحي الجزائري، وفي الفرع الثاني مشروع إصلاح المستشفيات وأهدافه ، أما الفرع الثالث نتناول فيه العراقيل والتدابير والمقترحات للنظام الصحي في الجزائر .

الفرع الأول : تطور النظام الصحي الجزائري

تركت السياسات الصحية التي مرت بها الجزائر أثارها الإيجابية والسلبية على منظومتنا الصحية، إذ مر النظام الصحي في الجزائر بعدت تحولات، كانت نتيجة لقرارات سياسية أو أزمات اقتصادية، ويمكن تقسيم المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر إلى ثلاث مراحل أساسية كما يلي:

1- المرحلة الأولى من 1962-1973 : تميزت هذه المرحلة بما يلي:

غداة الاستقلال بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (50% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذي بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن، و تميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل الوفيات المرتفع للأطفال تجاوز 180 لكل 1000، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة وانتشار الأمراض المتقلبة، وفي ظل الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

- تخفيض اللامساواة في توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج.
- مكافحة الأمراض والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المعدية¹.

ومن أهم البرامج التي سطرت في هذه الفترة وتعتبر ذات أولوية بالغة هي التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مراكز حماية الطفولة والأمومة، أو في إطار الطب المدرسي، كما صدر في هذا الأثناء المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في جويلية سنة 1969، القاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها وهذه تعتبر خطوة إيجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية، كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة بمكافحة بعض الآفات الاجتماعية مثل مرض السل من خلال إنشاء مراكز خاصة بذلك، ليصبح علاجه مجاني ونفس الشيء بالنسبة لمرض الشلل وسوء التغذية، كما تم اللجوء إلى عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الطفولة والأمومة.

ومن ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، حيث تمركزت الموارد البشرية الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية وشبه الريفية

¹ M.chouch, "développement du système national de santé:Stratégies et perspectives",revue le gestionnaire , revue élaborée par l'école nationale de la santé publique, n°5, juin .P 05 .

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

حيث لا تحتوي هذه الأخيرة إلا على بعض الأعوان شبه الطبيين الذي لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض¹.

2- المرحلة الثانية من 1974-1989 : تميزت هذه المرحلة على مستوى سياستها الصحية بما يلي²:

إقرار مبدأ مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية، انطلاقا من جانفي 1974، من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية ، ولقد أكد هذا المسعى المادة 67 من الميثاق الوطني لعام 1976 حيث نصت كالآتي: " يعد الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي على التضامن الوطني ووسيلة تجسيد حق المواطن في العلاج " . وأهم ما يميز هذه المرحلة التطور الكبير الذي عرفه النظام الصحي من خلال تزايد عدد الأطباء في الجزائر بعكس المرحلة السابقة من 57872 عامل عام 1973 إلى 12478 عام 1987، طبيب لكل 1124 نسمة .

ولقد انعكس ذلك إيجابيا على الوضع الصحي للبلاد حيث أرتفع أمل الحياة من 51 سنة عام 1965 إلى 65 عام 1987 ، انخفاض معدل وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية. ولقد عرفت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث أقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، حيث لا يمكن تحويل بعض الإعتمادات المالية من عنوان الآخر، رغم الحاجة الملحة إلا بالرجوع إلى السلطة الوصية، حيث لم نترك أي مبادرة للمدير للتكيف مع الظروف والمستجدات، صعوبة التعامل مع المؤسسات الخاصة، وبعض المؤسسات العمومية التي ترفض استخدام الإذن بالطلب³. بالإضافة إلى أن هذه المرحلة قد عرفت عدة مشكلات منها⁴:

- تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى.
- نقص في التخصصات الطبية.
- قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا.

¹ العلواني عديلة، تفعيل النمط التعاقد في نظام الصحة الجزائري، المرجع السابق، ص ص 14،15.

² A.Saihi, "le système de santé publique en algérie " revue gestation hospitalières, la revue des décideurs hospitaliers, n°455, avril, 2006,p:241,242.

³ بن لوصيف زين الدين، " تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة "، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر، 2003، ص 140.

⁴ العلواني عديلة، المرجع السابق، ص16.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

ولم تسفر المؤشرات الصحية عن تحسين كبير بالرغم من التطور فيما يخص الهياكل القاعدية والموارد البشرية وأهم نتيجة تسجل هنا:

○ انخفاض نسبة وفيات الأطفال، بعد ما كانت حوالي 140 من الألف سنتي (1969-1970) إلى 122 من الألف لسنة 1979، بالإضافة إلى المؤشرات السابقة الذكر.
أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك.

3- المرحلة الثالثة من 1990-2001 : تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل، والتي تطورت منذ نهاية الثمانينات، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال سار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن وترجم هذا الأخير بما يلي¹:

○ مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه الثمانينات، كإطار للوساطة و التحكيم لتجسيد القطاعية اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة، على المستوى المؤسسي، تركيز الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية.

○ إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:

➤ المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP): مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله السوق.

➤ الوكالة الوطنية للدم (ANS): مكلف بوضع السياسات الوطنية للدم (1955).

➤ الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مكلف بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.

➤ المركز الوطني لليقظة الصيدلانية وبقظة العتاد (CNPM): وكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية المستعملة واستعمال المعدات الطبية.

أما المؤشرات الصحية الخاصة سنة 2005 فقد عرفت القليل من التحسين، وهذا حسب ما جاء في تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر، فإنه على الرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي والمقدرة 9.1% من الميزانية العامة.

إلا أن الخدمات الصحية لا سيما فيما يتعلق بوفيات الأطفال هي في مستوى متوسط بالإضافة إلى الأموال التي تم إنفاقها في سنة 2015 حيث بلغ عددها 1.97 مليار الدولار، في حين بلغ عدد نفقات

¹ M.chouch, op-Cit, p:6.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

الصحة في سنة 2016 2.02 ملايين الدولار على غرار السنوات السابقة حيث بلغت معدل وفيات حديثي الولادة الذين يتراوح عمرهم ما بين (0-4سنوات) خلال سنة (2008-2012) 75.7% ، أما بالنسبة للأطفال بعد الولادة فقد بلغت نسبة الوفيات 5.7%، وبالنسبة للأطفال 21.4%، وكذلك معدل صغار الأطفال 2.8، أما بالنسبة وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 24.1%¹، ويرجع السبب إلى غياب الرؤيا الإستراتيجية وعدم تطبيق مؤشرات الحكامة الصحية التي أدت بضرورة الحال إلى غياب السياسة الناجعة، بالإضافة إلى سوء توزيع الأطباء و تفاوت فيما يخص الرعاية الصحية فالأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج، والأكثر من هذا فإن التقنيات المكلفة ليست هي شرط للنجاح، والملاحظ أن المناطق ذات الكثافة السكانية تعاني نقصا في الهياكل الصحية على عكس المناطق الأخرى أين توجد هياكل ضخمة بينما الكثافة السكانية قليلة أما بالنسبة للتكوين فأصبح يهتم بالكم لا بالكيف هذا بالإضافة إلى المشاكل الأخرى المتعلقة بنقص الأدوية وضعف التمويل للبحث العلمي.

فإصلاح المنظومة الصحية يجب أن يشمل أولاً الجوانب التنظيمية لتحسين مرد ودية الخدمات المقدمة و الاعتماد على التسيير الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة لا يمكن التحكم فيها أولاً تعمل بكل طاقتها وفي الإطار جاءت الجلسات الوطنية التي انعقدت في 26-27 ماي 1998 بقصر الأمم بالجزائر والتي تم فيها وضع " ميثاق الصحة " كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية و يهدف الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن نميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي².

الفرع الثاني : مشروع إصلاح المستشفيات وأهدافه

بعد عرض الأوضاع المحيطة بإصلاح المستشفيات، نستعرض موضوع إصلاح النظام الصحي في الجزائر إذ يعتبر العنصر المميز لسنة 2002، في مجال الصحة في الجزائر، تغيير أسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات.

¹ MSPRH et UNICEF et UNFPA, enquete par grappes à Indicateurs multiples (mics) 2012-2013, Algerie, 2015,p55.

² العلواني عديلة، المرجع السابق، ص 18.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

إن القطاع الصحي يعتبر النواة الأساسية بالنسبة للمنظومة الصحية حيث يتوفر على القسم الأكبر للإمكانات المادية والبشرية والذي عرف عدة تغيرات سواء في الهياكل أو المهام المنوطة بها من تنظيمها وتسييرها، وخاصة ما ورد في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لمشروع إصلاحات المستشفيات مجموعة من الأهداف والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها وتتمثل في الأتي¹:

- إحصاء عروض العلاج و الاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال. ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
- التأكد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
- إعادة التأكيد على الالتزامات لكل المتدخلين في صحة المواطن.
- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤوليتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية الاجتماعية.

○ تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعات في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

○ ويتضح من الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما:

- التحكم في نظام المعلومات الصحي، وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

أما فيما يخص ملفات الإصلاح فقد ركز المجلس على نقاط مهمة، نعرضها فيما يلي:

تمحور هذا الملف حول دراسة كفايات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائية الفرعية وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسة الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي.

وتم التعرض بشكل واف إلى كفايات التنسيق بين الهياكل الجوارية والمتمثلة في قاعات العلاج الجوارية أو المراكز الصحية الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

1- ملف الهياكل الإستشفائية:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على المؤسسات العلاجية والخاصة.

¹ وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 2003.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حدّ سواء، من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي.
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص.
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار.
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها.
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

2- ملف الموارد البشرية:

أهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلل السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم و أجورهم، ترفيتهم في المسار المهني وتكوينهم حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

3- ملف الموارد المادية:

أرتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية، والخاصة بالأمن والتوعية.

4- ملف التمويل

أهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي بإدخال مرونة حسابية، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسهر المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة، بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

5- ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى، من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليها في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتحصلين، الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعجالات فهي تستدعي بحثاً معمقاً على نتائج التحقيق الجاري حالياً، والذي يتكلف له المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة¹.

واللافت للنظر أن كل ما ورد في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لمشروع إصلاح المستشفيات من أهداف لم يتم تحقيقها بالرغم من أن عملية الإصلاح دامت فترة طويلة، ويرجع هذا لغياب تبني إستراتيجية واضحة المعالم تعتمد على منظومة قانونية جيدة من جهة وغياب الرقابة الفعالة والمساءلة والشفافية في تطبيق هذه الأهداف شكل عائق أمام إصلاح المنظومة الصحية، وأصبح اليوم ضروري تطبيق آلية الحكامة في المجال الصحي للوصول إلى منظومة صحية فعالة.

الفرع الثالث : العراقيل والتدابير والمقترحات للنظام الصحي في الجزائر.

لم يكتفي المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات بوضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، وخصوصاً المستشفى، وإنما قام بتقديم حوصلة عن العقبات والمشاكل الأكثر بروزاً والتي تمس جوانب حد مهمته، وفيما يلي عرض العراقيل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجته :

1- العراقيل والتدابير العاجلة المرتبطة بالتمويل ومعالجته:

ويمكن تلخيص أهم العراقيل التي أدت إلى نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة فيما يلي:

○ تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كافي للموارد المالية.

¹ أمير جلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008، ص

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.
- وعلى ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرض فيما يلي:
- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال إسترداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تحيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط الأشخاص المعوزين، بحيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كيفية التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- تجسيد مخطط حسابات المستشفيات بشكل واقعي.
- ترخيص للمستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية و الدولية والشركات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانية المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
- إعفاء المؤسسات الصحية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة تعتمد على تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- وضع ميزانية لمدة 03 سنوات تخضع الرقابة القبلية والبعدية عند انتهاء من صرف الميزانية.
- مواصلة مسار دفع الديون عن المستشفيات.
- تطبيق النظام التعاقدي بالمؤسسات الإستشفائية بحيث يتم حساب تكلفة المريض بصفة مدققة والتي تؤدي في النهاية إلى تحسين الخدمة الصحية .

2- الاختلافات المرتبطة بكل التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها:

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على أقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدا.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائط المادية والموارد البشرية، وتدبير معالجتها:

لقد انبثقت أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، سنبرزها كالآتي:

- تعداد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصايا شديدة الثقل وغير فعالة.
 - تثبيت المستخدمين بسبب قوانين أساسية و ظروف ممارسة غير ملائمة و أجور منخفضة.
 - تباين توزيع الوسائط المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
 - نقص في صيانة العتاد الطبي.
 - نفاذ المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من حدتها الاختلافات في تسيير المستشفيات والأدوية.
 - تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.
- وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس و وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلافات السابقة كما يلي:

- الحد من تدخل الوصايا بإعادة مركزه مهام الإدارة المركزية و هيكلها غير الممركزة.
 - مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
 - توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.
 - إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
 - جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلًا وتحديد مهامها بدقة و إلزامها بمسؤوليتها.
 - تزويد المستشفيات بالهيكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.
- أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطة الطبية.

العراقيل المرتبطة بالإعلام وأوجه معالجتها :

يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من آثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع المعلومات وتحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيات الجديدة للإعلام، وهذا ما تسبب أساسا في ضياع الخبرة والتحكم للذات جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة، وبالتالي اتخاذ

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

تدابير أولية مفادها إعادة العمل بالمنهج المعروفة وتحديد المجالات التي يدرج فيها الإعلام الآلي ومصاحبة هذه العملية بتطوير التكوين الضروري لذلك بالإضافة إلى توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال بين مختلف الهياكل الصحية.

العراقيل المرتبطة بالتكوين وطرق معالجتها:

لقد أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العمومي والخاص)، وذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
 - التكوين الأكاديمي لم يعد قادراً على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان ، وهذا ما يترتب عنه نقص في بعض الاختصاصات الطبية والشبه الطبية.
 - مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
 - تكوين المسيرين على مستوى التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات¹.
- واستناداً على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة ولكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقاً قصد بناء هيكل قانوني، إداري، مالي، اجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد، ولا يكون هذا إلى من خلال الاعتماد على آلية الحكامة ومؤشراتها المتمثلة في المساءلة و الشفافية ودولة القانون والرؤية الإستراتيجية والتشاركية والرقابة بالإضافة إلى تحديد مهام الصحة بشكل واضح والمتمثلة في المجتمع المدني و القطاع الخاص، ومن جانب آخر على الوصايا اعتماد مكانزمات جديدة لتجسيد الحكامة في المؤسسات الصحية بالإضافة إلى ضرورة إصلاح المنظومة الصحية وهذا ما سنتطرق له لاحقاً

المطلب الثاني : متطلبات تجسيد آلية الحكامة وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية

تفتقد المنظمات الصحية في البلدان النامية والمتخلفة إلى الجودة العالية في تقديم الخدمة، وعدم تلبية الطلب على الخدمة الصحية وهذا نظراً لإمكانياتها المحدودة للإدارة الصحية وخبرتها الناقصة من جهة ونقص في تسيير الشأن الصحي في البلاد من جهة أخرى . اذ يعتبر المستشفى النواة الحقيقية التي تعبر عن تحسن الخدمات لكون المؤسسة الصحية تعتبر كجزء من النظام الصحي أو البيئة الخارجية

¹ أمير جلال، المرجع السابق، ص184.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

التي تعد من أحد المدخلات العديدة المؤثرة في الصحة. و أن افتقاد هذه الأخيرة مسيرين ومتخصصين في الجودة أدى بدوره إلى عدم تلبية رغبات المريض من جهة والمستخدمين بالقطاع الصحي من جهة أخرى كذلك، بالإضافة إلى عدم وجود نية واضحة المعالم في تجسيد أرضية تسمح بتطبيق آلية الحكامة بشكل رسمي في النظام الصحي اثر سالباً على نوعية الخدمة سمح بتذبذبها، مما أستوجب البحث على آليات وأساليب إدارية جديدة تقوم بتلبية هذه الرغبات.

و من أجل ذلك إرتائنا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاث فروع، نتعرض في الفرع الأول منها إلى متطلبات تجسيد الحكامة و تأثيرها على جودة الخدمات الصحية، أما الفرع الثاني نتناول فيه حتمية إصلاح المنظومة الصحية من منظور الحكامة أما الفرع الثالث فسوف نخصه لتأثير آلية الحكامة على جودة الخدمات الصحية.

الفرع الأول:متطلبات تجسيد الحكامة في المؤسسات الصحية الجزائرية

تعتبر الإدارة الصحية بمثابة المجدد الحقيقي والمنفذ الوحيد لسياسة الدولة سواء في إرساء مبادئ الحكامة بالجهاز الإداري أو تطبيق إدارة الجودة بالمؤسسات الصحية، لذا فإن أي تغيير في دور هذه الأخيرة يجب أن يصحبه بالضرورة تغيير في مهام الإدارة وفق رؤية إستراتيجية تنتهج خصائص الحكامة وتتفق والدور الجديد الذي أنيط بالدولة.

ولهذا سنحاول التطرق إلى أهم المتطلبات المؤدية إلى تحقيق الحكامة في الإدارة الصحية العمومية باعتباره من أهم المداخلات المؤثرة على الصحة والمتمثلة في آليات التنظيم، التسيير، ثقافة السلوك.
أولاً: المتطلبات المتعلقة بالتنظيم:

أ- التخفيف من حدة المركزية في الإدارة الصحية:

على غرار الدول الحديثة اعتمدت الجزائر في تنظيمها الإداري على أسلوبين المركزية واللامركزية ولكن الواقع أظهر إفراطاً شديداً في المركزية لا سيما في جانبها الإداري الصحي. فمن الناحية الإدارية نجد أن الوصايا تتدخل حتى في صنع بعض القرارات البسيطة مما قيد المسؤول في المستوى اللامركزي في طرح أفكاره على الميدان بالإضافة إلى تطبيق هامش الحرية في التسيير مما يؤثر سلباً على عملية إتخاذ القرار.

فالتخفيف من حدة المركزية يتجسد من خلال الرؤية الإستراتيجية المبنية على الإدامة وعملية التخطيط الذي تتكفل به المصالح المركزية بمشاركة فواعل .

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

غير أن التجربة في الجزائر قد بينت عكس ذلك بحيث نجد السلطات اللامركزية وفواعل الحكامة الاخرى تعتبر شبه مهمشة في صنع القرارات المتعلقة بالسياسة الصحية في البلاد من جهة، و عدم اشراكها في تحقيق التنمية الصحية المجتمعية من خلال غياب اطر الشفافية. وعلى سبيل المثال قانون الصحة الجديد الذي عرض على البرلمان في سنة 2017 ولاقى الرفض، وكان من أسباب الرفض أنه لم يتم إشراك الفواعل الرسميين عن طريق ورشات رسمية، وبالتالي فإن إعادة صياغة مفهوم اللامركزية وتدعيمه بالإستقلال المالي وإعادة هيكلة الإدارة غير كافي لتحقيق تسيير فعال لهذه الإدارة بل يجب اعتماد طرق التسيير الحديثة وتحديث وسائل الإدارة ومناهج عملها عن طريق إنجاز شبكات معلوماتية داخلية وخارجية لتسهيل نشر المعلومات وترقية سبل الإتصال والحوار وبتث ثقافة الإعلام وفتح المجال أمام المرتفقين للمشاركة في صنع القرارات الصحية لتكريس الشفافية على مستوى كل أعمال الإدارة الصحية التي تتطلب بدورها مراجعة طرق تطبيق إدارة الجود بالمستشفيات وخارجها والإجراءات الإدارية من أجل تحسين الخدمة الصحية العمومية . مع الإبتعاد عن الرقابة كوسيلة للضغط والعقاب لأن ذلك يخلق جو من النفور و انعدام الثقة بين القاعدة والمركز مما ينتج عنه تنصل المسؤولين المحليين عن أداء مهامهم خشية الوقوع في الأخطاء وبالتالي ترتيب مسؤوليتهم . كما أن تعدد أشكال الرقابة يعمل على إرهاق المسؤولين وتعطيل إنجاز الأهداف، فضلا عن أنها تكون مكلفة للغاية، فمثلا الرقابة المسبقة تؤدي أحيانا إلى تأخير إنجاز الأعمال وطول الإجراءات.

ويتجلى من كل هذا أن الحكامة الجيدة تحتاج إلى الرقابة التي تساعد على تقوية السلطات المركزية وتعزيز سيطرتها على المؤسسات الصحية وهيئات عدم التركيز خشية تجاوز هذه الأخيرة الاختصاصات المخولة لها سواء كانت الرقابة على المهام أو على الوسائل التي تستخدمها لأداء مهامها.

ب- تجنب التضخيم الإداري في النظام الصحي:

باعتبار وزارة الصحة من القطاعات الحساسة والتي يجب عليها أن تعمل بالتنسيق مع قطاعات اخرى متعددة (تجارة، تعليم، الأمن، القضاء، البيئة.... إلخ)، وعليه نلاحظ تجسد ظاهرة التضخيم الإداري في وجود توسع أفقي على مستوى التنظيم الإداري في وجود تعدد مستويات بناء التنظيم، فمن خلال تعدد القطاعات المتعامل معها وتزايد المصالح الحكومية والمؤسسات الصحية التي تعاني من غياب التنسيق في بناء الرؤيا الإستراتيجية سواء على المستوى الهرمي أو القاعدي والذي ترتب عنه مشاكل عديدة يمكن نقادتها من خلال:

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

- التحكم في عملية الإشراف والتوجيه من أجل توصيل المعلومات من أسفل القاعدة إلى قمة التنظيم وكذا الإسراع في وصول الأوامر والقرارات من قمة التنظيم إلى قاعدته.
- إعادة النظر في القوانين المتعلقة بالصحة وتحويل جميع المهام التي تمس الصحة العامة والعمومية للوزارة الوصية لتفادي التخلي على المسؤوليات.
- ضرورة إلزام كل قطاع بإعطاء تدابير الصحة لقطاعه بالتنسيق مع الوزارة الوصية، وعرض تقرير مفصل سنوي في البرلمان عن الجانب الصحي لقطاعه.
- التقليل من أجهزة الرقابة لتجنب التضارب بشأن المسائل و محتوى التقارير التقييمية.
- التخلي عن مبدأ ميزانية السنوية، والعمل بالنموذج الكندي باقتراح ميزانية لمدة 03 سنوات لكون القطاع الصحي حساس، أي يمارس أنشطة لا تحتاج للعراقيل من جانب المراقب المالي والمحاسب العمومي .
- التقليل من الاجهزة و اللجان الفرعية التي تزيد في حجم نفقات الدولة المرتبطة بالأجور والرواتب دون قيمة مضافة مقابلة، وإقتراح لجنة مختصة بالجودة في مجال (النشاط الطبي، المنشآت،... إلخ) على المستوى المركزي والمحلي.
- التخفيف من الإجراءات لضمان الفعالية التنظيمية بشكل عام.
- إدخال الإدارة الإلكترونية الصحية وربط تعاملاتها مع جميع القطاعات المتعامل معها لضمان مبدأ الشفافية¹.

ثانياً: المتطلبات المتعلقة بالتسيير²:

إن الإمتثال لسياسة المشاركة الجماعية في تحضير الأعمال الإدارية وتنفيذها وتفعيل مبادئ وآليات الرقابة الدورية على أعمال الإدارة ومستخدميها، مع منح المواطنين سبل المشاركة في تسيير الشؤون العمومية، فهي لبنة من لبنات دولة القانون، وسمة من سمات الحكامة في شقه التسييري. على اعتبار الحكامة عملية قيادية وتوجيه شؤون المؤسسة الصحية سواء كانت عامة أو خاصة فهي ترمي الى تسيير الشأن الصحي الذي تعني به الجماعات المحلية أو المجتمع المدني . وذلك بالتنسيق

¹ طالبة السنة الرابعة، الحكم الراشد في الإدارة العمومية الجزائرية " دراسة نموذج "، ملتقى حول الحكم الراشد في الإدارة العمومية، المدرسة الوطنية للإدارة، الدفعة التاسعة والثلاثون (39)، فرع الإدارة العامة، الجزائر، 2005، ص ص 67،68.

² المرجع نفسه، ص70.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

والاستشارة والمشاركة والشفافية في اتخاذ القرارات مما يسمح بالمشاركة بين مختلف الفاعلين وهو ما يخلق قنوات الإتصال ومن ثم الحوار بينهم، الأمر الذي يعطي الدفع والفاعلية لأعمال الإدارة المنبثقة عن تصرفاتهم القانونية باسمها.

وفي هذا الإطار ومن أجل وصول إلى إدارة صحية جزائرية فعالة، تتحكم في تسيير الموارد البشرية وتحاول تجسيد الحكامة وجب عليها الأخذ بآليات تسيير حديثة يمكن تلخيصها فيما يلي:

○ تحديد الاحتياجات من الموارد البشرية وفقاً لمتطلبات العمل ثم البحث والاستقطاب للموظفين الأكثر كفاءة وجدية.

○ الإهتمام أكثر بالعلاقات الإنسانية بين الموظفين، إذ أن نجاح أية إدارة متوقف على درجة التفاهم والرضا والتعاون بين مختلف الفاعلين.

○ وضع إستراتيجية محددة من خلال إعداد خطة العمل التي تقسم إلى شقين:

1- تحديد عدد الوظائف والمهام والمناصب الشاغرة والتي يتحتم شغلها.

2- تحديد مسؤولية وكفاءة وواجبات من يشغل الوظيفة.

○ تهيئة كل الظروف والإمكانات للموظف لمنع أسباب القلق وعدم الاستقرار.

ومن أبرز الجوانب الحساسة التي يتطلب على المؤسسة الصحية التركيز عليها فيما يتعلق بتسيير الموارد البشرية في الإدارة الصحية نجدها تتمثل فيما يلي .

أولاً: تفعيل الإتصال بين مختلف الوحدات:

إرساء دعائم دولة القانون القائمة على إدارة متينة لا يشوبها ما يفضي اللبس على مسارها الخدماتي ، اذ يظهر هذا في تكثيف وتفعيل ما يدور حول الإتصال النازل والصاعد وكذا الأفقي بين مختلف مستوياتها وهيكلها.

فالنازل يقوم على حمل المعلومات من السلطات العليا (وزارة الصحة والسكان) إلى القاعدة (مؤسسات الصحة العمومية) مروراً بمستويات وسيطة بالإدارة، يسهم هذا النوع في نشر المعلومات الخاصة بالتنظيم وتعريف محيطها الداخلي بما تعتمد عليه السلطات العليا.

أما الصاعد فيدور حول نقل المعلومات من القاعدة إلى القمة بصفة إلزامية ودورية، يسهم في الحوار بين قيادة الإدارة ومستخدميها، الشيء الذي يفضي على القرار الطابع الجماعي والترشيدي.

أما الإتصال الأفقي فيعلق بوحدة في نفس المستوى، يسمح بالتفاعل بين مختلف الفاعلين بصفة عرضية و يضمن المساعي والأهداف التي تدخل في إطار النشاط العام المرفق المعني.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

• ربط الترقية بالكفاءة: يقصد بالكفاءة مجموع الإمكانيات والمؤهلات التي يكتسبها ويتوفر عليها الموظف والتي تسمح له مباشرة مهامه والاستمرار فيها ومن ثمة تفعيل النشاط الإداري لخدمة المواطن بالدرجة الأولى، وإلحاق الكفاءة بالترقية يتعلق أساساً بتولي الوظائف العليا لما لها من دفع لأصحاب الكفاءات لتفعيلها وبالتالي الوصول لهذه المناصب يعكس الأقدمية ذات الطابع الجموعي.

يظهر دور الكفاءة في الإطار خصوصاً في دفع الإطارات إلى البروز وقيادة العمل الإداري ومن ثمة الإصلاح كما تساهم في فعالية النشاط الإداري نظراً للطاقتن الإداري النخبوي.

• الاهتمام بفئة الإطارات: باعتبارها النخبة الأكثر دراية بالعمل الإداري والمشروع الإصلاحى، فيجب تدعيم قدراتها وتفعيل كفاءاتها من خلال تحفيزها مادياً ونوعياً بتكثيف نوعية وعدد دوراتها التكوينية إضافة إلى استقطاب كفاءات جديدة من شأنها تبني العمل الإصلاحى .

وعليه فإن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سياق تكوين فئة الإطارات التي كان القطاع الصحى يشهد نقص كبير بها، فقد استدركت الأمر باستحداث المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 04-73¹.

بحيث تم و لأول مرة تكوين دفعة إطارات متصرفى مصالح الصحة بالمدرسة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 09-161 والمتضمن القانون الأساسى الخاص بالموظفين المنتمين لسلك متصرفى مصالح الصحة².

و ستظهر ثمرة منتج تكوين هذه الاطارات في سنة 2018 بعد تسعة سنوات من تخرج اول دفعة ، الا انه يعاب على الوزارة الوصية عدم متابعة منتج تكوين الاطارات في الميدان الاستشفائى مما يجعلهم عرضة للصراعات والحسابات الضيقة.

○ نقص التحفيزات المادية بالنسبة للطاقتن الطبي والشبه طبي بالمؤسسة العمومية ، بحيث راتب الطبيب المختص في القطاع الخاص يفوق راتب الطبيب المختص في القطاع العام باربعة اضعاف ، هذا ما يشجع الاطباء على الهروب الى القطاع الخاص من جهة ونقص المردود في القطاع العام من جانب الطاقتن الطبي والشبه طبي.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 04-73، المؤرخ في 04مارس2004، بإنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية ج ر ج ج، رقم 13، المؤرخة في 07 مارس2004، ص21.

² المرسوم التنفيذي رقم 09-161، المؤرخ في 02 ماي 2009، والمتضمن القانون الأساسى الخاص بالموظفين المنتمين لسلك متصرفى مصالح الصحة، ج ر ج ج، رقم 28، المؤرخة في 10 ماي 2009، ص11.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

بالإضافة إلى هذه النقاط نجد أن المؤسسة العمومية تعاني من الفساد المالي، ولهذا يجب إصلاح المنظومة المحاسبية إصلاحاً جذرياً لتتماشى مع المستجدات والمعطيات الجديدة، وهذا فضلاً عن إدخال أنظمة رقابة فعالة ونظم تسيير حديثة وعصرية، ومن أهم هذه الأدوات ما يلي:

○ إقامة رقابة مالية صارمة لا يجب ان تقتصر الرقابة المالية فقط على مدى مطابقة التصرفات المالية للمشروعية، بل لا بد أن تتعدى إلى مراقبة الفعالية و مدى تحقيق الأهداف المرصودة من طرف المؤسسة الصحية كما لا يجب أن تكون الرقابة فقط أثناء التنفيذ، بل لا بد أن تتم أيضاً بعد التنفيذ، وذلك للتأكد من أن ما يتم مطابق لما هو مطلوب أن يتم، كما أن لجهاز الرقابة المالية دور مهم بحيث لا يجب أن يقتصر على الرقابة المالية التقليدية بل يجب أن يتعداها إلى المساهمة في إدارة عمليات التنمية الصحية الوطنية عن طريق تنبيه المعنيين وتوجيههم إلى مواطن الضعف والخلل في مسيرة توجيه الإعتمادات المالية وإرشادهم إلى أنجع السبل لتبني السياسات المالية و ملائمة الرقابة المالية لتحقيق عدة أغراض وأهمها:

1- **المساءلة:** تعني تحديد المسؤولين عن الأخطاء التي قد تتجم عن تصرفاتهم وقراراتهم المتخذة.

2- **تحسين الأداء:** عن طريق الرقابة يمكن معرفة قصور ومواطن الضعف والقوة بالإدارة الصحية وبالتالي السعي نحو الأفضل لتحقيق خدمة صحية ذات جودة¹.

وعليه في الأخير يمكن القول أن عملية تحقيق الجودة في الخدمات الصحية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمكانيزمات تجسيد الحكامة والاستراتيجيات الحديثة التي تهيأ قاعدة صحيحة لتجسيد الحكامة الصحية، ولهذا نستنتج أن جودة الخدمات تتغذى من فواعل الحكامة وتجسيد مبادئها على أرض الميدان وليس تبنيتها كشعارات، ولنجاح هذه الأخير يجب تجسيد تلك الميكانيزمات السالفة الذكر.

والملاحظ على المنظومة الصحية في الجزائر هي كذلك تعاني لحد من غياب اطر قانونية واضحة المعالم تحدد مؤشرات الحكامة الصحية وفواعلها وبالتالي ظهور تقهقر في جودة الخدمات الصحية لغياب الاستراتيجية الواضحة والتي تعمها في غالب الاحيان الضبابية، وهذا رجع لبعض المعوقات الداخلية التي تكبح بروز تلك المؤشرات السابقة الذكر.

¹ طالبة السنة الرابعة، الحكم الراشد في الإدارة العمومية الجزائرية " دراسة نموذج "، المرجع السابق، ص 74.

الفرع الثاني : حتمية إصلاح المنظومة الصحية من منظور الحكامة

يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لكونه اللبنة الأساسية التي تعمل مع جميع القطاعات، ونظر لما أصبح يعاني منه النظام الصحي في الجزائر من مشاكل حقيقية وبالخصوص الداخلية، كانعكاس لتدهور الوضع الاقتصادي والسياسي والاجتماعي وحتى الأمني للمجتمع الجزائري أصبح من الضروري بمكان القيام بتغيير الوضع وبناء رؤية إستراتيجية عن طريق تبني آلية الحكامة كمنقذ للوضع الصحي من جهة، و كطريق نحو تحسين جودة الخدمة الصحية، وعليه نجد أن أبرد العراقيل والاختلافات التي أصبح يتخبط فيها النظام الصحي والتي جعلته غير قادر على ضمان فعالية الخدمات الإستشفائية هي كما يلي¹:

أ- **إختلالات متعلقة بالتنظيم:** إن المؤسسة الإستشفائية مؤسسة ذات طابع إداري تخضع في تسيرها إلى المنطق الإداري الذي لا يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي، أين العلاقات الهيكلية واضحة، في حين أن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، فنجد تعدد أجهزة التدخل على عدة مستويات مما جعل الوصاية ثقيلة، فهي تشكل في غالب الأحيان امتداد عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة.

أولاً: من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية الوصية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها.

ثانياً: خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية تسيير الوسائل المخولة لها من قبل التشريع والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة وهذا بالرغم من تمتعها باستقلالية قانونية تكفلها مختلف النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة بها من خلال تمتعها بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

● غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم في ظل غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص ، فتسيير مساهم المهني منظم بقانون قائم على الفكر الإداري المرتكز على منطق التنظيم الإداري المرتبط بأسس بيروقراطية.

● عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال 01 طبيب لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب² فبينما يتمركز الأطباء في الجزائر العاصمة بمعدل 01 طبيب لكل 318 نسمة، يوجد في

¹ حميد بن حليلة، " الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر: النظام التعاقدية "، تقرير التريص الميداني، السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة ، الجزائر، 2006، ص05.

² نفس المرجع، ص06.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

إدراج 01 طبيب لكل 2013 نسمة، أي 50% من الأطباء موجودين في منطقة الوسط في حين أن 1/6 من المؤسسات العمومية للصحة لا تتوفر على طبيب مختص¹.

● قلة التجهيزات وعدم صلاحيتها في أغلب الأحيان وعدم تجانس حظيرتها وعجز في صيانتها بسبب قدمها أو عدم توفر قطع الغيار الخاصة بها، إذ في أغلب الأحيان يتم استيراد الأجهزة من دول وشركات مختلفة، قد لا يكون لها ممثلون على المستوى الوطني.

● نفاذ المواد الصيدلانية الأساسية، حيث أن الصيدلية المركزية للمستشفيات التي لها احتكار لم تعد قادرة على سد كل الاحتياجات. بالإضافة إلى عدم تدعيم المنتج الوطني الصيدلاني.

● غياب مراجعة مدونة الأعمال والنشاطات الطبية وغياب إجماع على مقاييس ممارسة طبية جيدة ومعقدة .

● صعوبة حصول المرتفقين (المرضى) على العلاج.

● غياب المتابعة المؤسساتية للمريض في حالة الإستشفاء طويل المدى وبعد خروجه كذلك.

● نقص النجاعة والنوعية في الخدمات العلاجية المقدمة للمستعملين (طول الانتظار للحصول على موعد الإستشفاء وظروف الإقامة غير المشجعة وغير المقبولة من طرف المرضى، وطول الإقامة داخل المستشفى أحياناً بدون مبرر).

● ضعف تقييم النشاطات الطبية بسبب عدم وجود الوسائل كاللجان المتخصصة في هذا المجال وعدم تقبل فكرة التقييم من الممارسين.

ب- إختلالات متعلقة بالتمويل:

إن المنظومة الصحية تعاني من قلة الموارد المالية من جهة والتعشيف بعض الأبواب من ميزانية المؤسسات الإستشفائية مثل (النظافة الإستشفائية، حظيرة السيارات، والتغذية) من جهة أخرى، الأمر الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية لمواجهة الطلب الذي هو في تزايد مستمر على العلاج، فكل هذه الأسباب تمنع من توفير أرضية لتحقيق جودة الخدمات فإذا أردنا أن نطبق آلية الحكامة في القطاع الصحي لا بد من توفير الأساسيات أولاً، بالإضافة إلى العديد من الإختلالات الأخرى التي تدخل في هذا الإطار والمتمثلة في:

¹ Mohamed khadir, une Algérie, à deux collègues, une médecine à deux vitesses, el watan, n° 5890, 13 mars, 2010, p19.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

● قلة الموارد المالية وسوء توزيعها وعدم تكييفها، فهيكلة النفقات وموارد الميزانية على الشكل الحالي يجمد فكر من ينفذ هذه الميزانية، فهو مقيد بهذه الأبواب لذلك فهو منفق وليس مسير.

● غياب التحكم في النفقات الإستشفائية وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية. بالإضافة الى عدم وجود نية من الضمان الاجتماع في العمل بالنظام التعاقدى الذي سيزيل الضبابية في تقييم الانشطة الطبية.

وعليه فوضعية المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد للميزانية، تتميز بوضعية اللاتسيير وهو ما يفسر الوضعية القانونية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة الإستشفائية وفقدان مصداقيتها و التي تتجاوز في بعض الأحيان 25% من الميزانية وهي نسبة معتبرة، إذ تتزايد مرة وتتنخفض مرة أخرى¹.

وعلى أساس هذه الإختلالات أصبح اليوم إلزاما على الدولة انتهاج آلية الحكامة لإرجاع المنظومة الصحية على الصواب، لان الحكامة تتغذى من بروز هذه الإختلالات التي تؤدي في نهاية المطاف إلى تدهور الوضع الصحي.

ت- إختلالات متعلقة بوسائل التسيير²:

● المتعلقة بالنظام الإعلامي: إن الإعلام الصحي كغيره من الوسائل الأخرى يخضع لنتائج التطور التكنولوجي الذي تشهده كل القطاعات، بحيث انتقلنا من النمط التقليدي لاستغلال المعلومات وتحليلها إلى نمط جديد يعتمد أساسا على التكنولوجيا الجديدة الخاصة بالإعلام، فالنظام الإعلامي الحالي لا يعلمنا إلا بجزء بسيط فقط من الواقع الواسع للطلب العلاجي ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، ومن أهم الاحتمالات نجد ما يلي:

- انعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض، إذ نتج عنه انعدام أي استغلال لهذه الرموز.
- سوء تناول الملفات والتقارير الطبية وعدم تكييف ومرونة بعض السجلات الإدارية، مما نتج عنه عدم استفادة المريض من هذه السجلات بطريقة منظمة، وهذا ما يدل على غياب الهدف الحقيقي من إعداد الملف.

¹ على لوحادية، محاضرات في تسيير المصالح الصحية، أقيمت على طلبة السنة الرابعة تخصص إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر، 2005، ص 16.

² المرجع نفسه، ص 20.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

• المتعلقة بالتكوين¹:

○ النظام التكويني والتعليمي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي وبالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي، بالإضافة إلى عدم قدرة القطاع في حد ذاته في العديد من الحالات على تحديد حاجياته الحقيقية والواقعية في مجال التكوين من حيث الكمية والنوعية وهذا بسبب عدم الدراية الكافية وعدم دراسة الطلب الحقيقي للسكان على العلاج.

○ عدم التوافق الأكاديمي في العديد من المجالات والمهارات الوظيفية المطلوبة بسبب ضعف التكوين أو اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة (بعض التخصصات مثلا لا نجد ها في مخطط تسيير الموارد البشرية كالفيزيائيين الطبيين وأعاون النظافة والصيانة الإستشفائية).

○ انعدام ثقافة التكوين في المستشفيات وذلك ما يظهر جليا من خلال رفض الموظفين الحصص والبرامج الخاصة بالتكوين واعتبارها كمصدر للإزعاج لأنها لا تعطي أية مرد ودية وغير محفزة ولا توجد لها أي نتائج ملموسة كالحصول مثلا علاوات أو شهادات خاصة بها .

○ ضعف مرد ودية الأساتذة المؤطرين فهم ينفرون منها لأنها لا تعود عليهم بالريح ولا تقيدهم من ناحية بحثهم العلمي و بالتالي فهذا يؤثر على نوعية المعلومات المقدمة للموظفين.

○ ارتفاع نسب التغيب في الحصص التكوينية دليل على عدم الاهتمام من طرف الموظفين بهذه الحصص والبرامج.

ث- الإختلات المتعلقة بالقطاع الخاص الجزائري²:

إن التعايش بين القطاع العمومي والقطاع الخاص ينمو في أذهان مستعملي قطاع الصحة بصفة عامة، فالقطاع الخاص له مكانه مهمة ضمن، مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، إذ نجد في كل الولايات، العيادات الخاصة تعمل بصفة منظمة، تنافس الهياكل الإستشفائية العمومية بل وتمتص قدراتها البشرية وكفاءاتها وتنافسها في نوعية الخدمات المقدمة، فهذه الازدواجية خلقت مشكلة عدم التوازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، والتي تهدف في معظم الأحيان إلى أهداف تجارية بحتة وتستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة.

¹ حميدة بن حليلة، مرجع سابق، ص08.

² المرجع نفسه ، ص08.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

هذه الازدواجية شكلت خطراً على المستشفيات العمومية التي من خلالها أصبح المستشفى يلعب دور المساعد الاجتماعي، وبالتالي يجب إعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج إذ يجب الإشارة إلى أن العيادات الخاصة تنشط وتتطور في العلاجات ذات المرد ودية والريحية كالجراحة والتوليد و في المناطق ذات الكثافة السكانية ، الشيء الذي أدى إلى جذب إطارات القطاع العام مما جعلها تنافس هذا الأخير، فرغم التطور الحاصل في القطاع الخاص إلا أنه يعاني من العديد من الإختلالات ومنها:

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة.
- عدم مسايرة قانون الصحة 85-05 للتطورات الحالية في المجال الصحي.
- عدم مسايرة مدونة اخلاقيات الطب للتطورات الحالية في المجال الصحي.
- عدم احترام دفتر الشروط الخاص بهذه المؤسسات.
- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية.
- غياب احترام مدونة النشاطات والأسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش.
- غياب التعاون والتكامل بين القطاع الخاص والقطاع العمومي للصحة باعتبارهما فاعلين مهمين في تحقيق الحكامة الصحية التي بدورها تقودنا في النهاية إلى تقديم جودة الخدمات الصحية.
- عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات، بالإضافة إلى مشكل الاستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة.

- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي والنشاطات الوقائية والاستعدادات.

وعليه فإن كل هذه الإختلالات التي تواجه المنظومة الصحية بالجزائر تستلزم عليها حتميا إصلاح جذري للمستشفيات بصفة خاصة و للمنظومة الصحية الوطنية بصفة عامة، لأن مجرد نية الإصلاح وتبنيه كشعار لا تمكنا من تدارك هذه المشاكل والمعوقات، فالحل اليوم انتهاج آلية الحكامة وبناء رؤية إستراتيجية واضحة المعالم في ظل التقييد بخصائص الحكامة (المساءلة، المحاسبة، الرقابة، الشفافية، الإدامة، التشاركية، دولة القانون،... إلخ)، والتي تقودنا بدورها إلى طريق نحو تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرتفقين المرضى.

الفرع الثالث :تأثير آلية الحكامة على جودة الخدمات الصحية.

من خلال قراءة جميع الإختلالات التي تواجهها المؤسسات الصحية الجزائرية نستنتج غياب جودة الخدمات الصحية المبنية على الأبعاد الآتية (الملائمة و الإتاحة والجدارة والمطابقة والتواصل والكفاءة والفعالية والاحترام والرعاية) وهذا راجع لإفتقار المنظومة الصحية للرؤية الإستراتيجية وعدم إنتهاج آلية

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

الحكامة كأسلوب إصلاحى موجه لتحسين كفاءة وفاعلية العمل المؤسساتي الصحي لتحقيق الجودة في خدمات القطاع الصحي واكتفاء الوزارة الوصية بشعار " إصلاح المستشفيات "، لقد أصبح اليوم على صانعي السياسات الصحية بالجزائر تبني هذه الأسلوب الإداري الحديث في إدارة الشؤون الصحية والتخلي على الشعارات التي تأتي ثمارها.

وإن الطريق الوحيد للوصول إلى جودة خدمات صحية التي تساهم فيها جميع الفواعل (القطاع الخاص والمجتمع المدني والدولة) هو العمل بآلية الحكامة التي تقوم حسب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي على المشاركة و الاتسام بالشفافية، وتتطوي على المساءلة، كما أنها تتسم بالكفاءة في تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد، فضلاً عن استنادها على قواعد العدالة والإنصاف، كذلك فإنها تعزز سيادة القانون ويعتبر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي أيضاً أن " التفاعل البناء " بين الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع المدني هو الأساس للحكامة الجيدة، لذلك فإن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) يقدم تسع سمات للحكامة، هي : المشاركة، وسيادة القانون، الشفافية، والاستجابة، والتوجيه نحو بناء الإستراتيجية، وهذه السمات يجب أن يؤخذ بها بشكل متزامن ومتوازي لكي تُحقق الهدف المرجو¹.

وعليه فإن اللبنة الأساسية لبناء مفهوم الجودة بالنظام الصحي هو تعزيز آلية الحكامة من خلال التنسيق مع جميع الفواعل دون تهميش أي طرف وتبنى مبادئها بصفة جدية ومتوازنة على حد سواء، وللوصول إلى مستويات متقدمة من الحكامة الصحية، لا بد للحكومة الجزائرية بأن تبدأ بإصلاح النظام المالي والإداري الصحي المطبق في المؤسسات الصحية.

فمثلاً مستوى الشفافية في ميزانية الصحة على وجه الخصوص منخفض جداً، وطرق الإعداد والتنفيذ يشوبها الكثير من الخلل، الأمر الذي أدى إلى وجود هدر غير محدد للمال العام نتيجة غياب الشفافية في الميزانية وهذا يؤثر بشكل مباشر على جودة الخدمات الصحية التي تعتبر الهدف الرئيسي من صرف تلك الأموال الطائلة، وفي نهاية المطاف نجد عدم رضا المنتفعين و التكلفة الصحية مرتفعة جداً، بالإضافة إلى تحديث أنظمة شؤون الموظفين بما يدعم الإنتاجية، بحيث تخلق الدولة التوازن بين المستوى المعيشي للموظف في قطاع الصحة العمومي و الموظف في نفس المجال بالقطاع الخاص، مما يؤدي إلى استقرار القطاع وزيادة الفعالية التي تؤدي حتماً إلى رضا المرتفقين (المرضى) بالإضافة إلى إعادة النظر في دور مجلس الإدارة كجهة رقابية و إعطاء له هامش أكبر في حق المساءلة من جهة وتوحيد عمل الجهات الرقابية، والعمل بالإدارة الإلكترونية، من شأن ذلك أن يدعم جودة الخدمات الصحية

¹ بسام عبد الله، الحوكمة الرشيدة " دراسة حالة العربية السعودية "، مجلة بحوث اقتصادية عربية، تصدر عن معهد الإدارة العامة، الرياض، العددان 67،68، 2013، ص 178.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية

المقدمة للمرضى بمختلف أنواعها وأشكالها وبدعم كذلك الإصلاحات الإدارية نحو تحقيق مستويات متقدمة للحكامة الصحية الجيدة، ويعزز مستوى الشفافية، ويرفع من كفاءة وأداء المؤسسات الصحية.

يَعْرِفُ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي منظمات المجتمع المدني بأنها " مجموعة الروابط التي ينظم بها المجتمع نفسه بصورة طوعية"، مثل النقابات والجمعيات غير الهادفة إلى الربح، و مما لا شك فيه أن دور منظمات المجتمع المدني في تعزيز الحكامة الصحية هو دور جوهري ومهم، ووفقاً لـ البنك الدولي " إن الحكم الجيد يتطلب بالطبع العديد من الخطوات من جانب الحكومة، ولكنه يتطلب أيضاً مشاركة فاعلة من قبل الشعب "، وعليه تكون منظمات المجتمع المدني هي القناة المنظمة الوحيدة التي يساهم المواطن فيها بالرقابة على أداء الحكومة في المجال الصحي، وبدرجة أقل المساهمة في إدارة الشؤون المحلية للمواطنين، لذلك لا بد من وضع نظام يُفَعِّلُ مشاركة منظمات المجتمع المدني كعنصر مهم في عملية الحكامة الصحية الجيدة، والتي تقودنا في نهاية المطاف إلى رضا المرتفقين على الخدمات الصحية من خلال تضافر جهود المجتمع المدني بغية التحسين من جودة الخدمات والذي نلمسه من خلال مخرجات الخدمة الصحية.

الفصل الثاني:

واقع الحكامة والخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية

عاشورزيان أولاد جلال

الفصل الثاني : واقع الحكامة والخدمات الصحية من بالمؤسسة الاستشفائية عاشور زيان

في هذا الفصل سنحاول مقارنة ما تم دراسته بالجانب النظري، وهذا بتحليل واقع المؤسسة الإستشفائية بالمقارنة مع نتائج الدراسة الميدانية. بلاضافة إلى تحليل وجهات نظر الأطباء والشبه الطبيين والمرضى كعينات الدراسة، وعليه من خلال هذه المعطيات المتوصل إليها سنتعرف على واقع الحكامة وجودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الإستشفائية، بغية اقتراح حلول واقعية لتفعيل هذه الآلية المهمة في التسيير الاستشفائي على ارض الميدان في حالة غيابها.

وعليه سنطرق في المبحث الأول إلى الدراسة الميدانية ، أما المبحث الثاني سنتناول فيه عرض وتحليل نتائج الدراسة المتوصل إليها ، وأخيرا سنتناول نتائج ومقترحات الدراسة .

المبحث الأول : الدراسة الميدانية

في هذا المبحث سنقوم بإعطاء نظرة حقيقية للمؤسسة العمومية الإستشفائية باعتبارها كنموذج يشترك مع العديد من المؤسسات الصحية في نقاط عديدة . والتي سنركز عليها من خلال الدراسة على شكل محاور تتوافق مع الدراسة النظرية فيما يخص آلية الحكامة، معتمدين في ذلك على دراسة تنظيمية مقسمة إلى مطلبين رئيسيين حيث سنتعرض في المطلب الأول إلى تقديم عام لميدان البحث أما المطلب الثاني فسوف نخصه حصيلة نشاطات المؤسسات الإستشفائية العمومية أولاد جلال 2016 .

المطلب الأول: تقديم عام لميدان البحث.

قبل التطرق إلى عرض وتحليل النتائج الدراسة لا بد من التعريف بميدان الدراسة والعينة المدروسة لما لها من أهمية،اذ تسمح لنا بمقارنة الجانب النظري مع ميدان البحث بصورة واضحة، من أجل ذلك أرتأينا تقسيم هذا المطلب إلى ثلاثة فروع بحيث نتعرض في الفرع الأول إلى التعريف بالمؤسسة الإستشفائية العمومية التي هي محل الدراسة، أما الفرع الثاني نتناول فيه تنظيم المؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال، أما الفرع الثالث فسوف نخصه حصيلة نشاطات المؤسسة الإستشفائية خلال سنة (2016) للتعرف على المؤسسة أكثر.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية.

الفرع الأول : التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال .
قبل التطرق إلى عرض وتحليل نتائج الدراسة لابد من التعريف بميدان الدراسة .

1-1. بطاقة فنية للمستشفى :

المؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري ، تتميز بالاستقلال المالي، تتكون من مجموعة الهياكل الصحية العمومية للاستشفاء والوقاية ، وتغطي المؤسسة الحاجيات الصحية لدائرتين وستة بلديات بمساحة تقدر بـ 11410,63 كلم². ويقطنها حوالي 188535 ساكن وندونها في الجدول كالاتي:

الجدول رقم 11: يوضح عدد السكان ومساحة البلديات التي تغطيها المؤسسة العمومية الإستشفائية - أولاد جلال.

| البلدية | عدد السكان | المساحة |
|-------------|-------------|---------------------------|
| أولاد جلال | 72780 نسمة | 326.60 كلم ² |
| الدوسن | 36365 نسمة | 629,43 كلم ² |
| الشعبية | 18320 نسمة | 1696 كلم ² |
| سيدي خالد | 53277 نسمة | 212,60 كلم ² |
| البسباس | 10654 نسمة | 3667,60 كلم ² |
| رأس الميعاد | 22139 نسمة | 4878,40 كلم ² |
| المجموع | 178535 نسمة | 11410,63 كلم ² |

أنشئت المؤسسة العمومية الإستشفائية من طرف الشركة البلجيكية في الجزائر : (جيبا)
groupement des entreprises belges en Algérie (GEBA)، فقد أختيرت الأرضية أولا خلال سنة 1978 م من طرف المصالح التقنية والوزارة الوصية، ويتربع المستشفى على مساحة إجمالية تقدر بـ 28.800 م² انطلقت الأشغال بها سنة 1980 م ليشغل المبنى المساحة المقدر بـ 19.950 م² من المساحة الإجمالية، وقد حدد موقع هذا المشروع على أساس أن يكون في وسط المدينة مستقبلا، و لقد تم تدشينه بتاريخ 1985/01/02.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية.

وتؤمن هذه المؤسسة أغلب الخدمات الصحية لسكان المنطقة ، و حتى بعض سكان الولاية و الولايات المجاورة أحيانا ، وذلك بتوفير خدمات علاجية مختلفة كالتشخيص والفحص ، التدخل الجراحي ، العلاج السطحي ، الأشعة ، التحليل المخبري في إطار برنامج تكوين طبي وشبه طبي دائم.

❖ الهياكل القاعدية:

يتوفر المستشفى على مصالِح إستشفائية مختلفة و اخرى تقنية موزعة كآلاتي:

أ (المصالح الاستشفائية: بحيث يتضمن المستشفى 151 سرير كآلاتي:

- الجراحة العامة : 32 سرير.
- الطب الداخلي: 32 سرير.
- أمراض النساء و التوليد: 37 سرير.
- طب الأطفال : 31 سرير.
- حديثي الولادة: 12 سرير.
- الرعاية المركزة : 07 أسرة.

و كذا جناح الاستعجالات الطبية الجراحية : 26 سرير

ب) المصالح التقنية: يتوفر المستشفى على:

- المخبر الداخلي.
- وحدة الأشعة.
- غرفة العمليات.
- الصيدلة المركزية و فروعها.
- مركز تصفية الدم : 17 سرير.

رغم وجود الكثير من النقائص والمشاكل إلا أنها تعمل على تغطية حاجات المرضى.

❖ الموارد البشرية :

يلخص الجدول التالي تعداد الموارد البشرية في المؤسسة :

الباب الثاني : الحكامتا بالمؤسسات الصحية.

الجدول رقم 12: يوضح تعداد المستخدمين بالمؤسسة العمومية الإستفائية - أولاد جلال-

| العدد | المستخدمين |
|-------|--------------------------------------|
| 19 | عون طبي في التخدير و الانعاش |
| 59 | مساعد تمريض للصحة العمومية |
| 12 | ممارس طبي للصحة العمومية |
| 04 | ممارس اجتماعي للصحة العمومية |
| 03 | جراح اسنان عام للصحة العمومية |
| 01 | اخصائي تغذية للصحة العمومية |
| 01 | عون وقاية للصحة العمومية |
| 138 | ممرض للصحة العمومية |
| 05 | ممرض فيزيولوجي علاجي للصحة العمومية |
| 11 | مخبري للصحة العمومية |
| 11 | مشغل في التصوير الطبي للصحة العمومية |
| 38 | طبيب عام للصحة العمومية |
| 32 | عامل مهني مستوى ثالث |
| 02 | صيدلي عام للصحة العمومية |
| 32 | ممارس طبي متخصص للصحة العمومية |
| 03 | محضر في الصيدلانية للصحة العمومية |
| 02 | نفساني عيادي للصحة العمومية |
| 03 | متصرف |
| 04 | متصرف رئيسي لمصالح الصحة |
| 09 | عون ادارة |
| 40 | عون امن ووقاية |
| 06 | ملحق ادارة |
| 07 | بيولوجي للصحة العمومية |
| 01 | محاسب اداري |
| 04 | سائق سيارة |
| 01 | وثائقي امين المحفوظات |
| 03 | مهندس |

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية.

| | |
|-----|------------------------------|
| 17 | قابلات |
| 05 | سكرتير |
| 09 | تقنيين |
| 44 | عون مصلحة من المستوى الأول |
| 04 | سائق سيارة من المستوى الأول |
| 03 | سائق سيارة من المستوى الثاني |
| 08 | عامل مهني مستوى أول |
| 541 | المجموع |

وعليه نستنتج من خلال الجدول أعلاه الاستقرار والزيادة النوعية في عدد المستخدمين الطبيين (الأطباء العامون ،الأطباء الأخصائيون)، وهذا نتيجة استحداث تخصصات طبية جديدة لم تكن موجودة من قبل ، والجدير بالذكر ان ميزانية المؤسسة قد عرفت انخفاضا ملحوظ عن السنوات السابقة ، حيث بلغت الميزانية الأولية لسنة 2017 بمبلغ قدره 783.200.000,00 دج .

حيث تكونت إيراداتها من :

- 1- مساهمة الدولة : 690.200.000,00 دج أي بنسبة 88,13 %
- 2- مساهمات الضمان الاجتماعي : 80.000.000,00 دج أي بنسبة 10,21 %
- 3- مساهمات المؤسسات والهيئات العمومية: 0,00 دج
- 4- إيرادات واردة من نشاط المؤسسة : 3.000.000,00 دج أي بنسبة 0.38 %
- 5- موارد أخرى : 0.00 دج
- 6- رصيد السنوات السابقة : 10.000.000,00 دج أي بنسبة 1.28 %

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية.

الفرع الثاني : تنظيم المؤسسة الإستشفائية العمومية عاشور زيان أولاد جلال .
أ- التعريف والمهام:

المؤسسة الإستشفائية العمومية عاشور زيان أولاد جلال هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وهي تحت وصاية والي ولاية بسكرة، وهي تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء.و تتمثل مهامها في التكفل بصفة كاملة ومتسلسلة بالاحتياجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرنامج توزيع العلاج الإستشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنظافة ومكافحة الأمراض والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.
- تستخدم كميدان للتكوين الطبي والشبه الطبي، والتسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

ب-التنظيم الإداري:

تسيير المؤسسة الإستشفائية بواسطة مجلس إدارة يترأسه ممثل للوالي، ويختلف أعضاؤه من حيث انتمائهم، فهناك ممثلين عن القطاع الإقتصادي والجماعات المحلية وممثلين عن مؤسسات التكوين والمجتمع المدني، وممثلين في المؤسسة، ويمكن حصر أعضاء على النحو التالي:

- ممثل عن الوالي رئيسا.
- ممثل عن إدارة المالية.
- ممثل عن هيئات الضمان الإحتماعي.
- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي.
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة.
- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه.
- ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه.
- ممثل عن جمعيات مرتققي الصحة.
- ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة.
- ممثل عن رئيس المجلس الطبي.

الباب الثاني : الحكامة بالمؤسسات الصحية.

ويحضر كل من مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مداوالات مجلس الإدارة برأي استشاري ويتوليان أمانتهما، ويتداول المجلس فيما يخص:

- مخطط تنمية المؤسسة.
- مشروع ميزانية المؤسسة، الحسابات التقديرية، والحساب الإداري.
- مشاريع الاستثمار.
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة.
- البرامج السنوية لحفظ البيانات والتجهيزات وصيانتها.
- الاتفاقيات المتعلقة بالتكوين، وعقود تقديم العلاج مع هيئات الضمان الاجتماعي، والتأمينات والصفقات.
- مشروع جدول تعداد المستخدمين والنظام الداخلي للمؤسسة.
- اقتناء وتحويل المنقولات والعقارات وقبول الهبات والوصايا أو رفضها.

وهذه المؤسسة تدار من طرف مدير معين من وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهو المسؤول عن حسن سير المؤسسة، فهو الممثل لها أمام العدالة، وهو الأمر بالصرف مكلف بإعداد مشاريع الميزانية وحسابات المؤسسة وينفذ مداوالات مجلس الإدارة، كما يمارس السلطة السلمية على المستخدمين وله سلطة التعيين.

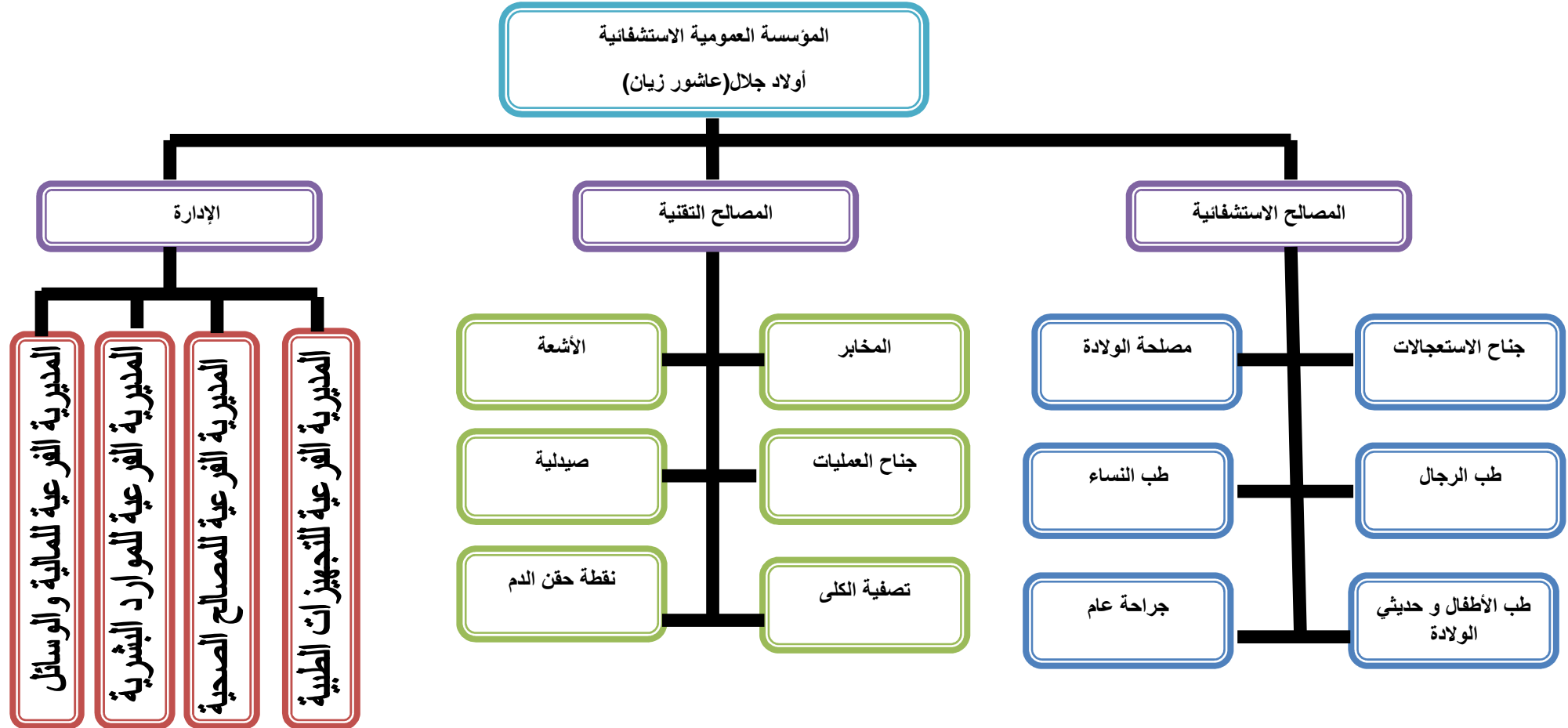
ويساعد المدير أربعة نواب مديرين مكفون على التوالي:

- نائب مدير مكلف بالمالية والوسائل.
- نائب مدير مكلف بالموارد البشرية.
- نائب مدير مكلف بالمصالح الصحية.
- نائب مدير كلف بصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافق لها.

والمخطط الآتي يوضح بالتفصيل المصالح التقنية والإدارية التي تحتوي عليها المؤسسة العمومية الإستشفائية محل الدراسة :

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الشكل 08: الهيكل لتنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية اولاد جلال (عشور زيان)



الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

المجلس الطبي:

هو هيئة استشارية مكلفة بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها، ويمكن حصر هذه المسائل في ما يلي:

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.
- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح وإعادة تهيئتها.
- برامج الصحة والسكان.
- برامج النظاهرات العلمية والتقنية.
- إنشاء الهياكل الطبية أو إلغائها.

كما يقترح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها، لا سيما مصالح العلاج والوقاية، وهو يظم مسؤولي المصالح الطبية، والصيدلي وجراح الأسنان، وممثل عن سلك الشبه الطبي.

أ- التنظيم المالي:

تحدد مدونة الميزانية العمومية الإستشفائية بقرار مشترك من وزير الصحة وإصلاح المستشفيات ووزير المالية، وهي تشمل باب الإيرادات وباب للنفقات .

إذ يقوم مدير المؤسسة بإعداد مشروع الميزانية، ويعرضه على مجلس الإدارة للمداولة، ويرسل بعد ذلك إلى السلطة الوصية (الوالي) للموافقة عليه، وتمسك محاسبتها حسب قواعد المحاسبة العمومية، ويسند تداول الأموال إلى عون محاسبة يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية.

المطلب الثاني : حصيلة نشاطات المؤسسة الإستشفائية العمومية أولاد جلال 2016 .

من خلال التطرق لحصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية خلال سنة 2016 . نستطيع إعطاء رؤية واضحة لواقع المؤسسة والتي من خلالها نستشف واقع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ، بالإضافة إلى تحديد العوائق التي تقف حاجز امام تقدم الخدمة الصحية ، وعليه سوف نتعرض في هذا الفرع لإحصائيات مهمة تساعدنا في التعرف على ميدان الدراسة . من خلال الجدولين الآتيين :

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 13: حصيلة النشاطات الطبية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاشور زيان- أولاد جلال - لسنة 2016.

| البقرون الى الشهر القادم | تحويل خارج الصفي | خروج بدون إذن الطبيب | تحويل بين المصالح | معدل تداول الاسرة GM | نسبة الاستغلال GM | معدل مدة الاقامة +GM | معدل دخول +GM | عدد ظنفيات | | نسبة ظنفيات | معدل تداول الأسرة | نسبة الاستغلال | معدل مدة الإقامة | معدل دخول المرضى | عدد المرضى الداخون 1 | عدد الأيام | | الخارجون خلال السنة | | الداخون خلال السنة | | البقرون من السنة الماضية | | عدد الاسرة | المصالح |
|-----------------------------------|------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------|------|----------------|-------------------------|-------------------|------------------------|------------------------|-------------------------------|------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|--------------------------------|-----|---------------|------------------|
| | | | | | | | | مرافق | مرضى | | | | | | | مرافق | مرضى | مرافق | مرضى | مرافق | مرضى | | | | |
| 7 | 12 | 79 | 37 | 62 | 80 | 5 | 3 | 0 | 39 | 45,30 | 54 | 77,44 | 5 | 2 | 861 | 534 | 4125 | 122 | 854 | 124 | 849 | 0 | 12 | 16 | طب الرجال |
| 15 | 11 | 37 | 41 | 73 | 81 | 4 | 3 | 28 | 0 | 28,51 | 61 | 65,40 | 4 | 3 | 982 | 893 | 3830 | 184 | 967 | 186 | 974 | 1 | 8 | 16 | طب النساء |
| 8 | 6 | 17 | 39 | 60 | 42 | 3 | 3 | 0 | 1 | 1,10 | 57 | 38,88 | 2 | 2 | 911 | 159 | 2277 | 44 | 903 | 48 | 906 | 0 | 5 | 16 | جراحة الرجال |
| 13 | 0 | 18 | 39 | 133 | 80 | 2 | 6 | 1 | 0 | 0,59 | 105 | 57,16 | 2 | 5 | 1686 | 1314 | 3347 | 428 | 1673 | 434 | 1678 | 4 | 8 | 16 | جراحة النساء |
| 3 | 6 | 0 | 226 | 52 | 44 | 3 | 1 | 41 | 46 | 239,67 | 52 | 44,30 | 3 | 1 | 363 | 0 | 1135 | 0 | 360 | 0 | 362 | 0 | 1 | 7 | الرعاية المركزة |
| 19 | 11 | 18 | 23 | 99 | 89 | 3 | 8 | 21 | 18 | 24,01 | 52 | 47,44 | 3 | 4 | 1624 | 4736 | 5383 | 1439 | 1605 | 1431 | 1602 | 20 | 22 | 31 | طب الأطفال |
| 9 | 1 | 6 | 2 | 83 | 90 | 4 | 3 | 29 | 40 | 123,21 | 47 | 66,69 | 5 | 2 | 560 | 1039 | 2929 | 432 | 551 | 436 | 551 | 1 | 9 | 12 | حديفي الولادة |
| 11 | 2 | 53 | 150 | 147 | 105 | 3 | 7 | 1 | 0 | 0,40 | 147 | 105,24 | 3 | 7 | 2505 | 0 | 6548 | 0 | 2494 | 0 | 2485 | 0 | 20 | 17 | الأمراض النسائية |
| 21 | 6 | 83 | 896 | 235 | 99 | 1 | 13 | 0 | 0 | 0,00 | 235 | 88,78 | 1 | 13 | 4707 | 0 | 6499 | 0 | 4686 | 0 | 4688 | 0 | 19 | 20 | الولادة |
| 106 | 55 | 311 | 1453 | 112 | 81 | 3 | 46 | 121 | 144 | 18,66 | 94 | 65,27 | 28 | 39 | 14199 | 8675 | 36073 | 2649 | 14093 | 2659 | 14095 | 26 | 104 | 151 | المجموع |

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

- تحليل حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال خلال سنة 2016، في ما يخص الجدول رقم 13:

من خلال البيانات المدونة في الجدول رقم 13، يتبين لنا أن المؤسسة تحتوي على 151 سرير ، وهذا العدد قليل مقارنة بنشاط المصالح الإستشفائية المدونة في الجدول من خلال عدد المرضى وبالخصوص مصلحة الولادة التي استقطبت خلال سنة 2016 حوالي 4707، بالإضافة إلى مصلحة الأمراض النسائية التي استقطبت 2505 وهذا الرقم يتضاعف بغياب الطيبة المختصة في الأمراض النسائية لمدة 3 سنوات . ويرجع هذا التقصير بسبب غياب الرؤيا الإستراتيجية في توزيع الأطباء المختصين على مستوى القطر الوطني مما يستوجب على الوزارة الوصية تخصيص مؤسسة متخصصة لرعاية الأم والطفل لفك الضغط على المؤسسة العمومية الإستشفائية عاشور زيان التي أصبحت تتحمل فوق طاقتها الإستيعابية وهذا بطبيعة الحال يؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة . و إن تأخر الوزارة الوصية في برمجة هذا المشروع يعود كذلك لعدم وجود عدالة في توزيع المشاريع بين أرجاء القطر الوطني، وهذا ما نستشفه كذلك من نسبة الاستغلال حيث بلغت 105.25 % وهذه النسبة كبيرة إذ يعود هذا الارتفاع في النسبة إلى استغلال أسرة غير قانونية (فوق طاقة المستشفى)، بالإضافة إلى معدل تداول الأسرة بنسبة 147 % بمصلحة لأمراض النسائية فيما يقابلها نسبة الوفيات 0.40 % وتعتبر نسبة قليلة .

و كذلك فيما يخص مصلحة الولادة نسبة 88.78 % نجدها قد احتلت المرتبة الثانية من ناحية الاستغلال أما بالنسبة لمعدل تداول الأسرة فنجد 23.5 % وكذلك هذه النسبة تعود لاستغلال أسرة بصفة غير قانونية وفي المرتبة الثالثة نجد مصلحة طب الرجال التي تحظى بنسبة استغلال كبيرة 70.44 %، أما معدل تداول الأسرة فيمثل 54 % ونسبة الوفيات نلاحظ ارتفاعها 45.30 % لأن أغلبية الداخلون للمصلحة في سن كبيرة ويعانون من أمراض مزمنة و في المرتبة الرابعة نلاحظ نسبة استغلال الأسرة ترجع لمصلحة حديثي الولادة بمعدل قدره 66.69 %، أما بالنسبة لمعدل تداول الأسرة فهو يمثل نسبة 47 % و في المقابل نجد نسبة الوفيات تمثل 123.21 % وهي مرتفعة بسبب أن جميع من يتوجه لهذه المصلحة له مشكل الولادة.

وكذلك يرجع السبب لغياب تقديم خدمات ترقى الى المستوى المطلوب مما أدى إلى ارتفاع هذه النسبة بشكل عالي بالإضافة إلى بعد المسافة بين مصلحة الولادة وحديثي الولادة مما يؤثر سلبا على وضعية المولود الجديد .

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

أما باقي المصالح نلاحظ بها نسبة الوفيات طبيعية مقارنة بالنتائج المدونة في الجدول بخصوص كل مصلحة.

وعليه فإن المؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال تعمل فوق طاقتها الإستيعابية وهذا واضح وجلي من خلال النسب المدونة في الجدول تفسر تراجع مستوى الخدمات في بعض المصالح بسبب غياب التسيير الفعال المبني على خصائص الحكامة ، بالرغم من وجود بعض المحاولات من طرف المسيرين لترسيخ بعض المؤشرات التي تظهر بشكل واضح في الاستبيان ، ولكن هذه المحاولات الفردية غير كافية لغياب الإستراتيجية العامة والتي من المفروض ان تكون مقننة في نصوص من جهة وتكون محل متابعة من طرف جميع الفواعل السالفة الذكر.

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 14: الفئات المستفيدة من الخدمات الصحية بالمؤسسة وتكلفتها.

| التكلفة | | | عدد الأيام | | | الداخولون | | | المصالح |
|--------------|------------|-----------|------------|----------|----------|-----------|----------|----------|-----------------|
| أخرى | المعوزين | المؤمنين | أخرى | المعوزين | المؤمنين | أخرى | المعوزين | المؤمنين | |
| 64383245,38 | 241728,91 | 1683766,9 | 7724 | 29 | 202 | 1757 | 37 | 49 | الطب الداخلي |
| 39403110,87 | 22004,72 | 58679,24 | 5372 | 3 | 8 | 1619 | 1 | 4 | طب الأطفال |
| 21138221,73 | 0,00 | 0,00 | 2929 | 0 | 0 | 560 | 0 | 0 | حديثي الولادة |
| 64459936,62 | 575011,27 | 962263,75 | 5493 | 49 | 82 | 2548 | 14 | 35 | الجراحة العامة |
| 20458528,40 | 110288,56 | 294102,83 | 1113 | 6 | 16 | 354 | 5 | 4 | الرعاية المركزة |
| 127328247,1 | 355211,91 | 4729392,9 | 12546 | 35 | 466 | 6879 | 20 | 313 | الولادة |
| 337171290,10 | 1304245,37 | 7728205,6 | 35177 | 122 | 774 | 13717 | 77 | 405 | المجموع |

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

• تحليل حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال خلال سنة 2016، في ما يخص الجدول رقم 14 :

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (14) أن نسبة المؤمنين والمعوزين الداخليين للمستشفى تمثل نسبة قليلة جداً مقارنة مع نسبة الداخلون من فئات أخرى لا تحمل رقم الضمان الاجتماعي، بحيث احتلت مصلحة الولادة المرتبة الأولى فنجد عدد الداخلون الذين لا يحملون رقم الضمان الاجتماعي 6879 مقارنة مع المؤمنين الذين بلغ عددهم 313 والمعوزين 20، ثم نجد في المرتبة الثانية مصلحة الجراحة العامة بحيث نجد أن نسبة الفئات الأخرى تقدر بعدد مقداره 2548 بالمقارنة مع الفئات المؤمنة والتي تمثل 35 شخص . أما بالنسبة للمعوزين يمثل عددهم 14 شخص بالإضافة إلى مصلحة الطب الداخلي نجدها تحتل المرتبة الثالثة من حيث عدد الفئات التي تحمل رقم ضمان اجتماعي بعدد 1757 شخص أي بالمقارنة مع المؤمنين فعددهم 49 مريض والمعوزين فقد بلغ عددهم 37 مريض ونفس الشيء يتكرر بالمصالح الأخرى بدرجات متفاوتة، وفي المقابل نلاحظ أن النسبة العالية للفئات الغير مؤمنة يشكل عبئ كبير على المؤسسة من حيث التكلفة .

وعليه نجد أن مصلحة الجراحة العامة يستهلك الأشخاص الغير مؤمنون بها 64459936.62 دج من ميزانية المؤسسة و بالمقارنة مع المؤمنين نجد بأنهم يستهلكون 962263.75 دج أما بالنسبة للمعوزين فيستهلكون مبلغ قدره 575011.27 دج، ولقد احتلت المرتبة الثانية مصلحة الطب الداخلي التي استهلك بها الغير مؤمنين 64383245.38 دج في المقابل نجد نسبة المؤمنين تستهلك 1683766.9 دج، أما بالنسبة للمعوزين فيستهلكون من الميزانية 241728.91 دج، وفي المرتبة الثالثة نجد مصلحة طب الأطفال قد استهلكت مبلغ قدره 39403110.87 دج في المقابل نجد غياب المؤمنين وغياب المعوزين بشكل تام.

وإن هذه النسب الخيالية التي يستهلكها الغير مؤمنين من ميزانية المؤسسة والتي تشكل عائقاً أمام تقدم الخدمات والتي من المفروض يستفيد منها بالدرجة الأولى فئة المؤمنين والمعوزين ، وهذا مما يتطلب على الدولة إيجاد نمط جديد في التسيير الإستشفائي يعمل بالنظام التعاقدية (النهج التعاقدية) والتخلي على عملية الفوترة الوهمية لكي توجه الخدمات الصحية للمؤمنين والمعوزين إلى مسارها الحقيقي و التخلي على شراء السلم الاجتماعي عن طريق مجانية العلاج، وبالتالي يدفع الضمان الاجتماعي للمؤسسة الصحية القيمة الحقيقية لأنشطتها الصحية .

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

المبحث الثاني : عرض وتحليل نتائج الدراسة

من المعلوم المعرفة العلمية تقوم على وجود دعامتين أساسيتين: هما البناء النظري والبناء المنهجي فالبحث تجربة ميدانية في إطار معرفي ومنهجي للوصول إلى نتيجة .

فالبناء المنهجي يقوم على مجموعة من الاتجاهات العقلية والتجريبية التي تساعد الباحث على تحليل المعطيات الميدانية والنظرية، وعليه فإن هناك تكامل بين البناء فالإجابة على التساؤلات المطروحة تتحقق من خلال تدعيم الخلفية النظرية بالدراسة الميدانية، ولذا سنقوم بعرض مجالات الدراسة الميدانية وحدودها في المطلب الأول ، أما بالنسبة للمطلب الثاني سنخصصه لتحليل نتائج استبيان المرضى ، و سنتناول في المطلب الثالث تحليل نتائج استبيان الأطباء والشبه طبيين، أما المطلب الرابع خلاصة و استنتاجات

المطلب الأول : مجالات الدراسة الميدانية وحدودها

تتمثل مجالات الدراسة الميدانية وحدودها في النقاط التالية :

أ- **المجال البشري:** يتمثل المجال البشري للدراسة الميدانية في كل من فئة الأطباء والشبه الطبيين والمرضى المنتمين للمؤسسة العمومية الإستشفائية عاشور زيان والمصنفين حسب الرتب التالية: طبيب مختص، طبيب عام، مساعد تمريض للصحة العمومية، مساعد إجتماعي للصحة العمومية، مختص في التغذية، ممرض صحة عمومية، مخبري مختص في الأشعة، صيدلي، مراقب طبي.

ب- **المجال الجغرافي:** تعطي الدراسة الميدانية مصالح متعدد بالمؤسسة الإستشفائية، والمتمثلة في مصلحة الطب الداخلي، أمراض النساء، أمراض النساء والتوليد، ومصلحة الأشعة والإستعجالات، الجراحة العامة، طب الأطفال الإنعاش، تصفية الدم، المخبر. إذا تعمل هذه المصالح على إستقبال مرضى أربع بلديات والمتمثلين في بلدية الدوسن والشعبية وسيدي خالد ورأس الميعاد بالإضافة إلى مرضى من مناطق خارج الولاية.

ت- **المجال الزمني:** ويقصد بذلك الوقت الذي استغرقت فيه الدراسة بداء من تحديد العينة وصولا إلى تصميم استمارة الاستبيان التجريبي مرورا بتحكيما وتجريبها وتوزيع نسختها النهائية وتفريقها إلى غاية الإنتهاء من تحليل النتائج المحصلة عنها ويتم ذلك بداء من 01 أكتوبر 2015 غلى غاية 31 ديسمبر 2016.

هذا وقد تمت الدراسة النظرية بالموازاة مع إجراءات الدراسة الميدانية، إبتداء من موافقة المجلس العلمي.

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

ث- مجتمع البحث: تضم المؤسسة الإستشفائية العمومية عاشور زيان 541 مستخدم، موزعين على جميع الأسلاك المهنية المكونة للمؤسسة، ونظراً لعدم قدرتنا على استجواب كل المستخدمين، لجأنا إلى استعمال طريقة العينة، والتي تشمل جزء يمثل المجتمع الكلي.

العينة ومواصفاتها:

تتكون عينة الدراسة من موظفي كل الأسلاك الطبية والشبه طبية والمرضى وهي على الشكل التالي:

- مستخدمى السلك الطبي.
- مستخدمى السلك الشبه الطبي.
- المرضى

طريقة اختيار العينة:

نظراً لوجود اختلافات في خصائص كل فئة من فئات مجتمع البحث وكونها فئات غير متجانسة، قمنا بإختيار طريقة العينة العشوائية النسبية الطبقيّة، بحيث تم إختيار ممثلين عن كل الفئات المكونة للمجتمع الكلي (طاقم الطبي والشبه طبي والمرضى)، وهي عبارة عن عينات فرعية تشكل عينة الدراسة الرئيسية. وعليه فقد تم إختيار عدداً من أفراد العينة بالتساوي مع فئات المجتمع، والغرض من إستعمال هذه الطريقة هو الحصول على بيانات دقيقة على كل فئة من فئات مجتمع البحث . إذ تم تقسيم استمارة الدراسة الميدانية إلى محاور تتناسب مع الدراسة لكل من الطاقم الطبي والشبه طبي والمرضى.

المطلب الثاني : تحليل نتائج إستبيان المرضى

تحليل نتائج المحور الأول الخاص بالبيانات الشخصية

الجدول رقم 15: يوضح العدد الكلي للعينة المدروسة حسب نوع الجنس.

| النسبة % | المجموع | الخصائص الشخصية | | | | الجنس المبحوثين |
|----------|---------|-----------------|-----|----------|------|----------------------|
| | | النسبة % | ذكر | النسبة % | أنثى | |
| 100% | 80 | 56.25% | 43 | 46.25% | 37 | الأطباء والشبه أطباء |
| 100% | 180 | 44.44% | 80 | 55.55% | 100 | المرضى |
| 100% | 260 | 54.61% | 142 | 52.69% | 137 | المجموع الكلي |

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

تحدث الجدول عن نوع الجنس، إذ نلاحظ من خلال الجدول رقم 15 تفاوت عدد المبحوثين، حيث يفوق عدد الإناث بمعدل 52.69 % عدد الذكور، كما نجد بأن نسبة الأطباء والشبه الأطباء بنسبة 56.25 % ذكور و 46.25 % إناث مما يؤكد على أن مجتمع الأطباء وشبه أطباء يغلب عليه عنصر الذكور وهذا راجع لطبيعة التخصصات العلمية التي تتناسب عنصر الذكور أكثر من عنصر الإناث؛ كما يعود ذلك بأن المستشفى تستقطب عدد كبير من الأطباء الجدد من الولايات الجوارية ومن جميع أنحاء ولايات الوطن مثل جيجل الحلفة، مسيلة، تيزي وزو بجاية، سوق أهراس، واد سوف والجزائر....الخ. وذلك في إطار الخدمة المدنية لذا يمكن أن نفسر العدد الكبير للأطباء مقارنة بقلة الطبيبات للدوافع التالية: المرأة لا تتحمل مشقة السفر وأيضا معاناة مشكلة الإقامة أو ربما الظروف العائلية والثقافة العامة للعائلة لأن هناك العديد من العائلات الجزائرية المحافظة ترفض بأن تعمل ابنتهم خارج الولاية. أما فئة المرضى الذي يطغى عليه العنصر الأنثوي بنسبة 55.55% ونسبة 44.44%

الجدول رقم 16: يوضح العدد الكلي للعينة المدروسة حسب السن.

| السن / المبحوثين | أقل من 20 سنة | % | 21-30 سنة | % | 31-40 سنة | % | أكثر من 41 سنة | % | المجموع | % |
|----------------------|---------------|-------------|-----------|--------|-----------|--------|----------------|--------|---------|------|
| الأطباء والشبه أطباء | 02 | 2.5% | 20 | 25% | 22 | 27.5% | 36 | 45% | 80 | 100% |
| المرضى | 24 | 3.33% 1% | 68 | 37.77% | 34 | 30% | 54 | 18.88% | 180 | 100% |
| المجموع الكلي | 26 | 10% | 86 | 33.07% | 56 | 21.53% | 90 | 34.61% | 260 | 100% |

يحدد الجدول رقم 16 توزيع عينة الدراسة حسب السن، حيث نلاحظ من خلال مؤشرات الجدول اختلاف عينة الدراسة في السن كما نلاحظ أن أغلب عينة الدراسة أكبر من 41 سنة بما يعادل 34.61% بينما تكاد تمثل 2.5% بالنسبة لأقل من 20 سنة عند الأطباء والشبه طبيين، وهذا مستثنى بالنسبة للمرضى.

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق
جودة الخدمات الصحية.

| المجموع | الدخل | | | | | الفئة |
|---------|---------------------|------------------------|------------------------|--------------------|----------|-------------|
| | أكثر من 30000 دج | [20001- 30000 دج | [10001- 20000 دج | أقل من 10000 دج | بدون دخل | |
| 180 | 22 | 41 | 27 | 28 | 62 | العدد |
| %100 | %12.22 | %22.27 | %15 | %15.55 | %34.44 | النسبة % |

الجدول رقم 17: يوضح العدد الكلي للعينة المدروسة حسب الدخل.

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المرضى بنسبة 34.44% بدون دخل كما نلاحظ أن باقي عينة الدراسة ضعاف الدخل ما عدى نسبة 22.27% التي تمتلك دخلا أكثر من 30000 دج، وهذا منطقي بحكم أن المؤسسة المدروسة مؤسسة عمومية تدفع ضعيفي الدخل لتوجه إليها كحل أول، بينما كبير الدخل لديهم أكثر من مؤسسة خاصة

الجدول رقم 18: يوضح مدة إقامة أفراد عينة الدراسة.

| المجموع | مدة الإقامة | | | | | العدد |
|---------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------|-------------|
| | أكثر من 26 يوم | [18- 25 يوم | [10- 17 يوم | [02- 09 أيام | يوم | |
| 180 | 12 | 06 | 05 | 123 | 34 | العدد |
| %100 | %6.66 | %3.33 | %2.77 | %68.33 | %18.88 | النسبة % |

تختلف مدة الإقامة حسب نوع الإصابة والعلّة، ونلاحظ من خلال الجدول أن قائمة المبحوثين بالنسبة للمرضى كانت أغلبها تتراوح بين 2-9 أيام بنسبة 68.33% ، أما بالنسبة لمدة الإقامة ليوم واحد فتقدر بـ 18.88% وهذا أمر طبيعي لأن معظم المبحوثين هم من قسم جراحة النساء والتوليد بنسبة 25%

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 19: يوضح توزيع أفراد العينة المدروسة المرضى على مختلف المصالح

الصحية التي يعالج بها

| النسب المئوية | التكرارات | المصالح التي يعالج بها |
|------------------|-----------|------------------------|
| %16.66 | 30 | الطب الداخلي |
| 25% | 45 | أمراض النساء والتوليد |
| %16.66 | 30 | الاستعدادات |
| %16.66 | 30 | الجراحة العامة |
| %16.66 | 30 | طب الأطفال |
| %8.33 | 15 | تصفية الدم |
| %100 | 180 | المجموع |

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية عينة الدراسة تتمثل في أمراض النساء والتوليد بنسبة 25%، تليه بعد ذلك مصلحة طب الأطفال والجراحة العامة و الطب الداخلي والاستعدادات بنسبة 66,66% بينما نجد أن أقل النسب تمثلت في كل من مصلحة تصفية الدم بما يعادل نسبة 8.33 % .

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

تحليل نتائج المحور الثاني الخاص بالمبنى ورقابة المحيط

الجدول رقم 20: يوضح إجابات عينة الدراسة حول الموقع الجغرافي للمؤسسة العمومية

الاستشفائية أولاد جلال

| % | المجموع | غير ملائم | | ملائم نوعا ما | | ملائم | | الاحتمالات المبحوثين |
|----------|---------|-----------|-------|---------------|-------|--------|-------|----------------------------|
| | | % | تكرار | % | تكرار | % | تكرار | |
| %100 | 80 | %00 | 00 | %25 | 20 | %75 | 60 | الأطباء والشبه أطباء |
| % 100 | 180 | %1.11 | 02 | %10 | 18 | %88.88 | 160 | المرضى |
| % 100 | 260 | %0.76 | 02 | %14.61 | 38 | %84.61 | 220 | المجموع الكلّي |

يعد الموقع الجغرافي عنصرا مهما وحساسا لضمان نجاح أي مؤسسة، و نلاحظ اتفاق كافة عينة الدراسة بملائمة موقع المستشفى بنسبة 84.61%، بينما نجد نسبة 14.61% ترى بأنه ملائم نوعا ما، ونجد نسبة 0.76% تجد أنه غير ملائم وذلك لاتساع دائرة أولاد جلال وعدم تواجد النقل مما يسبب عسرا في الوصول إلى المؤسسة.

الجدول رقم 21: يوضح إجابات عينة الدراسة حول سمعة

للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال

| % | المجموع | سيئة | | متوسطة | | جيدة | | الاحتمالات المبحوثين |
|----------|---------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|----------------------------|
| | | % | تكرار | % | تكرار | % | تكرار | |
| %100 | 80 | %00 | 00 | %25 | 20 | %75 | 60 | الأطباء والشبه أطباء |
| % 100 | 180 | %1.11 | 02 | %10 | 18 | %88.88 | 160 | المرضى |
| % 100 | 260 | %0.76 | 02 | %14.61 | 38 | %84.61 | 220 | المجموع الكلّي |

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

لقد حضي معيار السمعة باهتمام للعديد من الدارسين، لكونه عنصرا أساسيا في الوصول إليها، ولقد كان يقاس من خلال جملة من الاعتبارات تتمثل في طبيعة العلاقة والتعامل مع جمهور المرضى ومدى رضاهم عن الخدمات المقدمة، باعتبارها عوامل تضاف إلى قيمة المؤسسة، ولقد أكدت أغلبية عينة الدراسة عن تمتع المؤسسة بالسمعة الطيبة بنسبة 84.61% ونجد نسبة 0.76% ترى أنه غير ملائم.

الجدول رقم 22: يوضح إجابات المرضى حول اختيار المؤسسة الاستشفائية بين الخاصة والعمومية أولاد جلال (إذا كانت لديك الإمكانيات اللازمة للعلاج في مؤسسة خاصة)

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|------------|-----------|---------------|
| نعم | 104 | 57.77% |
| لا | 76 | 42.22% |
| المجموع | 180 | 100% |

يرجع اختيار العلاج في مؤسسة ما لعدة اعتبارات منها دخل الفرد، طبيعة الخدمات المقدمة. ولقد أكد أغلبية المرضى بنسبة 57.77% بتفضيلهم العلاج في المؤسسة الاستشفائية العمومية أولاد جلال في حالة امتلاكه للإمكانيات المادية ويرجع ذلك لجودة الخدمات وحسن المعاملة المقدمة وهذا ما يؤكد الجدول رقم 32 .

الجدول رقم 23: يوضح إجابات المرضى حول الاستقبال عند دخول

للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|------------|-----------|---------------|
| جيدة | 87 | 48.33% |
| متوسطة | 68 | 37.77% |
| سيئة | 25 | 13.88% |
| المجموع | 180 | 100% |

يعد حسن الاستقبال سمة الخدمات الجيدة، ولقد أكدت أغلبية عينة الدراسة بنسبة 48.33% بأنها متوسطة بينما نجد نسبة 37.77% ترى بأن الخدمات المقدمة جيدة ، ونجد نسبة 13.88% فقط

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

هي من ترى أن الخدمات المقدمة سيئة وتتمثل في عينة تصفية الدم بحكم أن قلة الأدوات تسبب إشكالا لطبيعة هذه الفئة التي تحتاج لجلسات قد تكون يومية.

الجدول رقم 24 : يوضح إجابات المرضى حول قاعات الانتظار للمؤسسة

العمومية الاستشفائية أولاد جلال

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|---------------|-----------|---------------|
| ملائم | 90 | 50% |
| ملائم نوعا ما | 49 | 27.22% |
| غير ملائم | 41 | 22.77% |
| المجموع | 180 | 100% |

تعد قاعات الانتظار جزءا مهما يضمن راحة المرضى وعدم انزعاجهم في انتظارهم للعلاج، إذ تؤكد أغلبية عينة الدراسة بنسبة 50% بأن قاعات الانتظار ملائمة بينما نجد نسبة 27.22% ترى بأنها نوعا ما، وترى الأقلية بما يعادل 22.77% بأنها غير ملائمة.

الجدول رقم 25: يوضح إجابات المرضى حول مدة الانتظار قبل الفحص أو العلاج

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|------------|-----------|---------------|
| طويلة | 69 | 38.33% |
| متوسطة | 69 | 38.33% |
| قصيرة | 42 | 23.33% |
| المجموع | 180 | 100% |

يعتبر تقليص مدة الانتظار للعلاج أمر في غاية الأهمية، ولقد تضاربت آراء عينة الدراسة فنجد نسبة 38.33% تتراوح ما بين طويلة ومتوسطة ويرجع هذا لقلة الأطباء مقارنة بعدد الأطباء، بينما نجد نسبة 23.33% ترى بأن المدة قصيرة .

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 26 : يوضح رأي المرضى حول تجهيزات ونظافة الغرفة

| تجهيز ونظافة الغرفة | | | |
|---------------------|---------|---------------|---------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | الاحتمالات | |
| 50% | 90 | جيدة | نظافة الغرفة |
| 27.22% | 49 | متوسطة | |
| 22.77% | 41 | سيئة | |
| 100% | 180 | المجموع | |
| 50% | 90 | ملائم | ملائمة السرير |
| 27.22% | 49 | ملائم نوعا ما | |
| 22.77% | 41 | غير ملائم | |
| 100% | 180 | المجموع | |
| 50% | 90 | جيدة | نظافة الأفرشة |
| 27.22% | 49 | متوسطة | |
| 22.77% | 41 | سيئة | |
| 100% | 180 | المجموع | |
| 36.11% | 65 | كافية | التجهيزات في الغرفة |
| 31.11% | 56 | كافية نوعا ما | |
| 32.77% | 59 | غير كافية | |
| 100% | 180 | المجموع | |

تعد الغرفة احد أهم الأساسيات التي يجب التطرق لتفاصيلها من اجل ضمان جودة الخدمات الصحية، ولقد صرحت نسبة 50% بأنها نظيفة، كما أكدت الأغلبية على نظافة الأفرشة كذلك بنسبة 50%، وترى نسبة 36.11% على توفر التجهيزات، وملائمة أسرته بنسبة 50% . ولقد صرحت اقل العينة بعدم رضاها عن تجهيزات الغرفة بنسبة 31.11% و 22.77% لنظافة الغرفة و لملائمة السرير ولنظافة الأفرشة.

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 27 : يوضح إجابات المرضى حول نوعية الوجبات المقدمة

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|------------|-----------|---------------|
| جيدة | 27 | 15% |
| متوسطة | 88 | 48.88% |
| سيئة | 65 | 36.11% |
| المجموع | 180 | 100% |

تحرص أي مؤسسة في سير عملها و ترقية خدماتها على أدق التفاصيل، وتعد الوجبات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية عنصرا مهما وحساسا، ونلاحظ من خلال الجدول رقم 27 تأكيد أغلبية عينة الدراسة بنسبة 48.88% على أنها متوسطة الجودة بينما ترى نسبة 36.11% بأنها سيئة وغير متنوعة ولا تراعي الحالات الصحية.

تحليل نتائج المحور الثالث الخاص بالحكامة وجودة الخدمات

الجدول رقم 28 : يوضح إجابات المرضى حول سهولة إجراء الفحوصات

بالأشعة حسب احتياج الحالة الصحية

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|---------------|-----------|---------------|
| نعم | 17 | 17.70% |
| | 26 | 27.08% |
| | 53 | 55.20% |
| | 96 | 100% |
| لا | 54 | 30% |
| خارج المستشفى | 30 | 16.66% |
| المجموع | 180 | 100% |

تعد الفحوصات بالأشعة أحد أهم الخدمات الصحية التي تقام حسب الحالة المرضية قبل التشخيص وحتى أثناء فترة العلاج، ولقد أسفرت أغلبية عينة الدراسة بنسبة 55.20% عن انجاز هذه الفحوصات ضمن المؤسسة. كما أكدت أغلبية هذه العينة بما يعادل 55.20% بأن مدة الانتظار قصيرة، بينما صرحت 16.66% بأنها لا تقوم بإجراء هذه الفحوصات ضمن المؤسسة ويرجع ذلك لعدم توفر كافة أنواع الأشعة ضمن المؤسسة مثل تصوير الجهاز الهضمي بالمنظار وتصوير بالتردد المغناطيسي والتصوير بالشوارد وتصوير القلب والأوعية وتصوير القصبات الهوائية.

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 29: يوضح إجابات المرضى حول سهولة إجراء تحاليل في المؤسسة

الاستشفائية

| النسب المئوية | | التكرارات | الاحتمالات | |
|---------------|--------|-----------|---------------|-----|
| %53.33 | %17.70 | 17 | طويلة | نعم |
| | %27.08 | 26 | متوسطة | |
| | %53.33 | 53 | قصيرة | |
| | %100 | 96 | المجموع | |
| %30 | | 54 | لا | |
| %16.66 | | 30 | خارج المستشفى | |
| %100 | | 180 | المجموع | |

تعتبر التحاليل الطبية أحد أهم الخدمات الصحية التي تقام حسب الحالة المرضية قبل التشخيص وحتى أثناء فترة العلاج، ولقد أسفرت أغلبية عينة الدراسة بنسبة %53.33 عن انجاز هذه التحاليل ضمن المؤسسة كما أكدت أغلبية هذه العينة بما يعادل %53.33 بأن مدة الانتظار قصيرة، بينما صرحت %16.66 بأنها لا تقوم بإجراء هذه الفحوصات ضمن المؤسسة ويرجع ذلك لعدم توفر كافة أنواع التحاليل ضمن المؤسسة مثل تحاليل الهرمونات والتحاليل الخاصة بالغدة وأمراض القلب.

الجدول رقم 30: يوضح إجابات المرضى حول فترة الانتظار لإجراء عملية جراحية

| النسب المئوية | التكرارات | الاحتمالات |
|---------------|-----------|------------|
| 10% | 05 | طويلة |
| 60% | 30 | متوسطة |
| 30% | 15 | قصيرة |
| %100 | 50 | المجموع |

يعتبر انتظار عينة الدراسة لإجراء العملية أمر في غاية الأهمية يخضع للعديد من الاعتبارات أهمها حالة المريض وتوفر الأطباء وبرنامج العمليات، ولقد أسفرت نتائج الدراسة بأن أغلبية عينة الدراسة بنسبة %60 ترى بأن الفترة معقولة ومتوسطة بينما ترى %30 بأن الفترة قصيرة، وترى ما يعادل %10 بأنها طويلة وهذا ما وضحه الأطباء بوجود أولويات استعجاليه تخضع للعمليات قبل فئات أخرى.

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق
جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 31: رأي المرضى حول طبيعة الخدمات المقدمة من طرف الأطباء ومدى

جودتها.

| سمات الأطباء الخدمات الطبية | | | |
|-----------------------------|---------|---------------|--|
| النسبة المئوية | التكرار | الاحتمالات | |
| %38.33 | 69 | نعم | مقابلة الأطباء بسهولة |
| %38.33 | 69 | نوعا ما | |
| 23.33% | 42 | لا | |
| %100 | 180 | المجموع | |
| %38.33 | 69 | كافية | عدد زيارات الطبيب |
| %38.33 | 69 | كافية نوعا ما | |
| 23.33% | 42 | غير كافية | |
| %100 | 180 | المجموع | |
| %38.33 | 69 | مهتم | اهتمام الطبيب بالحالة الصحية |
| %38.33 | 69 | نوعا ما | |
| 23.33% | 42 | غير مهتم | |
| %100 | 180 | المجموع | |
| %38.33 | 69 | كافية | تقديم شروحات كافية عن الحالة الصحية أو العملية الجراحية |
| %38.33 | 69 | كافية نوعا ما | |
| %23.33 | 42 | غير كافية | |
| %100 | 180 | المجموع | |
| %66.66 | 120 | كبيرة | ثقة المريض بالطبيب المعالج |
| %8.33 | 15 | ضعيفة | |
| %25 | 45 | متوسطة | |
| %100 | 180 | المجموع | |

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى، ولذلك فإن الاهتمام بجودة الخدمات الصحية تكافئ أو قد تفوق الاهتمام بجودة السلع في الكثير من بلدان العالم ولاسيما المتقدمة منها ، ولقد تبلور مستوى جودة الخدمة الصحية في العديد من الأبعاد ومؤشرات تشمل أهمها في الكشف الطبي الدوري الشامل والوقاية من الأمراض والخدمات العلاجية وسمات الأطباء، ولقد لاحظنا من خلال الجدول السابق إشادة أغلبية عينة الدراسة بجودة الخدمات الصحية وجدية الأطباء من حيث سهولة مقابلتهم بنسبة 76.66% وعدد مرات زيارتهم بنسبة 38.33% كافية نوعا ما، كما مثلت نسبة 38.33% اهتمامهم بالحالة المرضية ونسبة 38.33% نوعا ما ومدى تقديم الشروحات 38.33% كافية و38.33% كافية نوعا ما، وهذا ما فرز ثقة عينة الدراسة بنسبة 66.66% بشكل كبير ونسبة 25% بينما ترى باقي عينة الدراسة صعوبة مقابلة الأطباء بنسبة تعادل 23.33% وقلّة زياراتهم الدورية 23.33%، كما رأّت نسبة 23.33% عدم اهتمام الأطباء وتهاونهم وعدم تقديم شروحات كافية مما قلل ثقتهم بالأطباء بنسبة 8.33%. وهذا ما أرجعه الأطباء لطبيعة الحالة الطبية وكثرة المرضى وازدحام جدول توقيت العمل مقارنة بعددهم من خلال الجدول.

الجدول رقم 32: رأي المرضى حول طبيعة الخدمات المقدمة من طرف الممرضين ومدى جودتها.

| وسمات الممرضين الخدمات الطبية | | | |
|-------------------------------|---------|------------|-------------------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | الاحتمالات | |
| 98.33% | 177 | نعم | مقابلة الممرضين بسهولة |
| 01.66% | 03 | نوعا ما | |
| 00.00% | 00 | لا | |
| 100% | 180 | المجموع | |
| 82.22% | 148 | دائما | وتيرة تقديم الخدمة [السرعة] |
| 16.66% | 30 | أحيانا | |
| 11.11% | 02 | لا | |
| 100% | 180 | المجموع | |

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

| | | | |
|---------|-----|--------|------------------------|
| جيدة | 149 | %82.77 | معاملة ولباقة الممرضين |
| متوسطة | 29 | %16.11 | |
| سيئة | 02 | %11.11 | |
| المجموع | 180 | %100 | |

تعد مهنة التمريض عنصرا مهم وحساسا داخل المؤسسة وذلك لأنها تعمل على راحة المريض ومساعدة الطبيب في العديد من الخدمات، ولقد أكدت أغلبية عينة الدراسة سهولة مقابلة الممرضين مقارنة بالأطباء بنسبة 98.33% بوتيرة تعادل 82.22% دائما و 16.66% أحيانا، كما أشادت أغلبية عينة الدراسة بالمعاملة الجدية واللبقة لهم كما ترى نسبة 82.77% بأنها جيد و نجد نسبة 16.11% ترى بأنها متوسط.

المطلب الثالث : تحليل نتائج إستبيان الأطباء والشبه الطبيين

تحليل بيانات المحور الرابع الخاص بالبيانات الشخصية

الجدول رقم 33: يوضح توزيع مجتمع المدروس للأطباء والشبه الطبيين على المصالح الصحية

| النسب المئوية | التكرارات | المصالح التي يعالج بها |
|---------------|-----------|-------------------------|
| 17,5 | 14 | - الطب الداخلي |
| 06,25 | 5 | - امراض النساء |
| 07,50 | 6 | - امراض النساء والتوليد |
| 06,25 | 5 | - الأشعة |
| 25,00 | 20 | - الإستعجالات |
| 05,00 | 4 | - الجراحة العامة |
| 11,25 | 9 | - طب الأطفال |
| 07,50 | 6 | - الإنعاش |
| 08,75 | 7 | - تصفية الدم |
| 05,00 | 4 | - المخبر |
| %100 | 80 | المجموع |

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

نلاحظ من خلال الجدول أنه يتم التركيز على الطاقم الطبي و الشبه الطبي بالاستعجالات الطبية بمعدل 25.00% لان هذه الأخيرة تعتبر واجهة المستشفى وقبلة كل مريض وهي المصلحة التي يتواجد بها الطاقم الطبي وشبه طبي بنسبة كبيرة ثم تليها مصلحة الطب الداخلي بنسبة 17.50% لان نسبة الوفيات بها كبيرة مقارنة مع المصالح الأخرى ثم تليها مصلحة أمراض النساء والتوليد بنسبة 07.50% ثم مصلحة الإنعاش بنسبة 7.50% كذلك مع العلم أن العينة تم اختيارها عشوائيا .

الجدول رقم 34: يوضح توزيع مجتمع الدراسة للأطباء والشبه الطبيين على حسب متغير

الرتب

| الرتبة | التكرارات | النسب المئوية |
|-------------|-----------|---------------|
| طبيب | 22 | 27.84% |
| عون شبه طبي | 56 | 70.88% |
| بيولوجي | 01 | 1.26% |
| المجموع | 79 | 100% |

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية عينة الدراسة تتمثل في الطاقم الشبه الطبي بنسبة 70%، تليه بعد ذلك نسبة الأطباء التي تقدر بحوالي 27.84%، بينما تمثلت أقل نسبة للبيولوجي 1.26%، مما يدل على تركيز وزارة الصحة على التكوين الشبه طبي بنسبة أكبر وهذا للطلب الملح من طرف المؤسسات الصحية لكونهم يعملون بصفة أنية مع المريض من خلال تقديم العلاجات التي ينصح بها الطبيب بالإضافة إلى أنه يسهر على مراقبة صحة المريض وبالرغم من هذا فإن المؤسسات تعاني من نقص في توظيف الشبه طبيين لكون المعاهد التابعة لوزارة الصحة قليلة مقارنة مع عدد الاحتياجات، ويرجع هذا لتحميل مسؤولية التكوين على عاتق وزارة الصحة فقط، ثم تليها نسبة الأطباء بنسبة معقولة بحيث كل طبيب يرافقه أربعة مرضيين حسب معايير العالمية.

نستنتج أن عملية التكوين للشبه الطبيين مازلت ضعيفة بالرغم من الجهود التي تبذلها الوزارة، نظراً لنقص عدد المؤطرين التابعين لوزارة الصحة، والتي كان من الأجدر تقاسم مسؤولية التكوين مع وزارة التعليم العالي للقضاء على العجز، بالإضافة إلى ضرورة توازن بين المؤسسات وتوفير جو ملائم للتسيير من جهة، والتحسين من جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من جهة أخرى.

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

تحليل بيانات المحور الثاني الخاص بالمبنى ورقابة المحيط

الجدول رقم 35: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الإمكانيات المتاحة لدعم أدائهم

| الإمكانيات المتاحة لدعم أداء الأطباء والشبه طبيين. | | | |
|--|---------|---------------|-------------------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | الاحتمالات | |
| 07.50% | 06 | كافية | عدد الأجهزة والمعدات الطبية |
| 48.75% | 39 | كافية نوعا ما | |
| 55.00% | 44 | غير كافية | |
| 100% | 80 | المجموع | |
| 11.25% | 09 | جيدة | نوعية الأجهزة والمعدات الطبية |
| 77.5% | 62 | متوسطة | |
| 11.25% | 09 | سيئة | |
| 100% | 80 | المجموع | |
| 20.00% | 16 | كافية | عدد سيارات الإسعاف |
| 27.50% | 22 | كافية نوعا ما | |
| 52.50% | 42 | غير كافية | |
| 100% | 80 | المجموع | |
| 13.75% | 11 | كافية | عدد أعوان الأمن في المؤسسة |
| 18.75% | 15 | كافية نوعا ما | |
| 67.50% | 54 | غير كافية | |
| 100% | 80 | المجموع | |

نستنتج من خلال الأرقام المبينة في الجدول فيما يخص عدد الأجهزة والمعدات الطبية، أن نسبة أفراد المستجوبون قد اتفقوا على عدم كفاية المعدات الطبية بنسبة 55% غير كافية بينما نجد نسبة 48.75% ترى بأنها كافية نوعا ما ونسبة 07.50% ترى بأنها كافية، ويرجع هذا لضعف الميزانية التي لا تسمح بتوفر عدد كافي من الأجهزة من جهة وعدم تلبية احتياجات المؤسسة من طرف مديرية الصحة بالنسبة للعتاد الثقيل مثل (السكانير، الراديو، آلات الكلى الاصطناعية... إلخ) لكون صفقة هذا العتاد تشرف عليه مديرية الصحة، وكذلك غياب الرقابة على العتاد داخل المؤسسة الذي يؤدي إلى التهاون بالملكات العامة من طرف العمال وكذلك عدم وجود معوقات صارمة للموظفين المتهاونين، وكذلك عدم

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

استقرار الأطباء المختصين بعد أداء الخدمة المدنية يجعل العتاد يكسد مما لا يشجع المسير في جلب العتاد للمؤسسة.

أما بالنسبة لنوعية الأجهزة والمعدات الطبية فنجد أن عدد المستجوبين قد أجمعوا على أنها متوسطة بنسبة 77.5%، بينما نجد نسبة 11.25% ترى أنها سيئة، ونجد نسبة 11.25% ترى أنها جيدة، ويرجع هذا أن الصفقات المبرمة داخل المؤسسة لا تراعي الجودة (النوعية) وإنما تنظر لجانب السعر فقط (أقل سعراً) وهذا مما يؤدي إلى عرضة العتاد والمعدات للعطب بسرعة من جهة وسوء الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من جهة أخرى وبالتالي تزايد تكلفة النفقات الصحية كل عام وتعزيز الفساد في حالة عدم الرقابة على نوعية هذا الأجهزة والمعدات الطبية.

أما بالنسبة لعدد سيارات الإسعاف فنجد أن عدد المستجوبين قد أجمعوا على أنها غير كافية بنسبة 50.52%، بينما نجد نسبة 27.50% ترى أنها كافية نوعاً ما، ونسبة 20.00% ترى أنها كافية، وهذا راجع لسوء التسيير وغياب الرؤية الإستراتيجية بحيث نجد أن عدد السيارات السياحية يغلب على عدد سيارات الإسعاف وهذا ما يعزز الفساد في المؤسسة

ونلاحظ من خلال الجدول الأخير الخاص بعدد بأعوان الأمن في المؤسسة أن أغلبية المستجوبين يرون أن أعداد أعوان الأمن غير كافية بنسبة 67.50%، بينما نجد نسبة 18.75% ترى أن عدد الأعوان كافي نوعاً ما، ونجد نسبة 13.75% ترى أنه كافي، وهذا راجع لتطور عدد الهياكل بالمؤسسة بحيث تم بناء مصلحة استعجالات من جهة وتزايد عدد المرضى من جهة أخرى بالمقابل عدم استحداث مناصب جديدة للأعوان لكون هذا المنصب تتحكم فيها الوزارة الوصية وبالتالي تزايد المخاطر على الطاقم الطبي والشبه طبي والإداري والمرضى.

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 36: يوضح إجابات الأطباء والشبه الطبيين حول نظافة وتجهيزات الغرفة والمحيط

| نظافة وتجهيزات الغرفة والمحيط | | | |
|-------------------------------|---------|---------------|----------------------------------|
| النسبة المئوية | التكرار | الاحتمالات | |
| 8.75% | 07 | جيدة | ملائمة قاعات الانتظار والاستقبال |
| 72.5% | 58 | مقبولة | |
| 18.75% | 15 | سيئة | |
| 100% | 80 | المجموع | |
| 17.5% | 14 | جيدة | نظافة غرفة المرضى |
| 51.25% | 41 | متوسطة | |
| 31.25% | 25 | سيئة | |
| 100% | 80 | المجموع | |
| 22.5% | 18 | جيدة | نظافة الأروقة |
| 60% | 48 | متوسطة | |
| 17.5% | 14 | سيئة | |
| 100% | 80 | المجموع | |
| 15.00% | 12 | كافية | التجهيزات داخل غرفة |
| 47.50% | 38 | كافية نوعا ما | |
| 37.5% | 30 | غير كافية | |
| 100% | 80 | المجموع | |

تعد قاعات الانتظار جزءا مهما يضمن راحة المرضى وعدم انزعاجهم في انتظارهم للعلاج الطبي، بحيث يرى أغلبية المستجيبين بأن ملائمة قاعات الانتظار والاستقبال مقبولة بنسبة 72.50 % بحيث هذه النسبة متقاربة مع رأي المرضى انظر الجدول رقم (24) بينما نجد نسبة 18.75%، ترى بأنها سيئة، وترى الأقلية من الأطباء والشبه الطبيين أنها جيدة نسبة 8.75%.

أما بالنسبة لنظافة الفرقة تعد هي كذلك أحد أهم الأساسيات التي يجب التطرق لتفاصيلها من أجل ضمان جودة الخدمات الصحية، ولقد صرحت نسبة 51.25%، بأنها متوسطة كما أكدت الأغلبية بنسبة 60% بأن نظافة الأروقة متوسطة، بينما ترى أغلبية عينة الدراسة كذلك بأن التجهيزات داخل الغرفة كافية نوعاً ما بنسبة 47.50% في المقابل ترى فئة أخرى بنسبة 37.50% أن التجهيزات داخل الغرفة غير كافية

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

وأن نظافة الأروقة جيدة بنسبة 22.5% ونظافة غرفة المرضى سيئة بنسبة 31.25% وملائمة قاعات الإنتظار والإستقبال سيئة بنسبة 18.75%، ويعكس هذه

النسب آراء المستجوبين من المرضى بحيث يرون أن نظافة الغرفة جيدة بنسبة 50%، وبالنسبة لملائمة السرير ونظافة الأفرشة يرونها ملائمة بنسبة 50%، أما بالنسبة للتجهيزات داخل الفرقة فيرونها كافية بنسبة 36.11% انظر الجدول رقم (26) .

نستنتج أن المؤسسة تمتلك بعض مقومات تحقيق الجودة والبعض الآخر غائب تماما حسب النتائج المتحصل عليها وعليه أصبح من الضروري انتهاج آلية الحكامة الصحة عن طريق تطبيق (المساواة والمحاسبة والشفافية و التشاركية....إلخ) حتى يتسنى للمؤسسة من تحقيق رضا المرضى بشكل مستدام .

الجدول رقم 37: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبهه الطبيين

حول الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى

| النسب المئوية | التكرارات | الاحتمالات |
|---------------|-----------|------------|
| 1.25% | 01 | جيدة |
| 37.5% | 30 | متوسطة |
| 61.25% | 49 | سيئة |
| 100% | 80 | المجموع |

تحرص أي مؤسسة في عملها وترقية خدماتها على أدق التفاصيل، وتعد الوجبات المقدمة في المؤسسات الإستشفائية عنصر مهما وحساسا، ونلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية عينة الدراسة بنسبة 61.25% على أنها سيئة بينما ترى نسبة 37.50% غير متنوعة ولا تراعي الحالات الصحية ، وهذا يعكس رأي المريض بنسبة الذي يرونها 48.88% متوسطة ونسبة 36.11% سيئة، ويرجع أفتاق المستجوبين على سوء نوعية الوجبات المقدمة بالرغم من الأموال المرصودة للتغذية، لضعف عملية الرقابة من طرف الوصايا ومن طرف إطارات المؤسسة على نوعية الوجبات المقدمة ومدى تلائمها مع كل حالة من جهة، وعدم توظيف عمال ذو خبرة في مجال الطبخ ومجال التغذية، وهذا مما ينعكس سلبيا على الخدمات الصحية المقدمة داخل المؤسسة بالإضافة إلى غياب دور المجتمع المدني في عملية المساواة والرقابة بخصوص نوعية الوجبات المقدمة.

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 38: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين والإداريين حول وجود النظام العالمي الوقائي التي أوصت به منظمة الصحة العالمية Control Point

HACCP–HazardAnalysisCritical

| النسب المئوية | التكرارات | الاحتمالات | |
|---------------|-----------|------------|---------------------------|
| 05.00% | 04 | نعم | الأطباء والشبه الطبيين |
| 95.00% | 76 | لا | |
| 100% | 80 | المجموع | |

يعتبر تطبيق النظام العالمي الوقائي الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية control point HACCP–Uazrad من المؤشرات الحقيقية التي تدل على مدى اهتمام المؤسسات بتطبيق معايير الجودة في المستشفى، ولقد أكدت أغلبية الطاقم الطبي والشبه الطبي غياب هذا النظام على المؤسسة بنسبة 95.00%، ونجد نسبة 05.00% فقط من ترى وجود هذا النظام، ويفسر هذا لعدم اهتمام الوزارة الوصية بفرض هذا النظام على المؤسسات في مجال التغذية وكذلك نقص تكوين المختصين بالتغذية حول التطورات الحديثة بخصوص التغذية الصحية.

تحليل بيانات المحور الثالث الخاص بالقانون

الجدول رقم 39: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول التزام المؤسسة بالقوانين والمراسيم والتنظيمات التي تصدر عن الوصايا (الوزارة)، والتي تعمل على حماية حقوق المرضى وتضمن لهم مستوى عالي من الأمن والسلامة

| النسب المئوية | التكرارات | الاحتمالات |
|---------------|-----------|------------|
| 45.00% | 36 | نعم |
| 31.25% | 25 | راي محايد |
| 23.75% | 19 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

إن التزام المؤسسة الصحية بالقوانين والمراسيم والتنظيمات التي تصدر عن الوصايا (الوزارة) مهم جداً للسير الحسن للمؤسسة، فهذه الأخيرة تساهم في حماية حقوق المرضى وإرساء العدالة من جهة وتحسين جودة الخدمات الصحية من جهة أخرى، ولقد أسفرت أغلبية عينة الدراسة بنسبة 45.00% عن التزام

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

المؤسسة بهذه القوانين والتنظيمات التي تصدر عن الوصايا، بينما صرحت نسبة 23.75% بعدم التزام المؤسسة بالقوانين والتنظيمات، وهذا ما يفسر أن مديرية الصحة تعمل جاهدة للوقوف على مدى تطبيق القوانين والمراسيم والتنظيمات من خلال الاجتماعات الأسبوعية التي أقرها وزير الصحة خلال السنوات الماضية التي تهدف إلى عملية الرقابة الدورية لمتابعة أهداف المؤسسات المسطرة خلال السنة، وتعزيز مبدأ التشاركية من جهة، وإمكانية مساءلة المقصرين من خلال هذه الاجتماعات.

الجدول رقم 40: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول استشارتكم كطاقم تقني في المؤسسة في تعديل قانون الصحة الجديد عن طريق ورشات عمل

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|------------|-----------|---------------|
| نعم | 04 | 05.00% |
| لا | 76 | 95.00% |
| المجموع | 80 | 100% |

إن التشاركية والشفافية مبدأ مهم للسير الحسن للمؤسسة ولهما مردود فعال لدى العمال باعتبار قانون الصحة هو العمود الفقري للمنظومة الصحية فلا بد من مشاركة جميع الفواعل بالمجال الصحي في صياغة نصوصه القانونية ولقد عازمت الوزارة الوصية على تعديل قانون الصحة 85/05 الذي أصبح لا يساير المستجدات الحديثة في الأنظمة الصحية، إذ نلاحظ من خلال الجدول نرى بأن الطاقم الطبي والشبه طبي قد أجمع بالأغلبية بنسبة 95.00% بعدم استشارته كطاقم تقني في المؤسسة في تعديل قانون الصحة، بينما نجد نسبة 05.00% قد شاركت في هذا التعديل وهذا دليل على عدم إقامة ورشات عمل بينما تم الاستماع إلى بعض الأطباء المقربين للإدارة وبالتالي غياب التشاركية والشفافية وكذلك كانت ردود الأغلبية من المستجوبين في سلك الإدارة ترى أنه لم يتم إشراكهم في هذا التعديل بنسبة 82.05%، بينما نجد نسبة 17.94% ترى أنه تم إشراكها في هذا التعديل.

تدل النتائج أن الأغلبية الكبيرة من أفراد العينة لم يتم إشراكها في وضع القانون مما يبين غياب التشاركية والشفافية في صنع السياسات الصحية، ولهذا تلقى قانون الصحة الرفض من طرف البرلمان بسبب إعادة دراسته من جديد .

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 41: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين و الإداريين حول وجود لوائح وقوانين تعمل على بسط الأمن والسلامة في المختبرات وبنك الدم حرصا على سلامة العاملين في تلك الأماكن بالإضافة إلى شروط متابعة صيانة أجهزة المختبرات ووجود نظام لضبط جودة الفحوص المخبرية لضمان نتائج صحيحة

| النسب المئوية | التكرارات | الاحتمالات | |
|---------------|-----------|------------|------------------------|
| %51.25 | 41 | نعم | الأطباء والشبه الطبيين |
| %48.75 | 39 | لا | |
| %100 | 80 | المجموع | |

إن فرص اللوائح والقوانين والرقابة بالمؤسسة الإستشفائية مهم جداً لتحقيق جودة الخدمات الصحية من خلال بسط الأمن و السلامة في المختبرات وبنك الدم حرصا على سلامة العاملين من جهة و لضمان صيانة أجهزة المختبرات

بحيث تبين النتائج أن أغلبية المستجوبين من الأطباء و الشبه الطبيين بنسبة %51.25 ترى وجود هذه الإجراءات السالفة الذكر بالمؤسسة الصحية التي هي محل الدراسة، بينما نجد نسبة %48.75 ترى تجسيد هذه الإجراءات غير موجود على أرض الواقع.

تحليل بيانات المحور الرابع الخاص بالأهداف والرؤيا الإستراتيجية

الجدول رقم 42: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول عدد الساعات التي

تقضيها في العمل داخل المؤسسة العمومية

| النسب المئوية | التكرارات | الاحتمالات |
|---------------|-----------|------------|
| %68.75 | 55 | طويلة |
| %31.25 | 25 | ملائمة |
| %00.00 | 00 | قصيرة |
| %100 | 80 | المجموع |

إن توفير الجو الملائم للطاقم الشبه طبي والطبي يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية، فتقليل ساعات العمل يحفز العمال على تقديم مجهودات أكبر للمؤسسة، حيث نلاحظ من خلال مؤشرات الجداول أن أغلبية المستجوبين بنسبة %68.75 يرون أن عدد الساعات التي يقضونها طويلة، بينما نجد نسبة %31.25 ترى بأنها ملائمة، ويرجع هذا

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

لنقص عملية توظيف الأطباء وبالخصوص الطاقم الشبه طبي من جهة، وللضغط الكبير الذي تعاني منه المؤسسة لكونها المؤسسة الإستشفائية الوحيدة في المقاطعة وتغطي ستة بلديات.

الجدول رقم 43: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين

حول عدد الساعات تتوافق مع الراتب الذي يتقاضاه

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|------------|-----------|---------------|
| نعم | 05 | 06.25% |
| نوعاً ما | 26 | 32.50% |
| لا | 49 | 61.25% |
| المجموع | 80 | 100% |

إن الراتب من أهم المحفزات للعامل والذي بدوره كذلك يساهم في إعطاء مردود أحسن للموظفين داخل المؤسسة الصحية نظراً للمجهودات التي يقدمها، ونلاحظ من خلال الجدول تأكيد أغلبية عينة الدراسة بنسبة 61.25% بأن عدد الساعات التي يعملونها لا تتوافق مع الراتب الممنوح له، بينما ترى نسبة 32.20% أنه نوعاً ما يتوافق الراتب مع عدد الساعات، وهناك فئة أخرى بنسبة قليلة جداً 06.25% أن عدد الساعات يتوافق مع الراتب .

الجدول رقم 44: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول مسعى الإدارة لتوفير

الجو الملائم للعمل

| الاحتمالات | التكرارات | النسب المئوية |
|------------|-----------|---------------|
| نعم | 05 | 06.25% |
| لا | 51 | 63.75% |
| راي محايد | 24 | 30.00% |
| المجموع | 80 | 100% |

تعتبر الظروف الحسنة للعمل من أهم المقومات التي تسمح للموظف بتقديم خدمات صحية عالية الجودة من جهة

وأهم هدف تسعى من أجله الإدارة لترقية الخدمات داخل المؤسسة من جهة أخرى، ونلاحظ من خلال الجدول تأكيد الأغلبية بنسبة 63.75% بعدم وجود مساعي من طرف الإدارة لتوفير الجو الملائم

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

للمعلبينما ترى نسبة قليلة جداً 06.25% وجود مساعي من طرف الإدارة التي تهدف إلى تحسين من جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 45: يوضح إجابات طاقم الطبي والشبه الطبي حول امتلاك معلومات عن عقد النجاعة ومشروع المؤسسة خلال السنة

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|-----------|
| 03.75% | 03 | نعم |
| 96.25% | 77 | لا |
| 00.00% | 00 | رأي محايد |
| 100% | 80 | المجموع |

لقد عازمت الوزارة الوصية السنوات الأخيرة انتهاج أنماط حديثة في التسيير والتي نذكر منها مشروع المؤسسة وعقد النجاعة بحيث يعتبر هذا العقد عبارة عن التزام بين المؤسسة ومديرية الصحة عن طريق مواد تصاغ من الطرفين بحيث يتم احترام هذه البنود خلال السنة، أما بالنسبة لمشروع المؤسسة يتم الالتزام بأهداف معينة خلال السنة والعمل على تحقيقها، إذ نلاحظ أن أغلبية الطاقم الطبي والشبه طبي بنسبة 96.25% ليس له أدنى المعلومات على هاذين النمطين من التسيير، بينما توجد نسبة 03.75% تمتلك معلومات حول عقد النجاعة ومشروع المؤسسة ويرجع هذا لانعدام الاتصال بين الطاقم الإداري والطبي وانعدام التشاركية في العمل.

الجدول رقم 46: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين الذين أجابوا ب نعم:المساهمة في وضع الأهداف المتعلقة في عقد النجاعة ومشروع المؤسسة

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|-----------|
| 66.66% | 02 | نعم |
| 33.33% | 01 | لا |
| 00.00% | 00 | رأي محايد |
| 100% | 03 | |

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

نلاحظ من خلال الجدول الموالي أن نسبة 66.66% من الذين أجابوا بـ "نعم" قد أكدوا المساهمة في وضع الأهداف في مشروع المؤسسة بالإضافة إلى عقد النجاعة، بينما عبرت نسبة 33.33% من نسبة المستجوبين الذين عبروا بـ نعم أي عدم إعطائهم فرصة في وضع الأهداف المسطرة بالمؤسسة.

الجدول رقم 47: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبهه الطبيين حول إعلام الإدارة بالأهداف المسطرة كل سنة للوحة القيادة للمؤسسة

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 03.75% | 03 | نعم |
| 13.75% | 11 | أحيان |
| 82.50% | 66 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

يعتبر مشروع المؤسسة من أهم الأدوات في التسيير الإستشفائي الحديث، حيث يتم تحديد الأهداف المسطرة من خلال المسير والطاقم الإداري والطبي ، ويتم بعدها تبليغ هذه الأهداف لكافة شرائح العمال للعمل عليها خلال السنة، بحيث نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية المستجوبين أكدت بنسبة 82.50% بعدم إعلامها بالأهداف المسطرة بالوجه القيادة والتي تعتبر التزام مع الوزارة الوصية، بينما بينت نسبة 03.75% من المستجوبين بأنه يتم إعلامها بالأهداف المسطرة.

الجدول رقم 48: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبهه الطبيين الذين أجابوا بـ نعم حول كيفية إعلام الإدارة بالأهداف المسطرة كل سنة للوحة القيادة للمؤسسة

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|-----------|
| 33.33% | 01 | شفوية |
| 66.66% | 02 | كتابية |
| 00.00% | 00 | جلسات عمل |
| 100% | 03 | المجموع |

نلاحظ من خلال الجدول بأن الذي أجابوا بـ "نعم" في السؤال السابق يرون أن لغة التواصل أثناء الإعلام بالأهداف المسطرة في لوحة القيادة كانت كتابية بنسبة 66.66% بينما ترى نسبة 33.33% بأن لغة التواصل كانت شفوية .

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق
جودة الخدمات الصحية.

الجدول رقم 49: يوضح إجابات طاقم الطبي والشبه الطبي حول تلقي عملية التكوين ومدى درجتها

| النسب المئوية | التكرارات | الاحتمالات | |
|---------------|-----------|---------------|-----|
| 20.51% | 08 | عالية | نعم |
| 25.64% | 10 | عالية نوعا ما | |
| 53.84% | 21 | منخفضة | |
| 48.75% | 39 | المجموع | |
| 51.25% | 41 | لا | |
| 100% | 80 | المجموع | |

يعد التكوين من أهم الوسائل لتحديث المعلومات لدى الطاقم الطبي والشبه طبي، وعليه نجد أن أغلبية عينة الدراسة بنسبة 51.25% ترى عدم تلقيها تكوينات في المجال الطبي، إلا نسبة 53.84% من المستجوبين الذي عبروا بـ "نعم" قد أعربت أن التكوينات المقدمة لهم منخفضة، بينما عبرت 25.64% بأن التكوينات المقدمة لهم عالية نوعاً ما، بالإضافة إلى نسبة قليلة رأت أن التكوين المقدم لهم عالي الجودة.

الجدول رقم 50: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول سعي الإدارة لتحسين الخدمات الصحية في مصلحتكم

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 03.75% | 03 | نعم |
| 43.75% | 35 | نوعا ما |
| 52.50% | 42 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

تبين الإحصائيات الموضحة في الجدول، أن نسبة 52.50 % ترى عدم وجود نية من طرف الإدارة لتحسين الخدمة الصحية في المصالح الإستشفائية والتقنية، بينما ترى نسبة 43.75 % وجود نية نوعاً ما من طرف الإدارة للتحسين من الخدمة الصحية، بالإضافة إلى نسبة 03.75% من عينة الدراسة ترى وجود نية للتحسين من الخدمات بالمصالح الصحية.

الجدول رقم 51: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الزيارات الفجائية من طرف إطارات الإدارة

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|----------|
| 13.75% | 11 | نعم |
| 30.00% | 24 | نوعاً ما |
| 56.25% | 45 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

إن عملية الرقابة لها دور مهم في تحسين من نوعية الخدمات الصحية داخل المؤسسة الإستشفائية، ونلاحظ من خلال الجدول اتفاق أغلبية عينة الدراسة بنسبة 56.25% بعدم وجود زيارات فجائية من طرف مسيري المستشفى بينما نجد نسبة 30% ترى نوعاً ما وجود زيارات فجائية، ونجد نسبة 13.75% ترى وجود زيارات فجائية.

الجدول رقم 52: يوضح إجابات طاقم الطبي والشبه الطبي حول امتلاكهم معلومات عن النهج التقاعدي

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|-----------|
| 12.50% | 10 | نعم |
| 87.50% | 70 | لا |
| 00.00% | 00 | رأي محايد |
| 100% | 80 | المجموع |

الباب الثاني : آليات الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

تبين الإحصائيات الموضحة في الجدول، أن نسبة 87.50% من أفراد العينة يرون أنهم لا يمتلكون أدنى فكرة عن النهج التعاقدية بينما نجد نسبة 12.50% ترى أنها تمتلك معلومات لا بأس بها حول النهج التعاقدية، بالرغم من أن النهج التعاقدية هو سياسة تسعى الوزارة لإدراجها بالمؤسسات الصحية عن طريق آليات جديدة منذ سنوات عديدة

تحليل بيانات المحور الرابع الخاص الشفافية والمشاركة

الجدول رقم 53: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول نوع التواصل بينكم وبين الإدارة .

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|----------|
| 01.25% | 01 | جيدة |
| 47.50% | 38 | غير جيدة |
| 51.25% | 41 | متوسطة |
| 100% | 80 | المجموع |

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية عينة الدراسة عبرت بنسبة 51.25% بأن لغة التواصل بينهم وبين الإدارة متوسطة، بينما نجد نسبة 47.50% بأن لغة التواصل بين الطاقم الطبي والشبه طبي غير جيدة، ونجد نسبة 01.25% من المستجيبين قد عبرت بأن لغة التواصل كانت جيدة.

الجدول رقم 54: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول شفافية نقل المعلومات من طرف الإدارة

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 02.50% | 02 | نعم |
| 27.50% | 22 | أحيان |
| 70.00% | 56 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

نستنتج من خلال النتائج المسجلة في الجدول، أن نسبة 70.00% من أفراد العينة ترى غياب الشفافية في نقل المعلومة من طرف الإدارة، بينما نجد نسبة 27.50% من أفراد العينة ترى بأنه أحيانا يتم نقل المعلومة بشفافية

بينما نسبة 02.50% ترى بأن هناك شفافية في نقل المعلومة من طرف الإدارة.

الجدول رقم 55: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول مشاركة رئيسك السلمي في اتخاذ القرارات التي تهكم وتهم المريض بالمصلحة التي تعمل بها

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 26.25% | 21 | نعم |
| 40.00% | 32 | أحيان |
| 33.75% | 27 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

تبين النتائج أن نسبة 40.00% ترى بأنها أحيانا يتم مشاركة رئيسهم السلمي في اتخاذ القرارات التي تهمة وتهم المريض بالمؤسسة، بينما ترى نسبة 33.75% لا تتم مشاركتهم في القرارات من طرف الرئيس السلمي، ونجد كذلك نسبة 26.25% قد عبرت عن تشاركها في اتخاذ القرار مع الرئيس السلمي لها، وتفسر نسبة الأغلبية لا يتم مشاركتها لغياب لغة الحوار.

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

تحليل بيانات المحور الخامس الخاص المساءلة ومكافحة الفساد

الجدول رقم 56: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الأساس الذي يتم به الترقية في المنصب :

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|-----------|
| 18.75% | 15 | الكفاءة |
| 42.50% | 34 | المحابة |
| 38.75% | 31 | المحسوبية |
| 100% | 80 | المجموع |

تبين الإحصائيات المبينة في الجدول، أن نسبة 42.50% من أفراد العينة ترى بأن الترقية في المنصب تتم على أساس المحابة، بينما ترى نسبة 38.75% بأن الترقية تتم على أساس المحسوبية، ونجد كذلك نسبة قليلة 18.75% ترى بأن الترقية في المنصب بالمؤسسة تتم على أساس الكفاءة.

الجدول رقم 57: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول نقطة المر دودية والتي يتم تقييمها على أساس :

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|--------------------|
| 33.75% | 27 | الذي يقدم جهد كبير |
| 36.75% | 29 | المحابة |
| 30.00% | 24 | المحسوبية |
| 100% | 80 | المجموع |

نلاحظ من خلال البيانات أن النسبة متضاربة إذ نجد أن نسبة 36.75% ترى بأن نقطة المر دودية تمنح على أساس المحابة بينما نجد أن نسبة 33.75% ترى أن منحة المر دودية تمنح على أساس الذي يقدم جهد كبير، إذ نجد كذلك نسبة 30.00% ترى أن نقطة المر دودية تمنح على أساس المحسوبية والمحابة

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

فهي تمثل الأغلبية الساحقة، وهذا يرجع لكون هذه النقطة لا يحكمها قانون أو تعليمة محددة تحدد شروط منحها ولا تعرض لرقابة الوظيف العمومي والمحاسب العمومي و إنما هي سلطة تقديرية في يد الإدارة .

الجدول رقم 58: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول المسائلة على النظافة في مكان المخصص للعمل من طرف مسؤولي المؤسسة بصفة دورية

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 16.25% | 13 | نعم |
| 50.00% | 40 | أحيان |
| 33.75% | 27 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

تبين الإحصائيات المدونة في الجدول، أن 50.00% من أفراد عينة الدراسة ترى أن أحيانا تكون الرقابة بصفة دورية بخصوص النظافة، بينما نجد 33.75% ترى غياب الرقابة الدورية على المؤسسة من طرف مسؤوليها، بينما نجد نسبة 16.25% ترى وجود الرقابة الدورية.

الجدول رقم 59: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول إبلاغ إدارة المؤسسة عن خطأ طبي جسيم ارتكب في عيادة خاصة

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 35.00% | 28 | نعم |
| 31.25% | 25 | أحيان |
| 33.75% | 27 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة 35.00% ترى بأنه يتم التصريح عن الأخطاء الطبية التي تقع في العيادات الخاصة، بينما ترى نسبة 31.25% بأنه أحيانا يتم التصريح بالأخطاء الطبية، ونجد نسبة

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

33.75% بأنه لا يتم التصريح بالأخطاء الطبية التي تقع في العيادة الخاصة، وفي هذه الحالة الأغلبية ترى عدم التصريح وهذا لغياب قانون ينظم القطاع الخاص في المجال الصحي.

الجدول رقم 60: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبهه الطبيين حول وجود جمعيات مرتفقه بالصحة تدافع عن حقوق المريض

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|------------|
| 13.75% | 11 | موجودة |
| 86.25% | 69 | غير موجودة |
| 00.00% | 00 | رأي محايد |
| 100% | 80 | المجموع |

تبين الإحصائيات الموضحة في الجدول، أن نسبة 86.25% من أفراد العينة يرون غياب الجمعيات المرتفقة بالصحة عن الساحة الصحية، بينما ترى نسبة 13.75% وجود بعض الجمعيات المرتفقة بالصحة، ويرجع هذا الغياب لنقص الوعي بدور هذه الجمعيات في التحسين من الخدمات الصحية لكون المشرع الجزائري قد خول لها أن تكون عضو في مجلس الإدارة في المادة 11 من المرسوم التنفيذي 07-140 الذي يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيورها

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

تحليل بيانات المحور السادس الخاص بالحكمة وجودة الخدمات الصحية

الجدول رقم 61: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الأيام الجراحية والعمليات المستعصية التي يقدمها يدمها المستشفى للمريض يستفاد منها الفقير والغني ومتوسط الدخل بالمساواة

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|-----------|
| 25.00% | 20 | نعم |
| 26.50% | 21 | راي محايد |
| 48.75% | 39 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول، أن نسبة 48.75% من أفراد العينة يرون عدم وجود عدالة في تلقي العلاج في الأيام الجراحية بين الفقير والغني ومتوسط الدخل، بينما عبر نسبة 25.00% بوجود عدالة في تلقي العلاج بين الفئات الثلاثة.

الجدول رقم 62: يوضح إجابات طاقم الطبي والشبه الطبي حول تعريف المريض بالقوانين والقواعد المطبقة وحصوله على حقوقه مكتوبة أثناء إجراءات الدخول للمستشفى

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 26.25% | 21 | نعم |
| 00.00% | 00 | أحيان |
| 73.75% | 59 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

تبين الإحصائيات الموضحة في الجدول، أن نسبة 73.75% ترى بأنه لا يتم تعريف المريض بالقوانين والقواعد المطبقة وعدم حصوله على حقوقه مكتوبة أثناء إجراءات دخول المستشفى، بينما ترى نسبة

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

26.25% بأنه يتم إرفاق المريض بجميع حقوقه مكتوبة بالإضافة إلى تعريف المريض بالقوانين والقواعد المطبقة، ويرجع هذا لغياب الشفافية مع المريض التي تقف حاجز أمام التحسين من الخدمات الصحية .

الجدول رقم 63: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول معرفة المريض بوجود متدربين متربصين

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 20.00% | 16 | نعم |
| 37.50% | 30 | أحيان |
| 42.50% | 34 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

يبين لنا من خلال الجدول، أن نسبة 42.50% ترى بجهل المريض بوجود متربصين متدربين يعالجونه، بينما نجد نسبة 37.50% من المستجوبين ترى بأنه أحيانا يتم تبليغ المريض بوجود متدربين متربصين، ونجد كذلك نسبة 20.00% من المستجوبين ترى أنه يتم بتبليغ المريض بوجود فئة المتربصين.

الجدول رقم 64: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول لجوء المريض لشراء المادة التي يعالج بها في حالة الندرة بالمستشفى

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 51.25% | 41 | نعم |
| 40.00% | 32 | أحيان |
| 08.75% | 07 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

يتبين لنا من خلال الجدول، أن نسبة 51.25% من أفراد العينة ترى بسماع قوانين المؤسسة للجوء المريض شراء المادة التي يعالج بها بنفسه عند عدم توفرها، بينما ترى نسبة 40.00% بأنه أحيانا تسمح، ونجد كذلك نسبة قليلة 08.75% ترى بأن قوانين المؤسسة لا تسمح للجو المريض لشراء الدواء، مع العلم أن تم إدراج بند في عقد النجاعة فيما يخص عدم لجوء المريض لشراء الدواء في حالة الندرة

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

بالمستشفى، وهذا ما يفسر عدم الالتزام بالعقد مع مديرية الصحة من جهة وعدم وجود عقوبات في حالة المخالفة.

الجدول رقم 65: يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول تطبيق الطب المنزلي في المستشفى.

| النسب المئوية | التكرارات | |
|---------------|-----------|---------|
| 03.75% | 03 | نعم |
| 13.75% | 11 | أحيان |
| 82.50% | 66 | لا |
| 100% | 80 | المجموع |

يتبين من خلال الجدول، أن نسبة 82.00% من أفراد العينة يدلون بعدم تطبيق الطب المنزلي، بينما نجد نسبة 13.75% ترى أنه أحيانا يطبق، ونجد كذلك نسبة ضئيلة ترى بأنه يتم تطبيق الطب المنزلي بالمؤسسة، وتفسر هذه النتائج بعدم تطبيق الطب المنزلي الذي بإمكانه أن يخفف الضغط على المؤسسة الإستشفائية من جهة .

المطلب الرابع: خلاصة واستنتاجات

تعتبر المؤسسة الإستشفائية العمومية جزءا لا يتجزأ من الهياكل الصحية العمومية، وعليه فهي الميدان الحقيقي الذي من خلاله يمكننا أن نشخص واقع الخدمات الصحية من جهة، ونقيس مؤشرات الحكامة إن وجدت وإمكانية تطبيق هذا النمط الجديد في الوسط الإستشفائي من جهة أخرى، ومن خلال المحاور التي تم التطرق إليها في استمارة الاستبيان والأجوبة المتحصل عليها من طرف أفراد العينة، تبين لنا واقع الحكامة في المؤسسة الإستشفائية محل الدراسة وواقع الخدمات المقدمة للمرضى وعليه سنقوم بتقديم خلاصة واستنتاجات بناء على النتائج المتحصل عليها في الاستبيان اعلاه

فيما يخص المحور الأول بالنسبة لاستبيان المرضى إذ نلاحظ من خلال الجدول رقم 15 المتضمن البيانات الشخصية للأطباء والشبه طبيين لاحظنا بأن المؤسسة تحتوي على طاقات يغلب عليها العنصر الذكري والذي كانت أغلبيتها أكبر من 41 سنة وهذا يفسر نقص في الإطارات الشابة مع العلم خلال سنة 2016 قد أحيل أكبر عدد في تاريخ المستشفى إلى التقاعد بسبب إلغاء التقاعد النسبي، وهذا ما سيجعل

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

المؤسسة في كارثة حقيقية من حيث نقص العمال، وعلى الدولة أن تتدارك الوضع بتكوين إطارات شابة خلال سنة 2016، وعليه فإن غياب الرؤيا الإستراتيجية في تصميم مخطط الموارد البشرية سيعود بالسلب على جودة الخدمات الصحية.

فيما يخص مستوى الدخل الخاص بالمرضى نلاحظ بالمقارنة مع إحصائيات النشاطات الصحية المدونة في الجدول أعلاه مع نتائج الإستبيان بأن الفئات التي تستفيد من الخدمات المقدمة في المستشفى هم الفئات التي لا تحمل رقم ضمان اجتماعي والتي في غالب الأحيان تصرح في مكتب الدخول بعدم العمل بمعنى ليست منخرطة في الضمان الاجتماعي وعليه فالدولة اليوم مطالبة بإحصاء جميع الفئات الغير مؤمنة.

أما في ما يخص توزيع أفراد العينة (المرضى) على مختلف المصالح الصحية التي يعالج بها المرضى نلاحظ من خلال الإحصائيات المدونة في الجدول أعلاه بالمقارنة مع حصيلة النشاطات الصحية لسنة 2016 بأن المؤسسة تعاني من ضغط كبير بالخصوص في مصلحة أمراض النساء والتوليد وبالرغم من هذه الضغوط فالدولة لم تخصص مؤسسة خاصة بالأُم والطفل ويرجع ذلك لعدم وجود عدالة في تخصيص المشاريع والتي تساهم فيها أمور سياسية و عليه وجب على الدولة إصدار قانون ينظم توزيع المؤسسات عبر التراب الوطني عن طريق معايير واقعية، بالإضافة إلى ضرورة استحداث مديرية عامة في وزارة الصحة بعنوان مديرية الاستشراف والجودة .

أما في ما يخص المحور الثاني الخاص بالمبنى ورقابة المحيط نجد بان أغلبية المستجوبين صرحت بمدى ملائمة المؤسسة من حيث الموقع الجغرافي بالإضافة إلى تصريح الأغلبية بتفضيل المؤسسة العمومية على المؤسسة الخاصة حتى ولو توفرت الإمكانيات وهذا ما يدل رضى المرضى على المؤسسة محل الدراسة، أما بالنسبة لحسن الاستقبال فنجد الأغلبية قد صرحت بأنها جيدة وهناك من صرح بأنها متوسطة وعلى العموم فإن الدولة وجب عليها تكوين ممرضين في الفنادق والسياحة وتخصيصهم للاستقبال فقط.

أما بالنسبة لتفضيل المرضى للمؤسسة العمومية عن المؤسسة الخاصة فهذا راجع لمجانية العلاج أولاً ثم الخدمات المقدمة في المؤسسة العمومية بالإضافة إلى أن القطاع الخاص كثرت فيه الأخطاء الطبية مؤخراً .

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

إن المؤسسة العمومية أولاد جلال كغيرها من المؤسسات تعاني من نقص فادح فيما يخص التخصصات ونجد منها طبيب مختص في الأشعة والقلب وطب النساء ولهذا نرى بأن الوزارة اليوم عليها تكوين أطباء في هذه المجالات حتى ولم ينجح الطبيب في الفحص ، بالإضافة إلى عقد شراكة مع القطاع الخاص لتغطية النقص وتقنن في هذه الشراكة في قانون الصحة الجديد .

أما بالنسبة لنظافة الغرفة وملائمة السرير ونظافة الأفرشة والتجهيزات الغرفة فإن الأغلبية قد صرحت بأنها جيدة وملائمة وكافية وهذا نظراً لاهتمام الدولة بالخدمات المقدمة للمريض ولكن ما لاحظناه بأن المؤسسة لا تحافظ على نفس الوتيرة طوال السنة وهذا راجع لغياب تطبيق مؤشرات الحكامة والمتمثلة في الرقابة والمساءلة أما بالنسبة للوجبات المقدمة فهي في غالب الأحيان متوسطة وهذا راجع لنقص في توظيف الطهاة وتكوينهم في المجال الغذائي ونقص في توظيف ممرضين مختصين في التغذية وعليه فالدولة عليها إعادة النظر في في التكوين الخاص بالتغذية المقدمة للمرضى لكونها عملية مهمة في تحقيق الجودة داخل المؤسسة.

وفيما يخص المحور الثالث الخاص بالحكامة وجودة الخدمات لاحظنا أن رأي الأغلبية يرى بان هناك سهولة في تقديم الفحوصات و مدتها قصيرة و كذلك توجد سهولة في إجراء التحاليل وأن فترة انتظارهم للعمليات الجراحية قصيرة بالإضافة إلى وجود سهولة نوعاً ما في مقابلة الأطباء وعدد الزيارة . وبالرجوع إلى تعريف جودة الخدمات الصحية الذي عرفته المنظمات الصحية بأنها تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه، وبالمقارنة مع النتائج المتحصل عليها و على اساس هذا التعريف الأخير نجد بأن المؤسسة قد نجحت لحد ما في بعض الخدمات في توفير جودة صحية ولكن غياب مؤشرات الحكامة الصحية يجعل هذه النتائج متذبذبة أو معرضة للزوال.

بالنسبة لنتائج الإستبيان الخاصة بالطبيين والشبه الطبيين

أما فيما يخص تحليل بيانات المحور الثاني المدونة في الجدول 35، نجد أن الأطباء والشبه طبيين قد صرحوا ن عدد الأجهزة غير كافي ونوعية الأجهزة متوسط وغي أغلب الحالات تكون سيئة وهذا راجع لعدم وجود التشاركية في تجهيز المستشفى وعدم الاستجابة للطواقم الطبي في اقتناء التجهيزات الطبية وشراء كماليات عوضا عن الضروريات أما بالنسبة للنوعية فيلمس جميع الطاقم بأن هناك صفقات مشبوهة سواء على مستوى المديرية أو المؤسسة في اقتناء التجهيزات من خلال اختيار المتعامل في الصفقة الذي يقدم أقل عرض وأحسن جودة حسب قانون الصفقات العمومية .

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

أما بالنسبة لعدد سيارات الإسعاف فيلاحظ حسب النتائج أنها غير كافية وهذا ما وارد قائمة السيارات الموجودة في الملحق، ويرجع سبب هذا النقص لاقتناء المؤسسة لسيارات سياحية عوضا عن سيارات الإسعاف مما جعل المؤسسة تقع في عجز ، و يعتبر هذا التلاعب عدم إحسان التصرف في المال العام وفي حالة غياب الرقابة والمساءلة وتنفيذ القوانين الرادعة التي جاء بها قانون مكافحة الفساد وغيره. لم يتم محاسبة أي شخص عن سوء التسيير .

وبالنسبة لعدد أعوان الأمن في المؤسسة غير كافي لكون التوظيف في هذا الجانب قليل جداً، ولهذا على الدولة أن تتعاقد مع مؤسسات أمنية من القطاع الخاص للتخلص من هذا المشكل الذي يشكل هاجس على المؤسسات الإستشفائية.

وفيما يخص الوجبات الغذائية لاحظنا أن أغلب الإجابات ترى أنها سيئة بنسبة 61.25% بالرغم من الأموال الطائلة التي ترصدها الدولة في التغذية مما يفسر وجود فساد في تسيير المخزن والمطبخ والصفقات المبرمة في إطار جلب المواد الغذائية، وعليه في ظل غياب الرقابة الفعالة على المطبخ وغياب المسائلة سيبقى الحال على نفسه.

بالإضافة إلى إجماع الطاقم الطبي والشبه طبي على غياب النظام العالمي الوقائي التي أوصت به منظمة الصحة العالمية في التغذية وهذا ما يعيق نوعية الخدمات المقدمة بالمؤسسة الإستشفائية.

كما نستنتج غياب برنامج وقائي يعمل على البحث والتحري والتبليغ عن حالات الأمراض المعدية وإجراء الفحوص الدورية اللازمة للعاملين في المستشفى لمنع انتقال العدوى .وهذا ما عبرت عنه نسبة 56.41% بـ لا، وهذا مما يشكل خطر كبير على المرضى مما يسمح بانتقال العدوى بسهولة من جهة، وليصبح المريض المصاب بالعدوى ثقل كبير على كاهل ميزانية الدولة. ففي ظل غياب الرقابة والمساءلة على تطبيق هذه البرامج قد يشكل خطر كبير على المؤسسات وجودة الخدمات المقدمة.

أما فيما يخص المحور الثالث الخاص بالقانون، فنجد أن الأغلبية عبرت في الجدول رقم 39 قد عبرت بنسبة 45.00% بالتزام المؤسسة بالقوانين والمراسيم والتنظيمات التي عن الوصايا وهذا ما يدل على احترام القوانين، ولكن في سؤال آخر عبرت نسبة 95.00% في الجدول رقم 40 أن المؤسسة لم تستشر الأطباء والشبه طبيين في ورشات فيما يخص تعديل قانون الصحة، ولغياب تطبيق التعليمات الصادرة عن الوصايا في إشراك الفاعل الرئيسي في المستشفى وهو الطاقم الطبي أدى في نهاية المطاف إلى رفض مشروع القانون من طرف البرلمان بسبب عدم إشراك جميع الفواعل في هذا القانون لكونه يهم الجميع، ولهذا وجب إعادة النظر في هذا القانون من خلال إشراك جميع الفواعل الرسميين للمستشفى وكما

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

لاحظنا أن نسبة كبيرة أجابت بعدم وجود لوائح وقوانين تعمل على بسط الأمن والسلامة في المختبرات وبنك الدم حرصا على سلامة العاملين إذ أن غياب القوانين هذه يقلل من جودة الخدمات الصحية ويسهل انتشار العدوى، فعلى الوصايا أن تنشأ لجنة تفتيش جهوية خاصة بالجودة من حيث الأمن والسلامة و الفحوصات المخبرية....الخ.

أما بالنسبة لبيانات المحور الخاص بالأهداف والرؤيا الإستراتيجية، فنلاحظ من خلال الجدول رقم 42 المتعلق بعدد الساعات التي يقضيها عمال الطاقم التقني بالمستشفى ، بان هذه الأخيرة طويلة جداً وتم التعبير عنها بنسبة 68.75% وعليه نقص التكوين والتوظيف بالخصوص في الطاقم الشبه طبي شكل ضغط على عمال الطاقم الشبه طبي وهذا ما يولد ضغط على العمال ويكثر من الصراعات داخل المؤسسة وبالتالي كل هذه الظروف تنقص من جودة الخدمات الصحية وتعود بالضرر على المريض بالإضافة إلى عدم توافق الراتب مع عدد الساعات والذي يعبر عنه الجدول رقم 43 وعليه كل هذه الظروف تقف حاجز أمام تقدم جودة الخدمات الصحية.

أما بالنسبة للجدول رقم 44 فيوضح لنا بأن الإدارة لا تسعى إلى توفير الجو الملائم للعمال سواء للطبيب أو الشبه طبي وهذا راجع لكون الإدارة يسيرها أربعة نواب مدراء ليسو بأصحاب الكفاءة وأغلب من الطاقم الطبي والشبه طبي بالرغم من وجود إطارات مختصة في التسيير وعليه على الوزارة الوصية ان تتخلى على سياسة المحاباة في التوظيف بالمناصب العليا وتبني رؤية إستراتيجية في تعيين الإطارات بالمؤسسات الإستشفائية لكي تعطي مردود جيد في الخدمات الصحية.

وكذلك نجد الجدول رقم 45 و 46 و 47 و 48 يوضح لنا غياب الرؤية الإستراتيجية في بناء أهداف المؤسسة العمومية الإستشفائية بالإضافة إلى غياب الشفافية و التشاركية في تسيير المؤسسة بحيث لاحظنا من خلال النتائج أن نسبة 96.25% لا تعلم شيئا عن عقد النجاعة أو لوحة القيادة والنهج التعاقدية وهذا ما يدل عن عشوائية التسيير وضرورة إدخال نمط جديد في التسيير مبني على رؤيا إستراتيجية وعلى الشفافية والمساءلة والرقابة و التشاركية.

و لعل من أهم النقاط الحساسة في تحسين مردود العمال النظري و التطبيقي هو عملية التكوين و هذا ما نلاحظه في الجدول رقم 49 الذي يوضح أن تلقي عملية التكوين منخفضة بنسبة 53.84% وهذا ما يشكل عائق أمام تحسين جودة الخدمات الصحية.

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

بالإضافة إلى غياب عملية الرقابة حسب ما ورد في الجدول 51 بحيث عبرت نسبة 56.25% من المستجوبين بعدم وجود زيارات فجائية من طرف الإدارة مما يساهم في اللامبالاة وانخفاض مردود الخدمة الصحية .

أما في ما يخص المحور الرابع الخاص بالشفافية والمشاركة فنلاحظ أن الجدول رقم 53 قد عبرت فيه نسبة كبيرة على أن لغة التواصل بينهم وبين الإدارة بنسبة متوسطة وفي غلب الأحيان غير جيدة إذ عبر عنها بنسبة ، بالإضافة إلى عدم وجود شفافية لنقل المعلومة وهذا ما عبرت عنه نسبة 70.00% من الطاقم الطبي والشبه طبي في الجدول رقم 54، إذ أن انعدام الشفافية يرجع بالسلب على العمال كافة، مما يؤثر في نهاية المطاف على الخدمة المقدمة للمريض.

بالإضافة إلى غياب التشاركية في اتخاذ القرارات بين القيادة المسيرة للمستشفى وباقي العمال بحيث عبرت نسبة 73.75% بغياب هذا المبدأ وتوافره أحيانا بصفة غير واضحة المعالم وهذا ما أكده الجدول رقم 55.

أما بالنسبة للمحور الخاص بالمسائلة ومكافحة الفساد فنجد أن الجدول رقم 56 يوضح بان الفساد يأخذ حيز كبير بخصوص الترقيية في المناصب مما يجعل هذه الممارسات السيئة تؤثر على مردود ونفسية الطاقم الطبي والشبه طبي، حيث نلاحظ أن نسبة 42.50% ترى أن الترقيية في المنصب مبنية على المحاباة بالدرجة الأولى والمحسوبية بالدرجة الثانية بنسبة 38.75% وبالتالي تهيمش الكفاءة يسمح بانتشار الفساد.

وكذلك نلاحظ نفس الشيء في الجدول رقم 57 بحيث عبرت الأغلبية أن نقطة المر دودية يتم تقييمها على أساس المحاباة بنسبة 36.75% وأخرى عبرت بنسبة 30.00% أنه يتم تقييم المر دودية على أساس المحسوبية، إذ نلاحظ كل هذه العوامل المسيئة لمسار الموظف تنعكس بالسلب على جودة الخدمات.

أما بالنسبة للمحور الخامس فنلاحظ أن عملية المسائلة شبه غائبة بحيث عبرت نسبة 50.00% بأحيانا و 33.75% ب لا فيما يخص غياب المسائلة بخصوص النظافة في مكان العمل من طرف مسؤولي المؤسسة بصفة دورية ، بالإضافة أننا نلاحظ أن نسبة 33.75% ترى بعدم وجود مسائلة في إبلاغ إدارة المؤسسة عن الأخطاء الطبية الجسيمة وهذا ما يؤثر على جودة الخدمات الصحية وهذا ما عبر عنه الجدول رقم 59.

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

ولقد أتضح من خلال الجدول رقم 60 أن الأغلبية بنسبة 86.25% ترى بأن المجتمع المدني (الجمعيات المرتفعة بالصحة) غائبة في المؤسسة الصحية وهذا ما يعني غياب احد اه فواعل الحكامة المناط لها تحقيق المساءلة ومحاربة الفساد عن طريق الرقابة حسب ما خول لها في إطار القانون، وعليه على الدولة عليها تحفيز الأفراد لتشكيل جمعيات مرتفعة بالصحة والزيادة من توعيتهم حول الدور المهم المنوط بهم، بالإضافة إلى إعطاء صلاحيات أكبر لها للمشاركة في صنع سياسة المستشفى عن طريق مبدأ التشاورية.

أما فيما يخص بيانات المحور السادس الخاص بالحكامة وجود الخدمات الصحية فنلاحظ من خلال الجدول رقم 61 بأن الخدمات المقدمة من طرف المستشفى يغلب عليها اللامساواة بين المرضى وهنا ما عبرت عنه نسبة 48.75% وهذه النسبة تدل على أن الفئة الفقيرة لا تأخذ نصيبها مما هو متاح لها من طرف الدولة، وفي ظل عدم وجود نظام إلكتروني بين الفئات المعوزة والفئات العاملة لا نستطيع أن نفرق بين جميع الشرائح، بالإضافة إلى ضرورة فرض مواد في قانون الصحة تعاقب على المعاملة بالتمييز بين مختلف شرائح المجتمع وهذا مانبذته مغلب القوانين الدولية السابقة الذكر.

بالإضافة إلا أننا نلاحظ نسبة الأغلبية 73.75% عبرت عن عدم تعريف المريض بالقوانين والقواعد المطبقة وحصوله على حقوقه مكتوبة أثناء إجراءات دخول المستشفى في الجدول رقم 62 مما يجعل حقوق المريض في أغلب الأحيان مهضومة لغياب الشفافية من جهة و يسئ لجودة الخدمات المقدمة إلا أننا نلاحظ في الجدول رقم 63 أن نسبة 42.50% وهي تمثل الأغلبية ترى عدم علم المرضى بوجود متدربين متربصين، وهذا ما يشكل خرق لقوانين المؤسسة بسبب غياب الرقابة والمساءلة (آليات الحكامة الصحية).

ويلاحظ كذلك خلال الجدول رقم 64 بأن نسبة 51.25% من المستجوبين عبرت بـ نعم فيما يخص لجوء المريض لشراء المادة التي يعالج بها في حالة الندرة بالمستشفى. بالرغم من أن القانون يمنع ذلك وهذا مدرج في عقد النجاعة بالمؤسسة، وفي ظل غياب الرقابة يتم خرق القوانين التي بدورها تعود بالضرر على المريض وعلى الخدمات الصحية.

أما بالنسبة للجدول رقم 65 فيبين لنا الغياب الكلي للطب المنزلي وهذا ما عبرت عنه نسبة 82.50% وهذا النسبة تتنافى مع التصريحات التي تقدمها المؤسسة للوصايا بأن الطب المنزلي مطبق على أرض الواقع، مع العلم أن الطب المنزلي يساهم في التحسين من جودة الخدمات الصحية بشكل كبير .

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

وفي الاخير نخلص بأنه من الضروري اليوم في ظل التطورات الحالية التي يمر بها المجتمع الجزائري ، أصبح من الضروري إدخال نمط جديد في التسيير لاستشفائي والذي يتمثل في آلية الحكامة للرفي بالخدمة الصحية والقضاء على الفساد الذي عم أغلب المستشفيات الجزائرية ، لان تطبيق هذا الأخير يقودنا إلى تحقيق معايير الجودة المعروفة ، وعليه فعلى المشرع الجزائري تقنين هذا النمط الجديد الذي انتهجته جميع الدول المتطورة في النظام الصحي وإدراجه أثناء تعديل القانون الجديد للصحة ، والتحول من فكرة الإصلاح الذي طال أمده إلى تطبيق هذه الآلية بشكل جدي على ارض الواقع

المطلب الخامس: إقتراحات وتوصيات

نظراً لأهمية الموضوع على كل المستويات، وباعتبار هذه الآلية المرآة التي تعكس نمو و تطور صحة المجتمع من جهة، والتي من خلالها تستطيع الوزارة الوصية تجاوز مرحلة الإصلاح التي طال أمدها، إرتائنا أن نقدم بعض الاقتراحات التي نرى فيها أفضل الحلول لحل مشكل الخدمات الصحية التي تعاني من التذبذب في الجزائر بصفة عامة، والتي بدورها كذلك تساهم في إصلاح المنظومة الصحية بصفة خاصة.

- ضرورة إشراك جميع الفواعل في رسم السياسة الصحية من القطاع الخاص والقطاع العام والمجتمع المدني وبدورها تعمل على التحسين من جودة الخدمات.
- ضرورة إعادة النظر في قانون الصحة 85/05 لكونه أصبح لا يتماشى مع التطورات العصرية في المجال الصحي و إشراك جميع الفواعل الرسمية في تعديله.
- بناء رؤية إستراتيجية طويلة المدى مبنية على إحصائيات صحية.
- ضرورة العمل بمؤشرات الحكامة في المجال الصحي للتحسين من جودة الخدمات الصحية وردع الفساد والتي تتمثل في الشفافية والمساءلة وسيادة القانون والعدالة والمساواة وتحقيق التشاركية بالإضافة إلى الوقاية من الفساد وتفعيل الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد ومكافحته المنظمة بموجب القانون رقم 01-06 المؤرخ في 20 فبراير 2006.
- ضرورة تكوين قضاة ومحامين في المجال الصحي لإنصاف المريض إذ لا يكفي الاستناد في القضايا على خبرة المجالس الجهوية والمجالس الوطنية لأخلاقيات المهنة الطبية، بالإضافة إلى ضرورة إعادة النظر في مدونة أخلاقيات الطب الصادر حسب المرسوم التنفيذي رقم 92-276 لكونه هي كذلك أصبحت لا تتماشى مع التطورات العصر في المجال الصحي ولا تراعي متطلبات مجتمع اليوم.
- تحديد مظاهر العجز والقصور على مستوى مؤسسات المنظومة الصحية في الجزائر، والتي تعتقد أنها تتعلق بالجوانب التنظيمية والهيكلية لمختلف أنواع هذه المؤسسات (المراكز الإستشفائية الجامعية،

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

المستشفيات العمومية،...) والمتعلقة أساسا بتنظيم السلطات وتحديدها، وضع الأولويات وترتيب الأنشطة وتنسيق الأعمال داخل المنظمة.

• لا بد من إدراج مفهوم الجودة في الخدمات الصحية بقانون الصحة الجديد، بالإضافة إلى مديرية خاصة بجودة العلاجات والهيكل الصحية.

• ضرورة فرض شراكة بين القطاع الخاص والقطاع العام للتحقيق من الضغط على المؤسسات العمومية الصحية، من خلال سن قوانين صارمة تخص مساهمة القطاع الخاص في إنجاز المنظومة الصحية.

• ضرورة تطبيق النمط التعاقدى بشكل جديد المردود الكبير الذي يمكن أن يقدمه هذا الأخير.

• الاهتمام أكثر بالجانب الاجتماعي والاقتصادي لدى المستخدمين في قطاع الصحة بشكل عام، من خلال تحسين ظروف العمل (توفير الأمن، النقل، الإطعام، السكن....)، والشيء الذي يؤثر الجميع دون استثناء و في كل القطاعات الراتب الشهري الذي أصبح يشكل العبء الأكبر لكل العمال، والذي يساهم بشكل كبير في تدني مستوى الخدمات المقدمة للمرتفقين.

• إعطاء النظر في الخريطة الصحية، وربطها بالتوزيع الحقيقي للسكان على مستوى كل التراب الوطني، وذلك لمساعدة كل الأطراف والشركاء الاجتماعيين سواء المؤسسات السياسية المتمثلة في الوزارة، والجمعيات والنقابات العالمية وحتى الأحزاب السياسية والسكان.

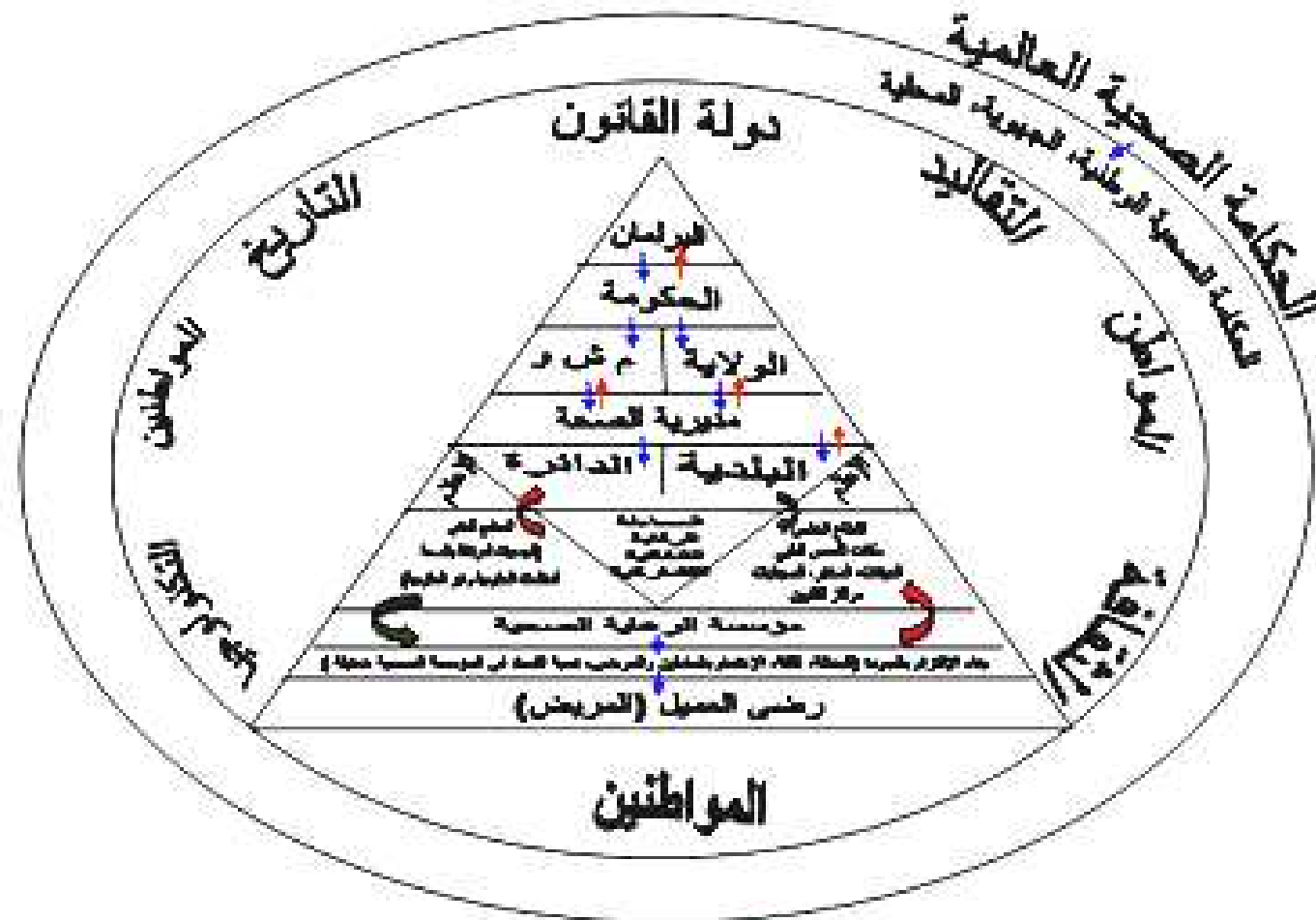
• ضرورة إشراك المجموعات النقابية وجمعيات المرضى في أي سياسة مستقبلية تتعلق بقطاع الصحة عامة، وذلك من أجل توحيد الجهود وريحا للوقت، وبالتالي تحقيق رؤية شاملة لما قد تمسه عملية الإصلاح، وهذا لتحقيق الشفافية في العمل ودرى الغموض الذي يسبب الفوضى في التسيير، وبيروقراطية مركزية تستعيد كل محاولة الإصلاح، بحجة نشر الفوضى من طرف العمال الذين استعملوا حقهم الدستوري في الإضراب ، والقول بأن هذه الإضرابات تحركها جهات لا تريد الاستقرار للبلاد إلى غير ذلك من الحجج التي يمكن إدراجها في خانة التهرب من المسؤولية، وإتباع أسلوب الهروب إلى الأمام، دون حلول تذكر في الواقع.

• الاهتمام أكثر بالتكوين نظراً للنقص الكبير في العنصر البشري(الرأس مال البشري) وبالخصوص في ظل صدور قانون التقاعد الجديد الذي أدى إلى خروج عدد كبير من العمال إلى التقاعد، خاصة ما يتعلق بالأطباء الأخصائيين، وهو الأمر الذي وقفنا عنده من خلال الدراسة الميدانية في المستشفى.

• ضرورة التقليل من المركزية المفرطة ، وفرض الرقابة على الجماعات المحلية التي تعتبر من أهم الفواعل التي بإمكانها أن تساهم في التحسين من جودة الخدمات الصحية.

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

وعليه ارتأينا تلخيص جمع الأفكار النظرية السابقة في الشكل الموالي الذي يوضح دور آلية الحكامة وفوا
علها لتحقيق جودة الخدمة الصحية وبالتالي رضى المريض :



↑↓ حالة تبادلية في وضع السياسات الصحية للوطن | ↑ يدل على التنسيق بين الوزارات | ↓ يدل على التنسيق بين الوزارات | ↻ يدل على الرقابة والمساءلة والتخفيف | ↓ توجهة لخدمة

الشكل رقم 09: دور فواعل الحكامة في التحسين من جودة الخدمات الصحية [من إعداد الباحث]

الباب الثاني : آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق جودة الخدمات الصحية.

من خلال الدراسة إرتائنا أن نقسم الحكامة إلى مستويين فنجد الحكامة على المستوى الدولي والتي كنيها بالحكامة الصحية العالمية وتشرف عليها المنظمات الدولية الصحية مثل منظمة الصحة العالمية (OMS) وبرنامج الأمم المتحدة الإيدز (UNMCR) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) هذه الأخيرة لها دور كبير في توجيه الدول النامية لترسيخ مفهوم الحكامة في المجال الصحي، أما عن المستوى الثاني فنجد الحكامة الصحية الوطنية والجهوية والمحلية والتي تقوم على تضافر عمل الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني بجميع أطيافه، وفي ظل التفاعلات الحاصلة على الصعيد الدولي والوطني نجد أن الصحة تتأثر بعوامل البيئة الخارجية والتي تتجسد في المواطن و الثقافة السائدة في المجتمع والتقاليد والموروث التاريخي لتلك المجتمعات بالإضافة إلى مدى استعمال أي دولة لتكنولوجيا المعلومات ومدى تطبيق القانون بها ففهم وترسيخ كل هذه العوامل يسهل على الدولة رسم السياسة الصحية ويساعد على وضع البرامج الصحية استناد على البيئة المعاشة وعليه فإن اتضاح الرؤية المبنية على الواقع المعاش والإستراتيجية يسهل لفاعول الحكامة عملها وعليه نجد هيئات السلطة التشريعية والسلطة التنفيذية تتفاعل فيما بينها لبناء نظام صحي والممثلة في البرلمان كما على سلطة لسن القوانين الصحية ثم نجد السلطة التنفيذية التي بدورها تطبق برنامج الحكومة والقوانين الصادر عن البرلمان عن طريق الهيئات اللامركزية وعدم التركيز وصولا إلى القاعدة وهذه الأخيرة تعمل على بناء جسور مع القطاع الخاص والمجتمع المدني فيظل جو تحكمه أبعاد الحكامة والمتمثلة في المساءلة والشفافية والتشاركية بالإضافة إلى الدور المهم للإعلام في نقل المعلومة بصدق وشفافية ومن ثم هذه الفواعل تتأثر وتؤثر في المؤسسة النواة التي تقدم فيها الرعاية الصحية والتي بدورها تعمل على الالتزام بالجودة والتي يساهم فيها جميع الفواعل بحيث تبني هذه الخيرة على الأساس توفير العدالة والثقة والاهتمام بالعاملين والمرضى بالإضافة إلى محاربة الفساد داخلها وفي الأخير لا بد أن تتحقق نتيجة حتمية وهي رضى المريض.

خاتمة

الخاتمة :

يعتبر قطاع الصحة من أهم القطاعات على الإطلاق لماله علاقة مباشرة بنشاط الإنسان، فتحقيق الجودة بالخدمات الصحية، من بين الأهداف الأساسية للمنظومة الصحية والوصول إلى تحقيق ذلك يؤكد قدرة و قوة النظام الصحي المعمول به وبما يتكون من التوليفة البشرية ذات المهارة والكفاءة في التسيير والتنظيم الرشيد، وبذلك يساعد الفرد على أداء واجباته وأعماله بشكل فعّال، ولكن بإسقاط ذلك على طبيعة النظام الصحي الجزائري، نطرح السؤال التالي، هل تم تحقيق ذلك؟ نقول أن هذا الأخير شهد تطوراً ملفت للنظر منذ استرجاع السيادة الوطنية، وما حققه في سبيل القضاء على معظم الأمراض المتقلبة منها والمزمنة لشيء يدعو إلى التفاؤل.

ولكن هذا لا يعني أن النظام الصحي حقق كل أهدافه، بالعكس فهو يشهد عدة مشاكل تنظيمية تخص الهياكل والمؤسسات الصحية بكل أنواعها، مما أثر سلباً على السير العام لهذه المؤسسات والصعوبة التي نحذبها في تقديم الخدمات الصحية للسكان، وكان نتيجة ذلك توسيع الهوة بينها وبين المواطن الذي أنهكه ضعف القدرة الشرائية، وزاد تدني الخدمات بالمؤسسات الصحية.

إن آلية الحكامة هي أسلوب حديث في التسيير الإستشفائي وذلك من أجل ترشيد الحكم بالمؤسسات الصحية ودرئ المساوئ والنقائص ودعم كل أشكال النجاح المحقق، وعليه فعملية التحسين من جودة الخدمات الصحية في الجزائر هي أمر ضروري بمقارنة مع الفساد الذي عم القطاع.

إذ يمكننا القول أن سياسة إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ككل السياسات الماضي، لم تحقق كل أهدافها الرامية إلى تحسين الرعاية الصحية العمومية أو الخاصة، وعليه فمن الضروري انتهاز نمط جديد في تسيير الهياكل وإن كانت المؤسسات الخاصة تقدم رعاية صحية أحسن لكونها تملك الوسائل البشرية والمادية والتقنية الضرورية لذلك، ولكن ذلك لا يعفيها كونها الأمر الذي لا يساعدها على تغطية نسبة سكانية كبيرة، وهذا ما يجرنا إلى القول أن الجزائر مازالت تعاني من سوء توزيع المؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني، خاصة إذا علمنا أن معظم المؤسسات الصحية الخاصة موجودة في المدن الكبرى والشمالية منها، مما يدعو ذلك ضرورة إعادة النظر في السياسة الصحية المنتهجة ، جعلها تتماشى والتوزيع السكاني الحقيقي عبر التراب الوطني.

فنجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن مبني على مؤشرات الحكامة، و هو ما لم تصل إليه الجزائر بعد، كون المؤسسات الصحية في الجزائر هي مؤسسات بيروقراطية أكثر منها خدمية، حيث أنه من الصعوبة فهم العلاقة التي تربط بين المستخدمين داخل المؤسسة الصحية، سواء كانت علاقة رسمية أو

الخاتمة

غير رسمية، وذلك ما يؤدي إلى ظهور بوادر الاستقرار والدخول في صراعات فئوية بارزة، وهذا ما يسمى بإشكالية السلطة داخل المؤسسات الصحية.

إذ لا ينكر أحداً أن السلطات العمومية بذلت كل المجهودات في سبيل توفير العلاج الكافي للسكان من خلال إنشاء عدة هياكل صحية عمومية، والسماح للقطاع الخاص بالنمو مما عزز من العدد الإجمالي للهياكل الصحية المشكلة للمنظومة الصحية الحالية، ولكن ذلك لا يكفي لنقول بأن السياسة الصحية في الجزائر ناجحة، فالتركيز على جانب واحد وإهمال الجوانب الأخرى يؤدي حتماً إلى الفشل في تحقيق كل الأهداف المخطط لها.

وعليه فإن المؤسسات الصحية الجزائرية تحتاج إلى الحكامة في التسيير الصحي لترشي النفقات و إعطاء مردود أفضل مبني على رؤية إستراتيجية واضحة المعلم.

أن مفهوم الصحة واسع وتتعدد الجهات والأطراف الفاعلة فيه، ولكن هذه الفواعل تحتاج إلى منظومة قانونية مبنية على لامركزية الحكم تأطرها وتحدد صلاحيتها في المجال الصحي، ففي حالة غياب هذه الأخيرة إلى نقشي الفساد وتدني الخدمات الصحية.

إن سياسة إصلاح المنظومة الصحية جزء من الإصلاحات التي بشرتها الحكومة في جميع القطاعات، وذلك بهدف الوصول إلى التنمية الشاملة والمستدامة على كل المستويات، المستوى السياسي والاجتماعي والاقتصادي، وبالنظر إلى الميزانية المالية المرصودة لقطاع الصحة فإنه يحتل الخمسة الأولى، هذا يعني أن الحكومة تولي أهمية كبيرة لإصلاح المنظومة الصحية، ولكن هذه الأهمية لم تتجسد في الواقع، لأن هذه السياسة قطعت فترة زمنية طويلة دون الوصول إلى تحسين الخدمات الصحية، فهذا يعني أنها عبارة عن برامج خيالية من أهداف معينة، أو بأسلوب آخر هي سياسات ليس لها أهداف واضحة، ومجمل القول أنها سياسات ترقيعية من أجل ربح الوقت لا غير، ودليلنا في ذلك واضح، ويتجلى ذلك من خلال سوء التسيير الذي نشهده جل المؤسسات الصحية العمومية، إضافة إلى عدم وجود قانون واضح يضبط عمل مؤسسات القطاع الخاص مما ترك لها حيز كبير في التحايل على القانون والمواطن على حدٍ سواء، و الجانب الأخر المتعلق بإهمال دور النقابة العالمية في صياغة قرار سياسي يضمن حقوق المستخدمين، من خلال مبادرة هذه الأخيرة بضرورة إعادة صياغة القانون الأساسي لعمال القطاع، وجعله يتماشى والأوضاع السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي تمر بها الجزائر.

ملخص

ملخص:

يتناول هذا البحث بالدراسة والتحليل موضوع آلية الحكامة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية بالجزائر، لمساهمتها في تحقيق التنمية الصحية وقضائها على العشوائية في أسلوب التسيير وبالتالي تحسين الخدمات الصحية، محاولين من خلال هذه الدراسة التعرف على واقع المؤسسة العمومية الاستشفائية عاشور زيان كنموذج، متطرقين في البداية إلى إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجيات الحديثة في التحسين من جودة الخدمات، وصولاً للحكامة بالمؤسسات الصحية مع الإشارة لحالة الجزائر ولقد اعتمدنا في هذه الدراسة على استمارة إستبانة بغرض معرفة الدور الذي يلعبه تطبيق الحكامة في تحقيق جودة الخدمات الصحية، غير أننا بعد التحليل وجدنا بان المنظومة الصحية عبارة برامج خيالية مبنية على أهداف وسياسات غير واضحة، ومجمل القول أنها سياسات ترقيعية من أجل ربح الوقت لا غير، ويتجلى ذلك من خلال سوء التسيير الذي تشهده جل المؤسسات الصحية العمومية، إضافة إلى عدم وجود قانون واضح يضبط عمل مؤسسات القطاع الخاص والقطاع العام مما ترك لها حيز كبير في التحايل على القانون والمواطن والعامل على حدٍ سواء ، بالإضافة الى عدم تعديل قانون الصحة الذي أصبح اليوم لايتماشى مع معطيات الحالية .

وعلى هذا الأساس وجب على الدولة انتهاج رؤية إستراتيجية مستقبلية تسعى من خلالها للوصول الى مستويات الجودة التي نجدها في دول العالم المتقدم ، وان تقوم باصالها إلى كل المواطنين بطريقة عادلة ، يستوي في ذلك سكان المدن والقرى و الهجر، وان تكون رعاية شمولية لا تعني بالإنسان عند مرضه فحسب ، بل الاكتشاف المبكر لها ، وزرع العادات الصحية السليمة لدى أفراد المجتمع كافة، إذ لا يتأتى كل هذا إلا بتضافر جميع جهود فواعل الحكامة من القطاع الخاص والمجتمع المدني و القطاع العام كذلك.

إذ تعتبر آلية الحكامة من ابرز الآليات التي تساهم في تشجيع الإدارة الالكترونية من جهة وتقضي على الفساد الذي ينخر جسد القطاع الصحي ، لأنه عندما يتم سرقة الأموال العامة من اجل تحقيق مكاسب خاصة ، فان ذلك يعني تقليل الموارد التي يتم توجيهها لبناء المستشفيات فالفساد يتيح الفرصة لإغراق الأسواق بالأدوية المزيفة ومنخفضة الجودة ، كما يتيح للانتهازيين بالاستثمار في صحة المريض ، وستكون المعاناة الأكبر والأسوأ من نصيب الفئات الضعيفة.

الكلمات المفتاحية: الحكامة- الخدمات الصحية-المجتمع المدني- القطاع الخاص- الجودة- المؤسسات الصحية- م ع إ عاشور زيان أولادجلال.

Résumé :

Cette recherche étudie et analyse le sujet de mécanisme de bonne gouvernance et son rôle dans l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires en Algérie, du fait de sa contribution à atteindre le développement sanitaire et l'éradication de l'anarchie de méthode de gestion pour ensuite améliorer les services de santé, en essayant à partir de cette étude de connaître le concret de l'établissement public hospitalier ACHOUR Ziane – corpus, en jetant la lumière, au début, sur les facteurs de bonne gouvernance et les stratégies modernes les plus importantes dans l'amélioration de la qualité de services de santé en arrivant à la bonne gouvernance des institutions de santé en faisant allusion au cas de l'Algérie.

Nous avons utilisé dans notre étude un questionnaire en vue de connaître le rôle que joue l'application de la bonne gouvernance dans la réalisation de qualité de services de santé cependant, et après analyse, nous avons trouvé que la système de santé est un programme fictif basé sur des objectifs et des politiques non claires et que ces politiques sont palliatives tendant à gagner le temps et cela se manifeste par la mauvaise gestion que connaît la plupart des établissements publics de santé, en outre de manque d'une loi qui fixe le fonctionnement des institutions du secteur privé et secteur public ce qui a laissé des cas tendant à contourner à la loi, le citoyen et l'employé au même titre, y rajoutant le non amendement de la loi de santé qui ne s'adapte pas avec conjoncture actuelle et n'atteint pas le niveau de la qualité de services de santé.

Sur cette base, l'état doit suivre une perspective stratégique pour l'avenir visant à atteindre des niveaux de qualité que nous trouvons dans les pays du premier monde, et de la transmettre à tous les citoyens de façon équitable dont les habitants des villes, des villages et des nomades sont traités de la même façon. Et que l'exhaustivité des soins ne doit pas être lié au patient seulement mais il s'agit, dans le cas en l'espèce, de la découverte précoce des maladies et de propager les bonnes traditions sanitaires dans la société et cela ne peut se réaliser qu'avec des efforts déployés des facteurs de la bonne gouvernance du secteur privé, de la société civile et du secteur public

Le mécanisme de la bonne gouvernance est considéré comme l'un des mécanismes qui contribue à l'encouragement de l'administration électronique d'une part, et éradique la corruption qui gangrène le corps du secteur sanitaire d'autre part, parce que quand les fonds publics sont détournés pour obtenir des gains personnels, cela veut dire que les ressources destinés à construire des

hôpitaux seront réduites, la corruption donne l'occasion à inonder le marché de faux médicaments de mauvaise qualité, il donne l'occasion également aux opportunistes d'exploiter la santé du patient et que la souffrance touchera inévitablement les couches défavorisées de la société

Mots clés : Bonne gouvernance, services de santé, qualité, établissement de santé, administration électronique, corruption.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً : باللغة العربية

1- قائمة المصادر :

(1) القرآن الكريم

(2) النصوص القانونية والتنظيمية:

2-1- القوانين والأوامر والمراسيم:

- القانون رقم 06-06، المؤرخ في 11 مارس 2006 المتضمن القانون التوجيهي للمدينة، ج ر ج ج، رقم 15، المؤرخة في 12 مارس 2006.
- القانون رقم 01-16 المؤرخ في 06 مارس 2016، الذي يتضمن التعديل الدستوري، ج ر ج ج، رقم 14، المؤرخة في 07 مارس 2016.
- المرسوم التنفيذي رقم 09-393، المؤرخ في 24 نوفمبر 2009، المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين في الصحة العمومية، ج ر ج ج، الرقم 70، المؤرخة في 29 نوفمبر 2009.
- المرسوم التنفيذي رقم 11-121، المؤرخ في 20 مارس 2011، المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية، ج ر ج ج، الرقم 17 المؤرخة في 20 مارس 2011.
- المرسوم التنفيذي رقم 90-266، المؤرخ في 15 سبتمبر 1990، المتعلق بضمان المنتج والخدمات، ج ر ج ج، الرقم 40، المؤرخة في 29 صفر عام 1411.
- المرسوم الرئاسي رقم 15-247، المؤرخ في 16 سبتمبر 2015، المتضمن تنظيم الصفقات العمومية وتفويضات المرفق العام، ج ر ج ج، رقم 50، المؤرخة في 20 سبتمبر 2015.
- المرسوم التنفيذي رقم 90-139، المؤرخ في 30 جانفي 1990، المتعلق برقابة الجودة وقمع الغش، ج ر ج ج، رقم 05، المؤرخة في 31 جانفي 1999.
- المرسوم رقم 81-65، المؤرخ في 18 أبريل 1981، المحدد لصلاحيات وزير الصحة ج ر ج ج، رقم 16، المؤرخة في 21 أبريل 1981.
- المرسوم التنفيذي رقم 89-80، المؤرخ في 06 جوان 1989، المحدد لصلاحيات وزير الصحة العمومية، ج ر ج ج، رقم 23، المؤرخة في 7 جوان 1989.

قائمة المصادر و المراجع

- المرسوم التنفيذي رقم 90-124، المؤرخ في 30 أفريل 1990، المحدد لصلاحيات وزير الصحة ج ر ج ج، رقم 19 المؤرخة في 09 ماي 1990.
- المرسوم التنفيذي رقم 96-66، المؤرخ في 27 جانفي 1996، المحدد لصلاحيات وزير الصحة والسكان، ج ر ج ج رقم 8، المؤرخة في 31 جانفي 1996.
- المرسوم التنفيذي رقم 11-379، المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، المحدد لصلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ج ر ج ج رقم 63، المؤرخة في 23 نوفمبر 2011.
- المرسوم التنفيذي رقم 89-81، المؤرخ في 06 جوان 1989، المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة العمومية، ج ر ج ج رقم 23، المؤرخة في 07 جوان 1989.
- المرسوم التنفيذي رقم 90-125، المؤرخ في 30 أفريل 1990، المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة، ج ر ج ج، رقم 19، المؤرخة في 09 ماي 1990.
- المرسوم التنفيذي رقم 96-67، المؤرخ في 27 أكتوبر 1996، المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة، ج ر ج ج، رقم 08، المؤرخة في 31 جانفي 1996.
- المرسوم رقم 2000-150، المؤرخ في 28 جوان 2000، المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة، ج ر ج ج، رقم 39 المؤرخة في 04 جويلية 2000.
- المرسوم التنفيذي رقم 05-428، المؤرخ في 07 نوفمبر 2005، المنظم للإدارة المركزية لوزارة الصحة، ج ر ج ج رقم 73، المؤرخة في 09 نوفمبر 2005.
- المرسوم التنفيذي رقم 90-188، المؤرخ في 23 جوان 1990، المحدد لهياكل كل الإدارة المركزية وأجهزتها في الوزارات، ج ر ج ج، رقم 26، المؤرخة في 27 جوان 1990.
- المرسوم التنفيذي رقم 11-380، المؤرخ في 21 نوفمبر 2011، المتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ج ر ج ج، رقم 63، المؤرخة في 21 نوفمبر 2011.
- المرسوم التنفيذي رقم 02-312، المؤرخ في 02 أكتوبر 2002، المتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للسكان واللجان الولائية للسكان وتنظيمها وسيرها، ج ر ج ج، رقم 66، المؤرخة في 06 أكتوبر 2002.

قائمة المصادر و المراجع

- المرسوم التنفيذي رقم 12-116، المؤرخ في 11 مارس 2012، المتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة الوطنية من الأمراض المتنقلة جنسيا ومتلازمة العوز المناعي المكتسب (السيدا) ومكافحتها، ج ر ج ج، رقم 16، المؤرخة في 21 مارس 2012.
- المرسوم التنفيذي رقم 06-75 المؤرخ في 18 فيفري 2006، المتضمن إحداث لجنة وطنية ولجان ولائية لليقظة والمتابعة ومكافحة الأنفلونزا من أصل الطيور وتنظيمها وسيرها، ج ر ج ج رقم 9، المؤرخة في 18 فيفري 2006.
- المرسوم التنفيذي رقم 03-353، المؤرخ في 15 أكتوبر 2003، المتضمن إنشاء اللجنة الوطنية للحماية الصحية من خطر التسمم وتنظيمها وسيرها، ج ر ج ج، رقم 62، المؤرخة في 19 أكتوبر 2003.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-261، المؤرخ في 14 جويلية 1997، المحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، ج ر ج ج، رقم 47، المؤرخة في 16 جويلية 1997.
- قانون رقم 12-07، المؤرخ في 21 فيفري 2012، المتعلق بالولاية، ج ر ج ج، رقم 12 المؤرخة في 29 فيفري 2012.
- قانون رقم 90-09، المؤرخ في 07 أبريل 1990، المتعلق بالولاية، ج ر ج ج، رقم 15 المؤرخة في 11 أبريل 1990 .
- المرسوم التنفيذي رقم 07-140، المؤرخ 07 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها، ج ر ج ج العدد 33، المؤرخة في 20 ماي 2007.
- القانون رقم 11-10، المؤرخ في 22 جوان 2011، المتعلق بالبلدية، ج ر ج ج، رقم 37 المؤرخة في 03 جويلية 2011.
- القانون رقم 90-80، المؤرخ في 07 أبريل 1990، المتعلق بالبلدية، ج ر ج ج، رقم 15 المؤرخة في 11 أبريل 1990.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-467، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء المراكز الجامعية وتنظيمها وسيرها ج ر ج ج، رقم 81، المؤرخة في 10 ديسمبر 1997.

قائمة المصادر و المراجع

- المرسوم التنفيذي 97-465، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، ج ر ج ج ، رقم 81، المؤرخة في 10 ديسمبر 1997.
- القانون رقم 91-25، المؤرخ في 16 ديسمبر 1992، المتضمن قانون المالية، ج ر ج ج رقم 65، المؤرخة في 18 ديسمبر 1991.
- القانون رقم 16-01، المؤرخ في 06 مارس 2016، المتضمن التعديل الدستوري، ج ر ج ج، رقم 14، المؤرخة 07 مارس 2016.
- القانون رقم 88-01، المؤرخ في 12 جانفي 1988، المتعلق بالقانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية، ج ر ج ج، رقم 02، المؤرخة في 13 جانفي 1988.
- القانون رقم 02-11، المؤرخ في 24 ديسمبر 2004، المتضمن قانون المالية سنة 2003 ج ر ج ج، رقم 86، المؤرخة في 25 ديسمبر 2002.
- المرسوم التنفيذي رقم 05-69، المؤرخ في 06 فيفري 2005، المحدد أشكال الأعمال الصحية والاجتماعية لهيئات الضمان الاجتماعي، ج ر ج ج، رقم 11، المؤرخة في 09 فيفري 2005.
- القانون رقم 06-01 المؤرخ في 20 فيفري 2006، المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحته ج ر ج ج، رقم 14، المؤرخة في 08 مارس 2006.
- الأمر 06-03، الموافق 16 جويلية 2006، المتعلق بالقانون الأساسي للوظيفة العمومية ج ر ج ج، رقم 46، المؤرخة 16 جويلية 2006.
- المرسوم التنفيذي رقم 92-276، المؤرخ في 06 جويلية 1992، المتضمن لمدونه أخلاقيات الطلب، ج ر ج ج، رقم 52، المؤرخة في 08 جويلية 1992.
- القانون رقم 85-05، المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها ج ر ج ج، رقم 08، المؤرخة 17 فبراير 1985.
- المرسوم التنفيذي رقم 98-257، المؤرخ في 25 أوت 1998، المتعلق بضبط شروط وكيفية إقامة خدمات الانترنت واستغلالها، ج ر ج ج، رقم 63، المؤرخة في 25 أوت 1998.
- المرسوم التنفيذي رقم 2000-307، المؤرخ في 14 أكتوبر 2000، المتعلق بضبط شروط وكيفية إقامة خدمات الانترنت واستغلالها، ج ر ج ج، رقم 60، المؤرخة في 14 أكتوبر 2000.

قائمة المصادر و المراجع

- الأمر رقم: 06-07، المؤرخ في 15 يوليو، يعدل ويتم القانون رقم 85-05، المؤرخ في 16 فبراير 1985، والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ج ر ج ج، رقم 47، المؤرخة 19 يوليو 2006.
- المرسوم التنفيذي 11-122، المؤرخ في 20/03/2011، المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفات المنتميات لسلك القابلات في الصحة العمومية، ج ر ج ج، رقم 17 المؤرخة في 20/03/2011.
- المرسوم التنفيذي رقم 04-73، المؤرخ في 04 مارس 2004، المتضمن إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية، ج ر ج ج، رقم 13، المؤرخة في 07 مارس 2004.
- المرسوم التنفيذي رقم 09-161، المؤرخ في 02 ماي 2009، المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلك متصرفي مصالح الصحة، ج ر ج ج، رقم 28، المؤرخة في 10 ماي 2009.

2-2 القرارات

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 30 ديسمبر 2001، المتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في المكاتب، ج ر ج ج، رقم 06، المؤرخة في 23 جانفي 2002.
- القرار الوزاري المؤرخ في 25 أبريل 2006، المتضمن تنظيم الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في المكاتب، ج ر ج ج، رقم 38، المؤرخة في 11 جوان 2006.
- القرار الوزاري المؤرخ في 09 جويلية 2006، المحدد لتشكيلة اللجنة المركزية لإعداد مشروع المخطط التوجيهي القطاعي للصحة وكيفية عملها، ج ر ج ج، رقم 65، المؤرخة في 15 أكتوبر 2006.
- القرار الوزاري المؤرخ في 20 مارس 1999، المتضمن إنشاء وتنظيم وسير اللجنة الوطنية المكلفة بالتنسيق ما بين القطاعات في مجال حماية صحة المستهلك من الأخطار الغذائية ج ر ج ج، رقم 32، المؤرخة في 02 ماي 1999.
- القرار الوزاري المؤرخ في 12 جوان 1993، المحدد لتشكيلة اللجنة المركزية لاعتماد مؤسسات إنتاج المنتجات الصيدلانية وشروط عملها، ج ر ج ج، العدد 48، المؤرخة في 20 جويلية 1999.

قائمة المصادر و المراجع

- قرار وزاري مشترك المؤرخ في 30 نوفمبر 2014، المحدد لكيفية تطبيق النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية الصحية وكذا قائمة المؤسسات المعنية بتنفيذ هذا النظام، ج ر ج ج، رقم 01، المؤرخ في 07 جانفي 2015.
- قرار مجلس الدولة رقم 049168 بتاريخ 2010/01/28، الغرفة الثالثة، الفاصل في قضية: (ق،غ،ق) ضد: (مدير المستشفى الجامعي، مصطفى باشا)، غير منشور.
- قرار مجلس الدولة رقم: 27688 بتاريخ 2010/02/14، الغرفة الثالثة، الفاصل قضية (الشركة الوطنية للتأمين وإعادة التأمين ضد: ورثة (و،س) و (المستشفى الجامعي وهران) غير منشور.
- قرار مجلس الدولة رقم 0432249 المؤرخ في 2009/04/28، الغرفة الثالثة، قضية : (الشركة الوطنية للتأمين، وكالة شلغوم العيد)، ضد (ت،م،س) بحضور مدير القطاع الصحي، غير منشور.
- قرار مجلس الدولة رقم 042304 المؤرخ في 2009/03/25، الغرفة الثالثة، قضية (م،د) ضد (القطاع الصحي لولاية تبسة)، غير منشور.
- قرار مجلس الدولة رقم 002941 المؤرخ في 2002/02/11، الغرفة الثالثة، قضية (القطاع الصحي الجامعي، القبة، ضد (ب ش، ع م)، غير منشور.
- قرار مجلس الدولة رقم 007733 المؤرخ في 2003/03/11، الغرفة الثالثة، قضية (م،خ) ضد (مستشفى بجاية)، مجلة مجلس الدولة، منشورات الساحل الجزائري، العدد: 5، سنة 2004.
- قرار مجلس الدولة رقم 002027 المؤرخ في 2002/07/17، الغرفة الثالثة، قضية (ز، م) ضد (مستشفى الأمراض العقلية فرنان حنفي)، مجلة مجلس الدولة، دار هومة، الجزائر، العدد 02، سنة 2002.

(3) التقارير:

- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية 2002، الولايات المتحدة الأمريكية: المكتب الإقليمي للدول العربية، 2002.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، إدارة الحكم لخدمة التنمية البشرية المستدامة، وثيقة السياسات العامة لبرامج الأمم المتحدة الإنمائي، يناير 1997.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية، أيقون للخدمات المطبعية الأردن، 2002.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، مكافحة الفساد لتحسين إدارة الحكم، شعبة التطوير الإداري وإدارة الحكم، مكتب السياسات الإنمائية، نيويورك، 1998.

قائمة المصادر و المراجع

- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الفساد والتنمية " مكافحة الفساد من أجل الحد من الفقر تحقيق أهداف الإنمائية للألفية وتعزيز التنمية المستدامة"، نيويورك، 2008.
- وزارة الدولة للتنمية الإدارية، التقرير الأول لجنة النزاهة والشفافية، جمهورية مصر العربية بتاريخ 2007/02/07.
- وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17/01/2003.
- حميد بن حليلة، " الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر: النظام التعاقدية "، تقرير التربص الميداني، السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر، 2006.
- طرشة عبد الكريم، إصلاح منظومة قطاع الصحة في الجزائر " قراءة في مشروع قانون المقاطعة الصحية، تقرير التربص في مقياس المناجمنت في المنظمات العمومية "، 2014.

(4) الوثائق والاتفاقيات الدولية:

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان اعتمد ونشر على الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 217 ألف د-3 المؤرخ في 10 كانون الأول/ديسمبر 1948 .
- العدد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، أعتد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف د. 21 المؤرخ في 16 ديسمبر 1966.

II- قائمة المراجع :

1-الكتب:

- زهير عبد الكريم الكايد، الحكمانية: قضايا وتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر 2003.
- غضان حسام الدين، محاضرات في نظريات الحوكمة، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2015.
- أماني قنديل، الموسوعة العربية للمجتمع المدني، دار الكتب، القاهرة، مصر، 2008.
- عبد الحميد قرفي، الإدارة الجزائرية مقارنة سوسيوولوجية، دار الفجر للنشر و التوزيع الجزائر بدون طبعة، 2008.
- توفيق السيف، رجل السياسة دليل الحكم الراشد، الطبعة الثانية، الشبكة العربية للأبحاث و النشر، بيروت، لبنان، 2013.

قائمة المصادر و المراجع

- عبد النور ناجي، المدخل إلى علم السياسة، دار النشر والتوزيع، الجزائر، 2007.
- علي الدين هلال، نيفين مسعد، النظام السياسية العربية: قضايا الاستمرار والتغيير، مركز دراسات الوحدة العربية بيروت، لبنان، 2010.
- أنظر: أحمد فتحي سرور، الشرعية الدستورية وحقوق الإنسان في الإجراءات الجنائية، طبعة معدلة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1995.
- أحسن بوصقعة، الوجيز في القانون الجنائي الخاص، ج1، الجزائر: دار هومة، 2002.
- محمد طالب يعقوبي، قانون العقوبات مع التعديلات التي أدخلت عليه، ط4، قصر الكتاب الجزائر، 2001، ص188.
- الجوهري عبد العزيز السيد، الوظيفة العامة: دراسة مقارنة مع التركيز على التشريع الجزائري ديوان المطبوعات الجامعية.
- حسام أحمد هنداوي، القانون الدولي وحماية الحريات الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة، بدون تاريخ نشر.
- خالد سعد أنصاري يوسف، الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية، دار الجامعة الجديدة 2012.
- دافيد ب، فورسايت، حقوق الإنسان والسياسة الدولية، الطبعة الأولى، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العلمية، القاهرة، 1993.
- مأمون عبد الكريم، رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية دراسة مقارنة، دار المطبوعات الجامعية 2006.
- سعد الشرقاوي، النظم السياسية في العالم المعاصر، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر 2002.
- عمر أحمد حسبو، حرية الاجتماع، دار النهضة، القاهرة، سنة 1999.
- عمار بوضياف، شرح قانون البلدية، ط1، دار الجسور للنشر و التوزيع، الجزائر، 2012.
- عمار بوضياف، الوجيز في القانون الإداري، ط3، دار الجسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2015.
- أمين مشاقبة، المعتصم بالله علوي، الإصلاح السياسي والحكم الرشيد إطار نظري، مطبعة السفير، الأردن، 2010.

قائمة المصادر و المراجع

- أدريس بوكرا، أحمد وافي، النظرية العامة للدولة والنظام السياسي الجزائري في ظل دستور 1989، المؤسسة الوطنية للطباعة، الجزائر، 1992 .
- أحسن بوسقيعة، الوجيز في القانون الجزائري الخاص، ج2، ط15، دار هومة، الجزائر، 2014.
- احمد سيد مصطفى، دليل المدير العربي إلى سلسلة الأيزو 9000، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 1997.
- قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
- عاصم محمد حسن، نظم الجودة في منظمات غير ربحية المناهج والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، 2014.
- محمد عبد العال النعيمي، راتب خليل صويص، غالب خليل صويص، إدارة الجودة المعاصرة دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- رعد عبد الله الطائي، عيسى قداة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع الأردن، 2008.
- ميسر ابراهيم الجبوري، أسير زهير رشيد التك، المسؤولية الاجتماعية والالتزام بالجودة وانعكاساتها على القيم المنظمة، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية 2014.
- على معطى الله، تقنين الصفقات العمومية وتعويضات المرفق العام، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2016.
- نزار عبد المجيد البرواري، لحسن عبد الله باشوية، إدارة الجودة مدخل للتمييز والريادة مفاهيم أسس وتطبيقات، الوراق للنشر والتوزيع، ط1، عمان 2011.
- أحمد ابن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة TQM الأسس النظرية والتطبيقية والتنظيمية في المؤسسات السلعية والخدمية، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، 2013.
- مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1 عمان، 2006.
- محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان 2005.

قائمة المصادر و المراجع

- سليمان زيدان، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان 2010.
- أحمد السيد مصطفى، إدارة الإنتاج والعمليات في الصناعة والخدمات، الدار الجامعية، مصر 1999.
- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، سنة 2002.
- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.
- إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث الجزائر، 2009.
- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، دار هومة، الجزائر، 2014.
- ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة العربية، عمان، 2005.
- وليد يوسف صالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2014.
- هاني عبد الرحمان عمر العمري، مدى الالتزام بمعايير اعتماد الجودة العالمية في قطاع الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية دراسة استطلاعية بالتطبيق على محافظة جدة المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2014.
- علاء الدين عشي، مدخل القانون الإداري النشاط الإداري، وسائل الإدارة، أعمال الإدارة، ج 2 دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2010 .
- محمد صغير بعلي، العقود الإدارية، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة، 2005.
- العلواني عديلة، تفعيل النمط التعاقدية في نظام الصحة الجزائري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، ج3، 2014.
- محمد الصغير بعلي، قانون الإدارة المحلية الجزائرية، دار العلوم، للنشر والتوزيع عنابة، 2004.

قائمة المصادر و المراجع

- سعد الدين إبراهيم، المجتمع المدني والتحول الديمقراطي، دار قباء للطباعة، القاهرة، 2000.
- هاشمي الشمري، إيثار الفتلي، الفساد الإداري والمالي وإثارة الاقتصادية والاجتماعية ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.
- عماد صلاح الدين عبد الرزاق الشيخ داود، الفساد والإصلاح دراسة مقارنة، منشورات إتحاد الكتاب العرب، دمشق، 2003، ص22. محمد الأمين البشري الفساد والجريمة، منشورات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007.
- فتحي بن حسن السكري، دراسة حول أسس وأساليب مقاومة الفساد الإداري، بحوث وأوراق عمل الملتقيات والندوات التي عقدتها المنظمة خلال عام 2007 حول سبل مكافحة الفساد الإداري والمالي في الوطن العربي، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2008.
- سليمان عبد المنعم، القسم الخاص من قانون العقوبات، بدون دار ومكان نشر، 2003.
- محمد المدني بوساق، التعريف بالفساد و صورته من الوجهة الشرعية، دار الخلدونية ، الجزائر 2004.
- كريمة كمال، فساد الكبار، الرشاوي، العمولات، ونهب المال العام، مطابع روز اليوسف الجديدة، القاهرة، 1996.
- عطاء الله خليل، "مدخل مقترح لمكافحة الفساد في العالم"، مكافحة الفساد في الوطن العربي المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة 2009.
- صلاح الدين فهمي محمود، الفساد الإداري كمعوق لعمليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، المملكة العربية السعودية، 1994.
- محمد غالب المهيايني، آليات حماية المال العام والحد من الفساد الإداري، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة 2009.
- عبير مصلح، النزاهة والشفافية والمساءلة في مواجهة الفساد، الإئتلاف من أجل النزاهة والمساءلة أمان، الطبعة الأولى، رام الله، فلسطين، 2007 .
- كيمبرلي أن اليون، ترجمة محمد جمال إمام، الفساد والاقتصاد العالمي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مكتبة الأسرة، 2008.
- أحمد محمود نهار أبو سويلم، مكافحة الفساد، دار الفكر، المملكة الأردنية الهاشمية، الطبعة الأولى، 2010.

قائمة المصادر و المراجع

- محمد نعيم فرحات، الأحكام التعزيرية لجرائم التزوير والرشوة في المملكة العربية السعودية: دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1994.
- سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2009.
- الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد ومكافحته، الإطار القانوني والمؤسسي لمكافحة الفساد في الجزائر، بدون دار نشر، الجزائر، الطبعة الثانية، 2014.
- طارق محمود عبد السلام السالوس، التحليل الاقتصادي للفساد مع إشارة خاصة للقطاع المصرفي في مصر، دار النهضة العربية، مصر، 2005.
- جون ويليامز، ترجمة محمد الصالح بن عمار، كتاب الأخلاقيات الطبية، دار الوحدة الأخلاقية لجمعية الطب العالمية، بلجيكا، 2005.
- عبد العزيز مخيمر ، محمد الطعمنة ، الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات " مفاهيم وتطبيقات " ، المنظمة العربية للتنمية الادارية ، القاهرة ، مصر ، 2003.
- أحمد محمد عني، إدارة المستشفيات رابوة معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر 2006.
- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008.
- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة عمان، الطبعة الأولى، 2008.
- عبد الرحمان فطناسي، المسؤولية الإدارية لمؤسسات الصحة العمومية عن نشاطها الطبي في الجزائر، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر، 2015.
- محمد حسين منصور ، المسؤولية الطبية ، دار الجامعة الجديدة للنشر ، القاهرة ، 2001.
- صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، الطبعة الأولى 2009.
- مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
- أماني قنديل، الموسوعة العربية للمجتمع المدني، دار الكتب، القاهرة، مصر، 2008.

2- المعاجم والقواميس :

- أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور الإفريقي المصري، لسان العرب، المجلد الثاني، دار صادر، بيروت ، 1968.
- أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم ابن منظور الإفريقي المصري، لسان العرب، المجلد الخامس، دار المعارف، القاهرة، 1330هـ.
- الإمام محمد عبده، نهج البلاغة، دار البلاغة، بيروت، لبنان، الطبعة الثانية، 1985.
- مجد الدين الفيروز أبادي، القاموس المحيط، دار الحديث القاهرة باب الدال فصل الفاء بدون تاريخ نشر.
- الراغب الأصفهاني، المفردات في غريب القرآن، دار المعرفة، بيروت، لبنان، الطبعة الثالثة 2001.
- عبد الله علي الكبير وآخرون، لسان العرب لابن منظور، الطبعة الأولى، دار المعارف القاهرة ، بدون تاريخ نشر.

3- الأطروحات والمذكرات العلمية:

3-1 أطروحات الدكتوراه:

- أمير جلال، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008.
- بركات كريم، مساهمة المجتمع المدني في حماية البيئة، رسالة دكتوراه في العلوم تخصص قانون، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري-تيزي ورو، 2013.
- بورايو محمد، السلطة التنفيذية في النظام الدستوري الجزائري بين الوحدة والثنائية، رسالة دكتوراه الدولة في القانون العام، جامعة الجزائر 1، 2012.
- حاحة عبد العالي، الآليات القانونية لمكافحة الفساد الإداري في الجزائر، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم حقوق تخصص قانون عام، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة بسكرة، 2012.
- خالد عبد الرحمان بن حسن بن عمار آل الشيخ، " الفساد الإداري: أنماطه وأسبابه و سبل مكافحته، نحو بناء نموذج تنظيمي"، أطروحة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2007.

قائمة المصادر و المراجع

- سعيد مقدم، الوظيفة العمومية وآفاقها في الجزائر في ظل العولمة، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في القانون العام، كلية الحقوق والعلوم الإدارية بن عكنون، جامعة الجزائر 3، 2006.
- شعبان فرج، الحكم الرشيد كمدخل حديث لترشيد الإنفاق العام والحد من الفقر: دراسة حالة الجزائر 2000-2010، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير تخصص نفود ومالية، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر 03، 2011.
- عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، رسالة دكتوراه في الحقوق قسم القانون العام، جامعة الجزائر 1، 2012.
- عمر مرزوقي، حرية الرأي والتعبير في الوطن العربي في ضل التحويل الديمقراطي، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه في العلوم السياسية والدولية، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 03، 2012.
- فارس بن علوش بن بادي السبيعي، دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الإداري في القطاع الحكومي، أطروحة دكتوراه في العلوم الأمنية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية قسم العلوم الإدارية، الرياض، 2010.

3-2 مذكرات ماجستير:

- بلخير أسيا، إدارة الحكمانية ودورها في تحسين الأداء التنموي-بين النظرية والتطبيق، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة بن يوسف بن خدة الجزائر، 2009.
- صلاح مناور الجبيلي، بعض العوامل المؤثرة في الفساد الإداري بالجمارك، رسالة ماجستير معهد الدراسات العليا، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2011.
- عبد الكريم بن سعد إبراهيم الحثران، واقع الإجراءات الأمنية المتخذة للحد من جرائم الفساد من وجهة نظر العاملين في أجهزة مكافحة الرشوة في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير قسم العلوم الشرطية، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2003.
- عشور عبد الكريم، دور الإدارة الإلكترونية في ترشيد الخدمة العمومية في الولايات المتحدة الأمريكية والجزائرية، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في الديمقراطية والرشادة كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2010.
- حروي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الإستشفائية خليف بالشلف، مدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في

قائمة المصادر و المراجع

العلوم السياسية والعلاقات الدولية تخصص رسم السياسات العامة، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر3، 2010.

4- المقالات العلمية

- محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمائية، مجلة المنظمة العربية للتنمية الإدارية، العدد 358، مصر، 2002 .
- عبد الحق سائحي، محمد خثيري، محاولة لدراسة إدارة الجودة في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر، المجلد 17، العدد 1، 2007.
- ديون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية: حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، مجلة الباحث، بسكرة، العدد 2012، 11.
- فاطمة إبراهيم خلف، " السياسة المالية والفساد الإداري والمالي دراسة تطبيقية في مصر للفترة 2008/1980 "، مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 04، العدد 07 2011.
- نواف سالم كنعان، الفساد الإداري والمالي أسبابه أثاره ووسائل مكافحته، مجلة الشريعة والقانون جامعة الشارقة، العدد 33، يناير 2008 .
- عبد الحليم بن مشري، عمر فرحاتي، " الفساد الإداري: مدخل مفاهيمي"، مجلة الإجتهد القضائي كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة بسكرة، 2009.
- محمود عبد الفضيل، الفساد وتداعياته في الوطن العربي، مجلة المستقبل العربي، العدد 243 1999.
- سحر قدوري الرفاعي، الحكومة الإلكترونية وسبل تطبيقها: مدخل إستراتيجي، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الجامعة المستنصرية، بغداد العراق، العدد السابع، 2009.
- ياسين سعد غالب، الإدارة الإلكترونية وأفاق تطبيقها، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، 2005.
- مريم خالص حسين، الحكومة الإلكترونية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعية جامعة المستنصرية، بغداد، العراق، ع خ بمؤتمر الكلية، 2013.

- بن لوصيف زين الدين، " تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير جامعة سكيكدة، العدد الأول، 2003.
- بسام عبد الله، الحوكمة الرشيدة " دراسة حالة العربية السعودية "، مجلة بحوث اقتصادية عربية، تصدر عن معهد الإدارة العامة، الرياض، العددان 67،68، بدون تاريخ.

5- المؤتمرات و الأيام الدراسية:

- كمال بلحيري، عادل غزالي، متطلبات الإدارة الرشيدة والتنمية في الوطن العربي، ملتقى دولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، جامعة فرحات عباس-سطيف الجزائر، يومي 08-09 أفريل 2007 .
- عبد الكريم قلاتي، الحكم الراشد وعلاقته بالاستقرار السياسي والتنمية المستدامة، الفكر البرلماني، دار الطباعة ANEP روية، تصدر عن مجلس الأمة، الجزائر، العدد 23، 2009
- م. أحمد كمال، معوقات الإدارة الرشيدة، بحوث وأوراق عمل " المؤتمر السنوي العام الثاني عشر الإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات" يومي 08-10 سبتمبر أيلول ، 2012.
- العلجة مناع، السياسات الرشيدة والتنمية في الجزائر، المؤتمر السنوي العام الثاني عشر الإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، يومي 08-10 سبتمبر 2013.
- خالد الزغبى، العلاقات التكاملية بين الحكمانية والتنمية، المؤتمر السنوي العام الثامن الإبداع والتجديد في الإدارة من أجل الإصلاح والتنمية والرفاهية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية تونس يومي 08-11 سبتمبر 2007.
- فريد علوش، نبيل قرقور، مبدأ الفصل بين السلطات في الدساتير الجزائرية، مجلة الاجتهاد القضائي، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد الرابع، بدون تاريخ نشر.
- ياسين بوجدره، واقع ومتطلبات الحكم الرشيد في الوطن العربي، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، قسم علوم الاجتماع، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزء 1، الجزائر، يومي 08-09 أفريل، 2007.

قائمة المصادر و المراجع

- عز الدين، دور المجتمع المدني في تحقيق الشراكة بين منظمات المجتمع المدني، الملتقى العربي الرابع لمنظمات المجتمع المدني المنعقد بالمملكة الأردنية الهاشمية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007.
- نادية عيشو، العقلانية الرشيدة في ضوء فلسفة الشراكة المجتمعية المعاصرة، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، جامعة فرحات عباس بسطيف الجزء الأول، الجزائر، يومي 08-09 أبريل 2007.
- الطيب لوصيف، الحكم الرشيد: " المفهوم والمكونات"، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد واستراتيجيات التغيير في العالم النامي، جامعة فرحات عباس بسطيف، الجزائر، الجزء الأول يومي 8-9 أبريل 2007.
- زهير عبد الكريم الكايد، نحو تعميق أسس النزاهة والشفافية والمساءلة في المؤسسات العامة العربية، الملتقى العربي الرابع لمنظمات المجتمع المدني المنعقد في عمان بالمملكة الأردنية الهاشمية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007.
- لعبور الطاهر، الديمقراطية كأداة لترشيد الحكم، الملتقى الدولي حول الحكم الرشيد وإستراتيجيات التغيير في العالم النامي، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، الجزء 01 يومي 08-09 أبريل 2007.
- وفاء رايس، ليلي بن عيسى، الحكم الرشيد كألية لمعالجة الفساد في الإدارة العمومية الجزائرية الملتقى العلمي الدولي حول: آليات حوكمة المؤسسات ومتطلبات تحقيق التنمية المستدامة جامعة ورقلة، الجزائر، يومي 25-26 نوفمبر 2013.
- البيان الختامي والتوصيات، المؤتمر السنوي العام الثاني عشر للإدارة الرشيدة وبناء دولة المؤسسات، القاهرة، 08-10 سبتمبر (أيلول)، 2012، ص أ.
- فتحي بن حسن السكري، دراسة حول أسس وأساليب مقاومة الفساد الإداري، بحوث وأوراق عمل الملتقيات والندوات التي عقدتها المنظمة خلال عام 2007 حول سبل مكافحة الفساد الإداري والمالي في الوطن العربي، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008.
- عزالدين بن تركي، منصف شرفي، الفساد الإداري أسبابه، آثاره وطرق مكافحته إشارة لتجارب بعض الدول، الملتقى الوطني حول : حوكمة الشركات كألية للحد من الفساد المالي والإداري كلية العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، يومي 06-07 ماي 2012.

قائمة المصادر و المراجع

- بوعزة نظيرة، جريمة الرشوة في ظل القانون رقم 06-01 المتعلق بالوقاية من الفساد ومكافحته الملتقى الوطني حول: حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري كلية العلوم الإقتصادية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، يومي 06-07 ماي 2012.
- العوض أحمد محمد الحسن، الإدارة الإلكترونية: المفاهيم-السمات-العناصر (دراسة وثائقية) المؤتمر العالمي الأول للإدارة الإلكترونية: تواصل خلاق مع طفرة الإتصال والمعلومات في عالمنا المعاصر المركز القومي للبحوث الخرطوم، الجماهير العظمى- طرابلس يومي 1-4 جوان 2010 .
- طلبة السنة الرابعة، الحكم الراشد في الإدارة العمومية الجزائرية " دراسة نموذج "، ملتقى حول الحكم الراشد في الإدارة العمومية، المدرسة الوطنية للإدارة، الدورة التاسعة والثلاثون (39) فرع الإدارة العامة، الجزائر، 2005.

6-المحاضرات:

- على لوحيديّة، محاضرات في تسيير المصالح الصحية، أقيمت على طلبة السنة الرابعة تخصص إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر، 2005.

7- المقالات الإلكترونية

- <http://www.univ-medea.dz...2010/15.pdf>. consulté le:10/02/2016 à 13:45 mn.
- الموسوعة الحرة ويكيبيديا، متاح على الرابط الإلكتروني التالي: www.AR.WIKIPEDIA.ORG. consulté le: 31/12/2016 à 15:22 mn.

ثانياً : باللغة الأجنبية:

1. Ouvrages:

- A.jacquerye, la qualité des soins infirmiers, Implantation , evaluation Accreditation. Editons, Maloine,1999.
- Azmi Pechara, civil society: Acritical study, Doha, Qatar, 2012.
- C.lajoye ,droit des marchés publics. Berti, éditions, Alger,2007.
- K.ishikawq ,Manuelpartique de gestion ,Afnor ,Paris ,1986.
- Lancaster,Geoff&.massingham,lester Essentials of marketing^{2nd} Mcgrawhall inc2001.

- M-Mhannouz, A,R.hakem,précis de droit médical a l’usage des praticiens de la médecine et du droit, office des publications universitaires, 1991.
- Mohamed .salih, gouvernance, information et Domaine. Public, Addis-Abeba, commission économique pour l’Afrique, 13 mai 2003.
- Mohamed BOUSSOUMAH, L’établissement. Public, office de la publication universitaires, Alger, 2012.
- MSPRH, plan national cancer, “NOUVELLE VISION stratégique centrée sur Le malade “, En Algérie, octobre 2014.
- Nafta, khaldoun,“Jordane-gouvernement programme “, jordane-gouvernement initiative, jordan, septembre 2005.
- Philcpe Kotler , et autres, Marketing ,publication, Paris,11eme édition, 2003.
- Rachele Poignant , santé Publique. édition Estem, Paris,2005.
- Salvatore Schiavo-Compo, Gouvernance, Corruption, and Public Financial Management, Asian Développent Bank Manila, Philippines, 1999.
- MSPRH et UNICEF et UNFPA, enquete par grappes à Indicateurs multiples (mics) 2012-2013, Algerie, 2015.

2. Dictionnaires:

- Oxford, learnere’s pocket dictionary, third edition, oxford university, 2007.

3. Thèse de doctorat:

- Pierr-Henri BRECHAT, Territoires et égalité d’accès aux soins et a la santé, Thèse de doctorat en droit Public, Ecole doctorale Georges Ve Del. Droit interne, science administrative et science. Politique (ED7) Université, Panthéon, Assas, 2012.

4. Articles :

- " E-Gouvernement, Whatis potential.loss.of.aving?AFeqsibilit study “(1), eall, Doubaï, Issue N°1,nov2003.
- A.Saihi, “le système de santé publique en Algérie ” revue gestation hospitalière, la revue des décideurs hospitaliers, n°455, avril, 2006
- E-Government, What is potential.loss.of.aving?AFeqsibilit study “(1), eall, Dubaï, Issue N°1,nov2003.
- Genvieve Giudicelli-Delage:Droit a la protection de la santé et droit penal en France Rev.S.C ,1996.
- La Documentions Française, Revue, Bimensuel, N° 207, L’état en Quête de Performance, Paris, 2006.

- M.chouch, "développement du système national de santé:Stratégies et perspectives",revue le gestionnaire , revue élaborée par l'école nationale de la santé publique, n°5, juin
- Mohamed khadir, une Algérie, à deux collèges, une médecine à deux vitesses, el watan, n° 5890, 13 mars, 2010,
- Mohammed M.AI.Qasimi, Ahmed S. Mohammed taba, Diagnosis Of Obstacles of the Application Electronic Mangement .Models In Educational Institutons : Exploratory study of the City of Mosul, Revue Rivers. Development , University. Of Al mosul, Iraq, N° 114, Vol 30,2013.
- V.s.Mihajlov, International, Health. Legislation, Witelo, Genva, Vol 40, N1, 1989 Mounir Khaled BERRAH, DMOGRAPHIE ALGERIENNE 2014, Donnée statistiques N°690, 2014.
- UNHCHR, the Right to Health, world health organization, factsheet N°.31 Geneva, Switzerland.

5. Séminaire:

- Riadh, bourriche , « le rôle des TIC dans la Bonne gouvernance ».participation avec. Cette communication .au. Séminaire national intitulé, Information et société de la connaissance, la facette des sciènes sociales, la faculté des sciences sociales et humaines, Université. Mentouri Constantine- Algérie , organise les 18/19 avril 2009.
- Essaid Ettaib, les autorités administratives indépendants en Algérie, colloque international sur le changement dans l'administration, ENA, Alger, 14-15 Décembre 2002.

6. Sites :

- Cambridge Dictionary. <http://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais-arabe/quality>
- <http://www.univ-chelef.dz>
- http://www.pogar.org/publication/finances/anticor/fightingcorruption_98a.pdf
- Kamel ben kadi, " E-Algérie 2013 : Partenariat public-pribé autour.d'un programme L'Etat n'a pas. La capacité pour mettre en œuvre. Le programme.e-Algérie 2013", disponible sur :[http:// www.elatan.com/e-algerie-2013,partenariat-public, page web consulté-28/11/2016](http://www.elatan.com/e-algerie-2013,partenariat-public, page web consulté-28/11/2016).
- Merriam Websber dictionary.[online]. [12/02 /2015]. Available at: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/quality>

- PNDUD, Lutte. Contre. la corruption, Note de pratique du PNUD,2004,p :3, cite web : <http://www.pogar.org/publications/finances/anticor/undp-ati04F.pdf>
- Séverine bélina, hervémagroetviolain dé voilaine de villemeur, la gouvernance démocratique, instut de recherche et débat sur la gouvernance, site web:<http://www.instut-gouvernance.org/docs/introduction-gouvernance-democratique.pdf> le 16/08/2016.
- www.mrp.gov.dz/Ministere_Arobe/kanourapr.htm
- www.who.int/bulletin/volumes/90/5/12-030512/ar/
- www.who.int/bulletin/volumes/90/5/12-030512/ar/
- www.radioalgerie.dz

ملاحق

| الرقم | الجدول | الصفحة |
|-------|---|---------|
| 01 | تفعيل مبادئ الجودة لدى ديمنج بالصناعة في القطاع الصحي | 54 |
| 02 | رؤية أهم المفكرين حول العناصر الرئيسية لإدارة الجودة. | 56 |
| 03 | تطور عدد الهياكل الصحية الخاصة بالجزائر (مكاتب الفحص الطبي) خلال الفترة الممتدة ما بين 2014-2016 | 113-112 |
| 04 | تطور عدد الهياكل الصحية الخاصة بالجزائر (العيادات) خلال الفترة الممتدة ما بين 2014-2016 | 115-114 |
| 05 | إحصائيات عدد الجمعيات المرتفعة بالصحة الولائية والمحلية بولاية بسكرة لسنة 2016 | 121-120 |
| 06 | تطور مؤشر الفساد في الجزائر من الفترة 2003-2012 | 156 |
| 07 | تطور نسبة النفقات الصحية الكلية إلى الناتج المحلي الإجمالي للدول العربية وبعض الدول المتقدمة من سنة 1999 إلى سنة 2003 | 162-161 |
| 08 | النفقات الصحية للفرد في بعض الدول العربية وبعض الدول المتقدمة من سنة 1999 إلى سنة 2003 مقيمة بمتوسط معدل الصرف- الدولار الأمريكي- | 163 |
| 09 | عدد المؤسسات الصحية الجزائرية بين سنة 2000 و 2003 | 164 |
| 10 | يوضح عدد الهياكل والمؤسسات الصحية | 203 |
| 11 | يوضح عدد السكان ومساحة البلديات التي تغطيها المؤسسة العمومية الإستفائية أولاد جلال. | 244 |
| 12 | يوضح تعداد المستخدمين بالمؤسسة العمومية الإستفائية - أولاد جلال- | 246-245 |
| 13 | حصيلة النشاطات الطبية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عاشور زيان أولاد جلال - لسنة 2016. | 251 |
| 14 | الفئات المستفيدة من الخدمات الصحية بالمؤسسة وتكلفتها. | 253 |
| 15 | يوضح العدد الكلي للعينة المدروسة حسب نوع الجنس | 256 |

| | | |
|---------|---|----|
| 257 | يوضح العدد الكلي للعينة المدروسة حسب السن | 16 |
| 258 | يوضح العدد الكلي للعينة المدروسة حسب الدخل. | 17 |
| 259 | يوضح مدة إقامة أفراد عينة الدراسة | 18 |
| 260-259 | يوضح توزيع أفراد العينة المدروسة المرضى على مختلف المصالح الصحية التي يعالج بها | 19 |
| 260 | يوضح إجابات عينة الدراسة حول الموقع الجغرافي للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال | 20 |
| 261 | يوضح إجابات عينة الدراسة حول سمعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال | 21 |
| 262 | يوضح إجابات المرضى حول اختيار المؤسسة الاستشفائية بين الخاصة والعمومية أولاد جلال (إذا كانت لديك الإمكانيات اللازمة للعلاج في مؤسسة خاصة) | 22 |
| 263 | يوضح إجابات المرضى حول الاستقبال عند دخول للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال | 23 |
| 263 | يوضح إجابات المرضى حول قاعات الانتظار للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال | 24 |
| 264 | يوضح إجابات المرضى حول مدة الانتظار قبل الفحص أو العلاج | 25 |
| 265 | يوضح رأي المرضى حول تجهيزات ونظافة الغرفة | 26 |
| 266 | يوضح إجابات المرضى حول نوعية الوجبات المقدمة | 27 |
| 267 | يوضح إجابات المرضى حول سهولة إجراء الفحوصات بالأشعة حسب احتياج الحالة الصحية | 28 |
| 267 | يوضح إجابات المرضى حول سهولة إجراء تحاليل في المؤسسة الاستشفائية | 29 |
| 268 | يوضح إجابات المرضى حول فترة الانتظار لإجراء عملية جراحية | 30 |
| 269-268 | رأي المرضى حول طبيعة الخدمات المقدمة من طرف الأطباء ومدى جودتها. | 31 |

| | | |
|---------|---|----|
| 270 | رأي المرضى حول طبيعة الخدمات المقدمة من طرف الممرضين ومدى جودتها. | 32 |
| 271-270 | يوضح توزيع مجتمع المدروس للأطباء والشبه الطبيين على المصالح الصحية | 33 |
| 271 | يوضح توزيع مجتمع الدراسة للأطباء والشبه الطبيين على حسب متغير الرتب | 34 |
| 273-272 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الإمكانيات المتاحة لدعم أدائهم | 35 |
| 274 | يوضح إجابات الأطباء والشبه الطبيين حول نظافة وتجهيزات الغرفة والمحيط | 36 |
| 275 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى | 37 |
| 276 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين والإداريين حول وجود النظام العالمي الوقائي التي اوصت به منظمة الصحة العالمية -Control Point HACCP HazardAnalysisCritical | 38 |
| 276 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول التزام المؤسسة بالقوانين والمراسيم والتنظيمات التي تصدر عن الوصايا (الوزارة)، والتي تعمل على حماية حقوق المرضى وتضمن لهم مستوى عالي من الأمن والسلامة | 39 |
| 277 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول استشارتكم كطاقم تقني في المؤسسة في تعديل قانون الصحة الجديد عن طريق ورشات عمل | 40 |
| 278 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين والإداريين حول وجود لوائح وقوانين تعمل على بسط الأمن والسلامة في المختبرات وبنك الدم حرصا على سلامة العاملين في تلك الأماكن بالإضافة إلى شروط متابعة صيانة أجهزة المختبرات ووجود نظام لضبط جودة الفحوص المخبرية لضمان نتائج صحيحة | 41 |
| 278 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول عدد الساعات التي تقضيها في العمل داخل المؤسسة العمومية | 42 |
| 279 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول عدد الساعات تتوافق مع الراتب الذي يتقاضاه | 43 |
| 280 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول مسعى الإدارة لتوفير الجو الملائم للعمل | 44 |

| | | |
|-----|---|----|
| 281 | يوضح إجابات طاقم الطبي والشبه الطبي حول امتلاك معلومات عن عقد النجاعة ومشروع المؤسسة خلال السنة | 45 |
| 282 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين الذين أجابوا بـ نعم: المساهمة في وضع الأهداف المتخذة في عقد النجاعة ومشروع المؤسسة | 46 |
| 282 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول إعلام الإدارة بالأهداف المسطرة كل سنة للوحة القيادة للمؤسسة | 47 |
| 283 | : يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين الذين أجابوا بـ نعم حول كيفية إعلام الإدارة بالأهداف المسطرة كل سنة للوحة القيادة للمؤسسة | 48 |
| 284 | يوضح إجابات طاقم الطبي والشبه الطبي حول تلقي عملية التكوين ومدى درجتها | 49 |
| 284 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول سعي الإدارة لتحسين الخدمات الصحية في مصلحتكم | 50 |
| 285 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الزيارات الفجائية من طرف إدارات الإدارة | 51 |
| 286 | يوضح إجابات طاقم الطبي والشبه الطبي حول امتلاكهم معلومات عن النهج التقاعدي | 52 |
| 286 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول نوع التواصل بينكم وبين الإدارة | 53 |
| 287 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول شفافية نقل المعلومات من طرف الإدارة | 54 |
| 287 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول مشاركة رئيسك السلمي في اتخاذ القرارات التي تهتمك وتهتم المريض بالمصلحة التي تعمل بها | 55 |
| 288 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الأساس الذي يتم به الترقية في المنصب | 56 |
| 289 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول نقطة المردودية | 57 |

| | والتي يتم تقييمها على أساس | |
|-----|--|----|
| 289 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول المسائلة على النظافة في مكان المخصص للعمل من طرف مسؤولي المؤسسة بصفة دورية | 58 |
| 290 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول إبلاغ إدارة المؤسسة عن خطأ طبي جسيم ارتكب في عيادة خاصة | 59 |
| 291 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول وجود جمعيات مرتفقه بالصرحة تدافع عن حقوق المريض | 60 |
| 292 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول الأيام الجراحية والعمليات المستعصية التي يقدمها يدمها المستشفى للمريض يستفاد منها الفقير والغني ومتوسط الدخل بالمساواة | 61 |
| 293 | يوضح إجابات طاقم الطبي والشبه الطبي حول تعريف المريض بالقوانين والقواعد المطبقة وحصوله على حقوقه مكتوبة أثناء إجراءات الدخول للمستشفى | 62 |
| 293 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول معرفة المريض بوجود متدربين متريصين | 63 |
| 294 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول لجوء المريض لشراء المادة التي يعالج بها في حالة الندرة بالمستشفى | 64 |
| 295 | يوضح إجابات طاقم الأطباء والشبه الطبيين حول تطبيق الطب المتزلي في المستشفى | 65 |

قائمة الأشكال

| الصفحة | الشكل | الرقم |
|--------|---|-------|
| 28 | فواعل الحكامة حسب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي | 01 |
| 31 | روابط مفهوم الشفافية | 02 |
| 56 | مؤشرات الحكامة | 03 |
| 134 | أنواع اللامركزية في المحيط | 04 |
| 164 | نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية في القطاع العام والخاص في الجزائر كنسبة من النتائج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2001، 2009 | 05 |
| 177 | يوضح مؤشرات مدركات الفساد 2015 | 06 |
| 219 | مكان الفساد في القطاع الصحي | 07 |
| 317 | الهيكل لتنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال-عشور زيان- | 08 |
| 366 | دور فواعل الحكامة في التحسين من جودة الخدمات الصحية | 09 |

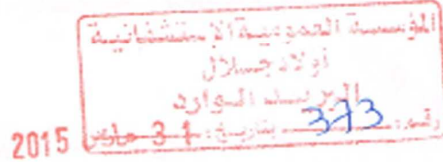
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
مديرية الصحة والسكان لولاية بسكرة
مصلحة الموارد البشرية والوسائل والشؤون القانونية

الرقم: 318/ 2015

مدير الصحة والسكان

الى

السادة مدراء/- المؤسسات العمومية الإستشفائية.
- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.
- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.



الموضوع: ف/ي استغلال الغير الشرعي للسكنات الوظيفية
المرجع: التعليم الوزاري رقم 02 المؤرخة في 2015/03/14
المتضمنة الاستغلال الغير الشرعي للسكنات الوظيفية
المرفقات: نسخة من التعليم الوزارة المذكورة بالمرجع أعلاه.

يشرفني أن أحيل اليكم نسخة من التعليم الوزاري رقم 02 المؤرخة
في 2015/03/14 المتضمنة الاستغلال الغير الشرعي للسكنات الوظيفية الواردة الى مصالح من
طرف المصالح المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات .
طالباً منكم التنفيذ الصارم لمحتوى هذه التعليم وموافقنا بتقرير مفصل بالاجراءات
المتخذة في هذا الشأن وذلك قبل تاريخ 2015/03/31.

بسكرة في: 31 MARS 2015

اليد
مديرية الصحة والسكان لولاية بسكرة
مصلحة الموارد البشرية والوسائل والشؤون القانونية

نسخة كعرض حال السيد/

الامين العام
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

5
 très léger
 A préparer le 2
 avant compte de bilan
 des établissements.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
 وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

11 JUL 2016

بالجزائر، في:

N 579 MSPRH/SG

الأمين العام
 رقم:

Mesdames et Messieurs les Directeurs
 de la Santé et de la Population (Tous)

Objet: A/s Notification des montants de dépenses plafonnées pour l'exercice 2016.

P.J.: Tableaux des dépenses plafonnées.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche de plafonnement décidée par les pouvoirs publics, J'ai l'honneur de vous transmettre un état des dépenses plafonnées des établissements publics de santé pour l'exercice 2016 par chapitre et par wilaya, et un autre état pour le budget plafonné de la Direction de Santé et de la Population de Wilaya (selon tableaux en annexe).

A cet effet, je vous demande de procéder à la notification des montants des dépenses plafonnées par établissement et par chapitre aux ordonnateurs sous votre autorité, en tenant compte de ce qui suit:

- Assurer l'activité régulière des établissements jusqu'au 31/12/2016.
- Arrêter les montants en fonction des priorités et des besoins réels en termes de dépenses.

En outre, il vous y demande de veiller personnellement au suivi de l'application de cette instruction par les ordonnateurs et me faire parvenir à la Direction des Finances et des Moyens avant le 18/07/2016 la répartition de ces dépenses plafonnées par établissement.

J'attache une importance particulière quant à la fiabilité des données, au délai fixé et au respect du montant plafonné par wilaya.

Veillez agréer, Mesdames et Messieurs les Directeurs l'expression de ma parfaite considération.



رئيس الدewan مكتب بالأمانة العامة

رزقي اعلي

ETAT DES DEPENSES PLAFONNEES DU BUDGET DE FONCTIONNEMENT
DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE
AU TITRE DE L'EXERCICE 2016
WILAYA : BISKRA



TITRE 02: DEPENSES DE FONCTIONNEMENT

| N° de chapitre | Intitulé du chapitre | Credits ouverts | Crédits à déduire | Dépenses plafonnées |
|----------------------|---|----------------------|--------------------|----------------------|
| 3 | Matériel et mobilier | 39 600 000 | 19 800 000 | 19 800 000 |
| 4 | Fournitures | 55 370 000 | 27 685 000 | 27 685 000 |
| 10 | Frais liés aux congrès, séminaires et autres manifestations scientifiques | 2 000 000 | 1 000 000 | 1 000 000 |
| 5 | habillement | 16 000 000 | 8 000 000 | 8 000 000 |
| 6 | charges annexes | 90 000 000 | 19 800 000 | 70 200 000 |
| 7 | parc automobile | 58 800 000 | 23 520 000 | 35 280 000 |
| 8 | entretien et réparation des infrastructures | 70 000 000 | 26 600 000 | 43 400 000 |
| 11 | alimentation et frais de restauration | 195 000 000 | 42 900 000 | 152 100 000 |
| 13 | medicament, produits pharmaceutique et autres produits destinés à la médecine humaine et disposition médicaux | 600 000 000 | 27 000 000 | 573 000 000 |
| 14 | depenses d'action spécifiques de prevention | 153 000 000 | 29 835 000 | 123 165 000 |
| 15 | acquisition et maintenance du materiel, accessoires et outillage médical | 220 000 000 | 82 280 000 | 137 720 000 |
| TOTAL TITRE 2 | | 1 499 770 000 | 308 420 000 | 1 191 350 000 |



CONVENTION CADRE

N° 01 2016

Convention de maintenance et traitement des données du Système
d'Information des Ressources Humaines (SIRH)

Entre

SPIDER NETWORK
&
**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA
REFORME HOSPITALIERE**

وزارة الشؤون الدينية والأوقاف

قرار وزاري مشترك مؤرخ في 3 جمادى الثانية عام 1434 الموافق 14 أبريل سنة 2013، يتضمن وضع بعض الأسلاك الخاصة التابعة للإدارة المكلفة بالمواصلات السلوكية واللاسلكية الوطنية في حالة الخدمة لدى الإدارة المركزية بوزارة الشؤون الدينية والأوقاف.

إن الأمين العام للحكومة،

ووزير الداخلية والجماعات المحلية،

ووزير الشؤون الدينية والأوقاف،

- بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 12-326 المؤرخ في 17 شوال عام 1433 الموافق 4 سبتمبر سنة 2012 والمتضمن تعيين أعضاء الحكومة.

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 11-256 المؤرخ في 28 شعبان عام 1432 الموافق 30 يوليو سنة 2011 والمتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتسبين للأسلاك الخاصة بإدارة المكلفة بالمواصلات السلوكية واللاسلكية الوطنية،

- وبمقتضى المرسوم الرئاسي المؤرخ في 7 ربيع الثاني عام 1423 الموافق 18 يونيو سنة 2002 والمتضمن تعيين الأمين العام للحكومة،

يقررون ما يأتي :

المادة الأولى : تطبيقاً لأحكام المادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 11-256 المؤرخ في 28 شعبان عام 1432 الموافق 30 يوليو سنة 2011 والمذكور أعلاه، يوضع في حالة الخدمة لدى الإدارة المركزية لوزارة الشؤون الدينية والأوقاف، وفي حدود التعديلات المنصوص عليها في هذا القرار، الموظفون المنتسبون لأحد السلوكيين الآتيين :

| التعداد | السلوك |
|---------|-----------------------------|
| 2 | المساعدون التقنيون المخصصون |
| 3 | أعوان الاستغلال التقني |

المادة 2 : تضمن الإدارة المركزية لوزارة الشؤون الدينية والأوقاف تسيير المسار المهني للموظفين المنتسبين للسلوكيين المذكورين في المادة الأولى أعلاه، طبقاً للأحكام القانونية الأساسية المحددة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-256 المؤرخ في 28 شعبان عام 1432 الموافق 30 يوليو سنة 2011 والمذكور أعلاه.

المادة 3 : يستفيد الموظفون الموضوعون في حالة الخدمة من حق الترقية، طبقاً لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 11-256 المؤرخ في 28 شعبان عام 1432 الموافق 30 يوليو سنة 2011 والمذكور أعلاه.

المادة 4 : تكون الرتبة المشغولة من طرف الموظف الذي استفاد من الترقية، محل تحويل في الرتبة الجديدة.

المادة 5 : ينشر هذا القرار في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

حرر بالجزائر في 3 جمادى الثانية عام 1434 الموافق 14 أبريل سنة 2013.

وزير الشؤون الدينية والأوقاف
بوعبد الله غلام الله
عن وزير الداخلية والجماعات المحلية
الأمين العام
عبد القادر والي

عن الأمين العام للحكومة
وبتفويض منه
المدير العام للتوظيف العمومية
بلقاسم بوشمال

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

قرار وزاري مشترك مؤرخ في 6 محرم عام 1436 الموافق 30 أكتوبر سنة 2014، يحدد كيفية تطبيق النظام المعلوماتي لمعالجة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة وكذا قائمة المؤسسات المعنية بتنفيذ هذا النظام.

إن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،

ووزير المالية،

- بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 14-154 المؤرخ في 5 رجب عام 1435 الموافق 5 مايو سنة 2014 والمتضمن تعيين أعضاء الحكومة،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 95-54 المؤرخ في 15 رمضان عام 1415 الموافق 15 فبراير سنة 1995 الذي يحدد صلاحيات وزير المالية،

المادة 5 : يتوفر النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير على كل الوسائل المعلوماتية التي تسمح بإضافات والتحديثات للبرمجيات و/أو الوثائق المرتبطة به. وتشكل هذه الوسائل المعلوماتية أيضا دعائم للتبادل بين مستعملي هذا النظام.

المادة 6 : يزود النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير في الوقت الفعلي، المحاسبات الثلاث المذكورة في المادة 3 أعلاه، المدججة ضمن قاعدة معطيات وحيدة، انطلاقا من تقييد وحيد للمعلومة.

المادة 7 : في مجال الحاسبة العامة وزيادة على الأحكام المطبقة على المؤسسات العمومية للصحة، ينتج النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير، لا سيما ثلاثة (3) كشوف مالية أساسية و هي الميزانية وحساب النتائج وجدول سيولة الخزينة.

ويضمن، زيادة على ذلك، التكفل على الخصوص بتسيير المخزونات والتشبيكات والحسابات الدائنة والديون.

المادة 8 : كما يقدم النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير مؤشرات حول التسيير، يمكن أن تخص عناصر مالية وغير مالية، وتسمح بتسيير المؤسسات العمومية للصحة والهيكل و/أو المصالح التي تشكل منها بصفة ناجعة والمساعدة في اتخاذ القرار.

المادة 9 : في مجال محاسبة الموازنة، يضمن النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير، المتابعة في الوقت الفعلي للمتاحات والالتزامات الموازنتية، وتحرير الحوالات للمؤسسة العمومية للصحة، وكذا تسيير الخزينة.

وزيادة على ذلك، يسمح هذا النظام للتسيير، بالقيام بعمليات المعاينة والتصفيح في مجال الإيرادات، والالتزام والتصفيح وتحرير الحوالات في مجال النفقات، طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

المادة 10 : في مجال الحاسبة التحليلية، يسمح النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير بتحديد تكاليف النشاطات المنجزة والخدمات المقدمة، من خلال تنظيم مصالح أو هيكل المؤسسة العمومية للصحة في مراكز تجمع محاسبي، تحت سلطة مسؤول المصلحة أو الهيكل المعني الذي يضمن الإدارة والتسيير.

يعرف مركز التجمع المحاسبي بأنه مجموع أنشطة مصالح أو هيكل المؤسسة العمومية للصحة التي تنتج معلومة محاسبية خاصة ومفصلة.

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 11-379 المؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق 21 نوفمبر سنة 2011 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 14-106 المؤرخ في 10 جمادى الأولى عام 1435 الموافق 12 مارس سنة 2014 والمتضمن وضع النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، لا سيما المادة 5 منه،

يقدران ما يأتي :

المادة الأولى : تطبيقا لأحكام المادة 5 من المرسوم التنفيذي رقم 14-106 المؤرخ في 10 جمادى الأولى عام 1435 الموافق 12 مارس سنة 2014 والمذكور أعلاه، يهدف هذا القرار إلى تحديد كميّات تطبيق النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة وكذا قائمة المؤسسات المعنية بتنفيذ هذا النظام.

المادة 2 : يوضع النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير، على مستوى مسيري المؤسسات العمومية للصحة، بواسطة نظام يركز على التسيير في الوقت الفعلي للمؤسسة و تداول المعلومة.

المادة 3 : يتضمن النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير ثلاث (3) محاسبات :

- محاسبة عامة تحترم قواعد محاسبة السنة المالية وتسمح، لا سيما بالحصول على معرفة دقيقة حول قيمة و تغيير الذمة المالية للمؤسسة العمومية للصحة،

- محاسبة موازنة تقيّد تنفيذ نفقات الموازنة في الوقت الذي تدفع فيه، و تنفيذ الإيرادات في الوقت الذي تحصل فيه،

- محاسبة تحليلية تسمح بحساب مختلف تكاليف الخدمات المقدمة على مختلف المستويات في المؤسسة العمومية للصحة.

المادة 4 : يتضمن النظام المعلوماتي لحاسبة التسيير وثائق تحتوي، لا سيما على :

- دفتر المستعمل يبين تنظيم ووظائف مختلف مواد النظام،

- دفتر الحاسبة الاستشفائية الذي يعرض قائمة حسابات المخطط المحاسبي الاستشفائي وسيرها.

يلحق الدفتران المذكوران أعلاه بأصل هذا القرار.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
مديرية الصحة والسكان لولاية بسكرة

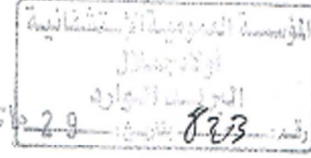
بسكرة في: 29 NAT 2016

الرقم: 2016/292

إلى السادة/

مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر
مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال
مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية طونقة
مدير المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب
النساء والتوليد وطب الأطفال

29 ماي 2016



الموضوع: ف/ي النظام MINI GMAO.

في إطار وضع حيز التنفيذ على مستوى المؤسسات الصحية لتولاية نظام

MINI GMAO الخاص بالتجهيزات الطبية.

أطلب منكم كمؤسسات نموذجية في إستغلال هذا النظام موافاتي بتقرير مفصل حول

الموضوع من حيث مدى تقدم سير المشروع والعرفيل المصادفة حين تنفيذ، والاقتراحات التي

ترونها مناسبة لتحسينه.

وذلك قبل تاريخ 2016/06/05 كآخر أجل.

ع/ المدير

الطبيب
العمومي
ببصرة

Dr. BOUYSI M.H.



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات
مديرية الصحة و السكان لولاية بسكرة

الرقم 5.7.52 / 2016

إلى السادة /

مدراء المؤسسات العمومية الإستشفائية
مدراء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة
مدراء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
مديرة المعهد الوطني العالي للتكوين الشبه طبي

الموضوع : ف/ي اجتماع تقييمي للأئظمة المعلوماتية .

يشرفني أن أطلب منكم دعوة ممثل عن المديرية الفرعية للمانية و الوسائل و مراسل الاعلام الاتي للمؤسسة الصحية قصد حضور الاجتماع المزمع عقده بتاريخ 2016/12/22 بمقر المعهد الوطني العالي للتكوين شبه الطبي لولاية بسكرة على الساعة 8.30 مرفوقين بتقرير حول النفاط المدرجة أدناه في جدول الاعمال .

جدول الأعمال :

- + المشروع الوزاري **3G++**.
- + النظام الخاص بتسيير الموارد البشرية (Rh Sante Dz) و الاتفاقية الخاصة به .
- + السجل الوطني لمرضى السرطان - Register Du Cancer -.
- + نظام تسيير التجهيزات الطبية **MINI GMAO**.
- نظام تسيير و مراقبة عملية التلقيح **DEVAC**.
- النظام الخاص بالأمراض ذات التصريح الإلزامي **MDO**.
- النظام الخاص بتسيير العيادات متعددة الخدمات **SIGP**.
- النظام المعلوماتي الخاص بالإحصائيات و المؤشرات الصحية **SIS.DZ**.
- النظام الخاص بالاتصال و المناوبة الإدارية.

بسكرة في: 8 DEC 2016

المدير
حسن الوزيري ويتقربون على
مديرية الصحة و السكان لولاية بسكرة
حماد بوسليمان زورقيسي أحمد



نسخة للإعلام :

- مدير المنظومات الإعلامية و الإعلام الاتي
- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات
- مديرة المعهد الوطني العالي للتكوين الشبه طبي

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE LA SANTE , DE LA POPULATION
ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION
DE BISKRA

N° 4083...D.S.P/2009

BISKRA LE 25 OCT. 2009

Madame et Messieurs
les Directeurs des EPH , EHS et EPSP

OBJET : A/S Formation sur le Logiciel PATIENT.

Dans le cadre de la formation sur le logiciel PATIENT, j'ai l'honneur de vous demander de me transmettre la liste nominative du personnels du bureau des entrées afin de programmer des journées de formation.

Urgence signalée

Le DIRECTEUR



مدير الصحة والسكان

[Handwritten signature]

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات
مديرية الصحة و السكان لولاية بسكرة

الرقم 4537/...../2015

إلى السادة /

مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال
مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية طونقة
مدير المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب النساء
و التوليد و طب الأطفال
مدير المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب العيون

الموضوع: ف/ي مشروع - Visioconference - و - Télémedecine

المرجع : إرسالتنا رقم 3941 المؤرخ في 2015/07/08

المراسلة رقم 134/ و ص س إ م م إ أ/المؤرخة في 2015/06/29

المراسلة رقم 77/ و ص س إ م م إ أ/المؤرخة في 2015/05/03

المرفقات : بطاقة تقنية -1-
بطاقة تقنية -2-
بطاقة تقييمية .
نسخة من البريد الإلكتروني لمؤسستكم الصحية

تبعاً للمراسلات المشار إليها في المرجع أعلاه و المتعلقة بوضع حيز التنفيذ
مشروع عسسي - Visioconference - و - Télémedecine - على مستوى المؤسسات الصحية
لولاية .

أطلب منكم تخصيص قاعة لمشروع - Visioconference - على مستوى مؤسستكم الصحية
وفقاً للبطاقة التقنية -1- المرفقة كمرحلة أولى و تحضيراً لمشروع Télémedecine كمرحلة تليه فيما بعد و
كمشروع مكمل له، بالإضافة إلى الشروع فوراً في اقتناء التجهيزات الخاصة بالمشروع وفقاً للبطاقة التقنية -2- .
كما أطلب منكم موافقتي بتقرير أسبوعي حول الإجراءات المنخدة في هذا الإطار وفقاً للبطاقة التقييمية
المرفقة و إيلاء الأهمية البالغة لهذا المشروع الوزري .

بسكرة في :

11 AOUT 2015

ع/المدير

Praticien Médical / Docteur
de Santé Publique

Dr TOUMSI Mohamed



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Université de Batna 1

Faculté de Droit et Sciences Politiques



جامعة باتنة 1

كلية الحقوق والعلوم السياسية

في إطار إعداد مذكرة الدكتوراه طور ثالث ل. م. د. في العلوم القانونية تخصص: الحكامة
وبناء دولة المؤسسة
الموسومة بـ:

**آلية الحكامة ودورها في تحسين جودة الخدمات
الصحية
(دراسة حالة الجزائر)**

وصولنا إلى نتائج صحيحة يتوقف على دقة البيانات التي تدلون بها، وعليه فإننا نرجو منكم أن تفضلوا بملء هذه الاستمارة المرفقة بكل عناية، ذلك بوضع علامة (x) أمام الاختيارات الذي تفضلونها، كما نتعهد لكم بالسرية المعلومات المقدمة، التي لن تستعمل إلا في إطار البحث العلمي.

تحت إشراف الأستاذة الدكتورة:

شادية رحاب

من إعداد الطالب:

بريش محمد عبد المنعم

ملاحظة: *الرجاء منكم قراءة التعليقات الموجودة بالهوامش قبل الإجابة.

الموسم الجامعي: 2016/2015

المحور الأول: البيانات الشخصية

| | |
|--|---------------------|
| <p>الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/></p> <p>السن:</p> <p>مدة الإقامة:</p> <p>المصلحة المقيم بها:</p> | <p>بيانات شخصية</p> |
|--|---------------------|

المحور الثاني: المبنى ورقابة المحيط

1. كيف ترى الموقع الجغرافي للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال؟

- ملائم
- ملائم نوعا ما
- غير ملائم

2. ما حكمك حول سمعة المؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

3. هل تفضل العمومية الاستشفائية أولاد جلال إذ كانت لديك الإمكانيات اللازمة للعلاج في مؤسسة خاصة؟

- نعم
- لا
- رأي محايد

4. ما رأيك في الاستقبال عند دخول المؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

5. كيف ترى قاعات الانتظار للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال ؟

- ملائم
- ملائم نوعا ما
- غير ملائم

6. حسب رأيك، كيف ترى نظافة الغرفة التي تقيم بها؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

7. حسب رأيك، كيف ترى حالة السرير الذي تنام عليه؟

- ملائم
- ملائم نوعا ما
- غير ملائم

8. كيف تصف وضعية الافرشة؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

9. كيف ترى التجهيزات في الغرفة [التدفئة، الإضاءة/ التهوية]؟

- كافية
- كافية نوعا ما
- غير كافية

10. كيف ترى نوعية الوجبات المقدمة؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

المحور الثالث: الحكامة وجودة الخدمات

11. هل تتم مقابلة الأطباء بسهولة؟

- نعم
- نوعا ما
- لا

12. كيف ترى عدد زيارات الطبيب؟

- كافية
- كافية نوعا ما
- غير كافية

13. كيف ترى اهتمام الطبيب بالحالة الصحية؟

- مهتم
- نوعا ما
- غير مهتم

14. هل لديك ثقة بالطبيب المعالج؟

- كبيرة
- ضعيفة
- متوسطة

15. هل تتلقى شروحات كافية عن حالتك الصحية من طرف الطبيب المعالج؟

- كافية
- كافية نوعا ما
- غير كافية

16. هل تتم مقابلة الممرضين بسهولة؟

- نعم
- نوعا ما
- لا

17. كيف تصف معاملة لباقة الممرضين لك؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

18. حسب رأيك، ما هي وتيرة تقديم الخدمة من طرف الممرضين [السرعة]؟

- دائما
- أحيانا
- لا

19. كيف ترى عملية إجراء الفحوصات بالأشعة بالمؤسسة الإستشفائية أولاد جلال؟

- طويلة
- متوسطة
- قصيرة

20. كيف ترى عملية إجراء التحاليل المخبرية بالمؤسسة الإستشفائية أولاد جلال؟

- طويلة
- متوسطة
- قصيرة

21. كيف ترى فترة الانتظار لإجراء عملية جراحية إذا كنت مقدم عليها؟

- طويلة
- متوسطة
- قصيرة

22. هل يتم تقديم شروحات كافية لكم عن العملية الجراحية؟

- كافية
- كافية نوعا ما
- غير كافية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Université de Batna 1

Faculté de Droit et Sciences Politiques



جامعة باتنة 1

كلية الحقوق والعلوم السياسية

في إطار إعداد مذكرة الدكتوراه طور ثالث ل. م. د. في العلوم القانونية تخصص: الحكامة

وبناء دولة المؤسسة

الموسومة بـ:

**آلية الحكامة ودورها في تحسين جودة الخدمات
الصحية
(دراسة حالة الجزائر)**

وصولنا إلى نتائج صحيحة يتوقف على دقة البيانات التي تدلون بها، وعليه فإننا نرجو منكم أن تفضلوا بملء هذه الاستمارة المرفقة بكل عناية، ذلك بوضع علامة (x) أمام الاختيارات الذي تفضلونها، كما نتعهد لكم بالسرية المعلومات المقدمة، التي لن تستعمل إلا في إطار البحث العلمي.

تحت إشراف الأستاذة الدكتورة:

شادية رحاب

من إعداد الطالب:

بريش محمد عبد المنعم

ملاحظة: *الرجاء منكم قراءة التعليقات الموجودة بالهوامش قبل الإجابة.

الموسم الجامعي: 2016/2015

المحور الأول: البيانات الشخصية

| | |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | بيانات شخصية |
| السن: | |
| المصلحة: | |
| الرتبة: | |

المحور الثاني: المبنى ورقابة المحيط

1. كيف ترى الموقع الجغرافي للمؤسسة العمومية الاستشفائية أولاد جلال؟

- ملائم
- ملائم نوعا ما
- غير ملائم

2. حسب رأيك، هل قاعات الانتظار ملائمة من ناحية الاستقبال؟

- مقبولة
- جيدة
- سيئة

3. كيف ترى نظافة الغرفة؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

4. كيف ترى نظافة الأروقة في المؤسسة الاستشفائية؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

5. كيف ترى التجهيزات داخل غرف المرضى بالمؤسسة الاستشفائية؟

- كافية
- كافية نوعا ما
- غير كافية

6. كيف تصف حالة المعدات الطبية بالمؤسسة الاستشفائية؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

7. هل سيارات الإسعاف بالمؤسسة الاستشفائية كافية؟

- كافية
- كافية نوعا ما
- غير كافية

8. هل عدد الامن بالمؤسسة الاستشفائية كافي؟

- كافية
- كافية نوعا ما
- غير كافية

9. كيف ترى الوجبات الغذائية في المؤسسة الاستشفائية؟

- جيدة
- متوسطة
- سيئة

10. هل يتم تطبيق النظام العالمي الوقائي التي اوصت به منظمة الصحة العالمية Control Point

؟Critical Analysis HACCP-Hazard

- نعم
- لا

المحور الثالث: القانون

11. هل تلتزم المؤسسة الصحية بالقوانين والمراسيم والتنظيمات التي تصدر عن الوصايا (الوزارة)، وتعمل على تطبيقها لحماية حقوق المرضى وتضمن لهم مستوى عالي من الأمن والسلامة ؟

- نعم ●
- لا ●
- رأي محايد ●

12. هل تم إستشارتكم كطاقم تقني في المؤسسة لتعديل قانون الصحة الجديد عن طريق ورشات عمل؟

- نعم ●
- لا ●

13. هل توجد لوائح وقوانين تعمل على بسط الأمن والسلامة في المختبرات وبنك الدم حرصا على سلامة العاملين في تلك الأماكن بالإضافة إلى شروط متابعة وصيانة أجهزة المختبرات ووجود نظام ضبط لضمان نتائج صحيحة؟

- نعم ●
- لا ●
- نوعا ما ●

المحور الرابع: الأهداف و الرؤيا الإستراتيجية

14. حسب رأيك، هل ترى بأن الإدارة تسعى لتوفير الجو الملائم للعمل؟

- نعم ●
- لا ●

15. حسب رأيك، كيف ترى ساعات العمل التي تقضيها في المؤسسة ؟

- طويلة ●
- ملائمة ●
- قصيرة ●

16. حسب رأيك، هل تتوافق ساعات العمل مع الراتب ؟

- نعم
- نوعا ما
- لا

17. هل ترى بأن عدد الطاقم الطبي كافي لمعالجة عدد المرضى بيسر؟

- كافية
- نوعا ما
- غير كافية

18. هل تسعى الإدارة لتحسين الخدمة الصحية في مصالحتكم؟

- نعم
- نوعا ما
- لا

19. حسب رأيك، هل إدارة المستشفى لها أهداف تسعى لتحقيقها ؟

- نعم
- نوعا ما
- لا

20. هل يتم الإعلام بالأهداف المسطرة في لوحة القيادة بالمؤسسة لكل سنة؟

- نعم
- لا
- أحيانا

21. كيف يتم الإعلام بالأهداف المسطرة في لوحة القيادة بالمؤسسة لكل سنة؟

- شفويا
- كتابيا
- جلسات عمل

22. هل تمتلك معلومات عن عقد النجاعة ومشروع المؤسسة كل سنة؟

- نعم ●
- نوعا ما ●
- لا ●

23. هل تساهم في وضع الأهداف المتخذة في عقد النجاعة ومشروع المؤسسة؟

- نعم ●
- لا ●
- أحيانا ●

24. هل تلقيت تكوين في مجال معين؟

- نعم ●
- لا ●

25. ما مدى درجة هذا التكوين؟

- عالية ●
- عالية نوعا ما ●
- منخفضة ●

26. هل تتم زيارات فجائية من طرف الإدارة؟

- نعم ●
- أحيانا ●
- لا ●

27. هل تمتلك معلومات عن النهج التعاقدية؟

- نعم ●
- لا ●
- نوعا ما ●

المحور الخامس: الشفافية والمساواة
والمشاركة

28. حسب رأيك ، كيف ترى نوعية التواصل بينك وبين الإدارة؟

- جيدة
- غير جيدة
- متوسطة

29. حسب رأيك، هل يتم تداول المعلومات بشفافية من طرف الإدارة؟

- نعم
- أحيانا
- لا

30. هل يتم اشتراكك في اتخاذ القرار مع رئيسك السلمي بالمصلحة التي تعمل بها؟

- نعم
- أحيانا
- لا

المحور السادس: المسائلة ومكافحة الفساد

31. هل تتم المسائلة امن طرف المسؤول السلمي [الأعلى] على النظافة بصفة دورية؟

- نعم
- لا
- أحيانا

32. ما هو الأساس الذي تتم به الترقية في المنصب؟

- المحاباة
- المحسوبية
- الذي يقدم جهد كبير

33. ما هو الأساس الذي تتم به تقييم نقطة المردودية؟

- المحاسبة
- المحسوبة
- الذي يقدم جهد كبير

34. هل يقوم الأطباء بالتصريح عن الأخطاء الطبية الجسيمة التي تقع في العيادات الخاصة ؟

- نعم
- لا
- احيانا

35. هل توجد جمعيات مرتفقه بالصحة تدافع عن المريض ؟

- نعم
- لا

36. هل تتم المسائلة من طرف الجمعيات المرتفقه بالصحة على تقديم الخدمات الصحية والتي

تتمثل في وجبة المريض، أخطاء طبية، تقسيم ميزانية؟

- توجد بالمسائلة
- نوعا ما
- لا توجد

المحور الثالث: الحكامة وجودة الخدمات

37. هل تستفيد كافة الشرائح (الفقير والغني ومتوسط الدخل) بالمساواة من الأيام الجراحية

والعمليات المستعصية بالمستشفى؟

- نعم
- لا
- رأي محايد

38. هل يتم تعريف المريض بالقوانين والقواعد المطبقة وحصوله على حقوقه مكتوبة أثناء

إجراءات الدخول المستشفى؟

- نعم
- أحيانا
- لا

39. هل يتم اطلاق المريض عن الطبيب المسؤول لعلاجه؟

- نعم
- لا
- أحيانا

40. هل يتم اطلاق المريض عن وجود متدربين ومتربصين في الطاقم الطبي؟

- نعم
- لا
- أحيانا

41. هل ترى بأن الطب المنزلي يخفف الضغط على المؤسسة الاستشفائية؟

- نعم
- لا
- نوعا ما

42. هل تسمح قوانين المؤسسة بلجوء المريض لشراء المادة التي يعالج بها بنفسه عند عدم توفرها؟

- نعم
- لا
- أحيانا

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

| المحتويات | الصفحة |
|---|--------|
| العنوان: آلية الحكامة ودورها في تحسين الخدمات الصحية (دراسة حالة الجزائر) | |
| مقدمة.....أ-ب | |
| الفصل التمهيدي: الإطار المفاهيمي للحكامة وجودة الخدمات الصحية | |
| المبحث الأول: ماهية الحكامة..... | 03 |
| المطلب الأول: مفهوم الحكامة..... | 03 |
| الفرع الأول: النشأة والتطور..... | 03 |
| الفرع الثاني: دوافع ظهور الحكامة..... | 06 |
| الفرع الثالث: التعريف بالحكامة..... | 08 |
| الفرع الرابع: أنواع الحكامة وأهميتها وشروط نجاحها..... | 12 |
| المطلب الثاني: مكونات الحكامة..... | 16 |
| الفرع الأول:الدولة و المؤسسات الرسمية..... | 16 |
| الفرع الثاني: المجتمع المدني..... | 21 |
| الفرع الثالث: القطاع الخاص..... | 25 |
| المطلب الثالث: خصائص وأبعاد الحكامة..... | 27 |
| الفرع الأول: الشفافية والمساءلة..... | 28 |
| الفرع الثاني: سيادة القانون والعدالة و المساواة..... | 34 |
| الفرع الثالث: المشاركة..... | 47 |
| الفرع الرابع: الوقاية من الفساد والرؤية الإستراتيجية..... | 51 |
| المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمات الصحية..... | 55 |
| المطلب الأول: مفهوم وتطور الجودة..... | 55 |

| | |
|----|--|
| 56 | الفرع الأول: تعريف الجودة..... |
| 62 | الفرع الثاني: التطور التاريخي للجودة..... |
| 73 | الفرع الثالث: مراحل تطور مفهوم الجودة..... |
| 74 | المطلب الثاني: مفهوم الخدمة الصحية..... |
| 75 | الفرع الأول: تعريف الخدمة وخصائصها..... |
| 77 | الفرع الثاني: علاقة الصحة بالصحة العمومية..... |
| 79 | الفرع الثالث: أبعاد جودة الخدمة الصحية وخصائصها..... |

الباب الأول: إسهامات فواعل الحكامة وأهم الإستراتيجية الحديثة

للتحسين من جودة الخدمات الصحية

الفصل الأول: إسهامات فواعل الحكامة الصحية بالجزائر

| | |
|-----|---|
| 93 | المبحث الأول: الدولة..... |
| 93 | المطلب الأول: السلطات المركزية للقطاع الصحي..... |
| 94 | الفرع الأول: الحق في الصحة من منظور القانون 16-01..... |
| 95 | الفرع الثاني: دور الوزير في ترقية الصحة العمومية..... |
| 97 | الفرع الثالث: تطور التنظيم الإداري المركزي من اجل حكامه الإدارة الصحية..... |
| 104 | الفرع الرابع: اللجان الوطنية المساهمة في صنع السياسات الصحية..... |
| 109 | المطلب الثاني: الجماعات المحلية كمساهم في تقديم الخدمات الصحية..... |
| 109 | الفرع الأول: المصالح الصحية على مستوى إدارة عدم التركيز..... |

فهرس المحتويات

- 113..... الفرع الثاني: المصالح الصحية على مستوى الإدارة اللامركزية بالولاية.
- 114..... الفرع الثالث: المصالح الصحية على مستوى إدارة اللامركزية بالبلدية.
- 116..... المطلب الثالث: علاقة الحكامة الصحية بالسلطات المركزية واللامركزية.
- 117..... الفرع الأول: علاقة الحكامة الصحية بالسلطات المركزية.
- 120..... الفرع الثاني: علاقة الحكامة الصحية بالسلطات اللامركزية.
- 124..... الفرع الثالث: دور اللامركزية في تأسيس النمط التعاقدى كضمان للحكامة الصحية.
- 134..... المبحث الثاني: المجتمع المدني و القطاع الخاص.
- 135..... المطلب الأول: المجتمع المدني كإطار لتحقيق الصالح العام في المجال الصحي.
- 135..... الفرع الأول: مدلول المجتمع المدني.
- 137..... الفرع الثاني: دوافع البروز المعاصر للمجتمع المدني.
- 142..... الفرع الثالث: المرتكزات الإجرائية لمساهمة المجتمع المدني في تحسين جودة الخدمات الصحية.
- 145..... المطلب الثاني: القطاع الخاص و دوره لتحقيق الصالح العام في المجال الصحي.
- 146..... الفرع الأول: الهياكل الصحية للقطاع الخاص.
- 154..... الفرع الثاني: الهياكل الصحية شبه العمومية.
- 156..... الفرع الثالث: المسؤولية الإجتماعية للقطاع الخاص.
- 157..... المطلب الثالث: دور فواعل الحكامة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

158.....الفرع الأول: دور المجتمع المدني في عقلنة إدارة الشأن الصحي العام

161.....الفرع الثاني: دور القطاع الخاص في تطوير الخدمات الصحية

الفصل الثاني: الحكامة وأهم الإستراتيجيات الحديثة للتحسين

من جودة الخدمات الصحية

167.....المبحث الأول: الحكامة والحد من الفساد للتحسين من جودة الخدمات الصحية

167.....المطلب الأول: الفساد مفهوم وطبيعة وأنواعه

167.....الفرع الأول: تعريف الفساد

175.....الفرع الثاني: أنواع الفساد

184.....الفرع الثالث: الآثار السلبية للفساد

190.....المطلب الثاني: الفساد الإداري بالمرافق العمومية الصحية

191.....الفرع الأول: تعريف الفساد الإداري وخصائصه

193.....الفرع الثاني: أنواع ومظاهر الفساد الإداري بالمرافق الصحية

195.....الفرع الثالث: معالم الفساد الإداري في المستشفيات العمومية

207.....المطلب الثالث: إستراتيجية الوقاية من الفساد في القطاع الصحي

207.....الفرع الأول: الحكامة والحد من الفساد في القطاع الصحي

213.....الفرع الثاني: مكامن الفساد في القطاع الصحي الجزائري

فهرس المحتويات

- 222..... الفرع الثالث: تنشيط فرص الإصلاح والحد من الفساد.....
- 225.....المبحث الثاني: الإدارة الإلكترونية للتحسين من جودة الخدمات الصحية.....
- 226.....المطلب الأول: ماهية الإدارة الإلكترونية.....
- 226.....الفرع الأول : مفهوم الإدارة الإلكترونية.....
- 228.....الفرع الثاني: خصائص الإدارة الإلكترونية الصحية.....
- 229.....الفرع الثالث: متطلبات تطبيق الإدارة الإلكترونية.....
- 232.....الفرع الرابع: معوقات تطبيق الإدارة الإلكترونية في المؤسسات الصحية.....
- 234.....المطلب الثاني: علاقة الإدارة الإلكترونية على المرفق الصحي العام.....
- 234.....الفرع الأول: المرفق الصحي العام.....
- 236.....الفرع الثاني: أثر نظام الإدارة الإلكترونية على المرفق الصحي العام.....
- 239الفرع الثالث: الإدارة الإلكترونية وأفاق ترشيد الخدمة الصحية.....
- 242.....الفرع الرابع: تأثير الإدارة الإلكترونية على المرفق الصحي العام.....
- 244.....المطلب الثالث: تجربة الإدارة الإلكترونية الصحية الجزائرية.....
- 244.....الفرع الأول : إرهاصات التحول الإلكتروني في الجزائر.....
- 246.....الفرع الثاني: إشراك القطاع الخاص في مبادرة الإدارة الإلكترونية الصحية.....
- 248.....الفرع الثالث: الخدمات الصحية الإلكترونية.....

الفرع الرابع: الأنظمة الإلكترونية الصحية بالجزائر.....250

الباب الثاني: آلية الحكامة الصحية بالمستشفيات الجزائرية لتحقيق

جودة الخدمات الصحية.

الفصل الأول: تحديات ورهانات تفعيل آلية الحكامة الصحية للتحسين

من جودة الخدمات بالمستشفيات الجزائرية.

المبحث الأول: المستشفى كفاعل أساسي لتحقيق جودة الخدمات الصحية.....258

المطلب الأول: مفهوم المستشفى و تطوره.....258

الفرع الأول: التطور التاريخي.....258

الفرع الثاني: مفهوم المستشفى.....261

الفرع الثالث: تصنيف المستشفيات.....263

المطلب الثاني: النظام القانوني لمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية و مؤشرات قياس كفاءة

استخدامها.....267

الفرع الأول : أنواع مؤسسات الصحة العمومية.....267

الفرع الثاني: الطبيعة القانونية والتزامات مؤسسات الصحة العمومية وتطبيقاتها.....272

الفرع الثالث: قياس كفاءة إستخدام المستشفيات.....276

المطلب الثالث: الرقابة وجودة الخدمات الصحية.....284

الفرع الأول: تعريف الرقابة.....284

فهرس المحتويات

- 285..... الفرع الثاني: أهداف وأهمية الرقابة في المستشفيات.
- 287..... الفرع الثالث: مقومات الرقابة الفعالة في المستشفيات.
- 288..... المبحث الثاني: رهانات تطبيق آلية الحكامة الصحية.
- 289..... المطلب الأول : النظام الصحي ومشروع الإصلاحات.
- 289..... الفرع الأول: تطور النظام الصحي الجزائري.
- 293 الفرع الثاني: مشروع إصلاح المستشفيات وأهدافه.
- 296..... الفرع الثالث: العراقيل والتدابير المقترحة للنظام الصحي في الجزائر.
- 299..... المطلب الثاني: متطلبات تجسيد آلية الحكامة وتأثيرها على جودة الخدمات الصحية.
- 300..... الفرع الأول: متطلبات تجسيد الحكامة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- 306..... الفرع الثاني: حتمية إصلاح المنظومة الصحية من منظور الحكامة.
- 311..... الفرع الثالث: تأثير آلية الحكامة على جودة الخدمات الصحية.

الفصل الثاني: واقع الحكامة وجودة الخدمات الصحية من خلال الدراسة

الميدانية

- 314..... المبحث الأول: الدراسة الميدانية.
- 314..... المطلب الأول: تقديم عام لميدان البحث.
- 315..... الفرع الأول : التعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية أولاد جلال.

فهرس المحتويات

الفرع الثاني: تنظيم المؤسسة الإستشفائية العمومية عاشور زيان أولاد جلال.....318

المطلب الثاني: حصيلة نشاطات المؤسسة الإستشفائية العمومية أولاد جلال لسنة 2016..322

المبحث الأول: عرض و تحليل نتائج الدراسة.....328

المطلب الأول: مجالات الدراسة الميدانية وحدودها.....328

المطلب الثاني: تحليل نتائج إستبيان المرضى.....329

المطلب الثالث: تحليل نتائج إستبيان الأطباء والشبهه الطبيين.....341

المطلب الرابع: خلاصة واستنتاجات.....362

خاتمة:.....373

ملخص

.....Résumé

قائمة المصادر والمراجع:.....375

الملاحق:.....

فهرس المحتويات:.....