

**الحكامة الاستشفائية: قراءة في الآليات التسييرية الحديثة للمؤسسة
الاستشفائية في بعض التجارب الدولية**

Hospitals governance: New management mechanisms of
hospital in some international examples

كنزة مغيث¹، جامعة الجزائر 3
Kenza.meghiche@yahoo.fr
ضربان وليد، ط.د، جامعة الجزائر 3
waliddorbane3@gmail.com

تاريخ الإرسال: 2019/02/05 تاريخ المراجعة: 2019/02/05 تاريخ القبول: 2019/05/27

ملخص:

تكرس الدولة الحديثة مبدأ محورية المواطن في تسيير شؤونها العمومية، ما جعلها تسعى لتكريس حقه في الصحة ضمن الأهداف الإستراتيجية للتنمية الوطنية للدولة، واحتلال الصحة مكانة هامة ضمن مسارات إصلاح الدولة وتجلي ذلك بوضوح بداية الألفية من خلال ارتفاع الميزانيات الصحية في مختلف دول العالم؛ ورغم الجهود المبذولة وأمام ارتفاع الطلب الذي يشهده القطاع، وارتفاع مستويات التلوث، وظهور أنواع جديدة من الأمراض، وندرة الموارد المالية للدولة أصبح البحث عن آليات تسييرية أكثر نجاعة للمؤسسات الاستشفائية أكثر من ضرورة على خلفية الانتقادات التي طالت فلسفتها التسييرية حتى الآن.

و المؤسسة الاستشفائية مؤسسة مركبة تميل نحو التعقيد والتعدد مما فهي مركب خدماتي مسؤول عن تقديم خدمات صحية متكاملة: تشخيصية علاجية، تعليمية وبحثية تتزايد أحجامها تواكباً مع التقدم التقني والصحي؛

¹ - المؤلف المراسل

ونظام تسييري وإداري قائم بذاته، مما أدى إلى ظهور ما يعرف بالحكامة الاستشفائية في الدول المتقدمة.

يحاول المقال تحليل أهم الإجراءات المتخذة في دول منظمة التعاون والتنمية من أجل إدماج القطاع الصحي في منطق الحوكمة من خلال تطوير قواعد عمل المستشفى العمومي وترقية قيادته وتطوير مساراته القرارية ودمجها في منطق القيادة الإستراتيجية والتسيير المشاركة. سيحاول المقال تقديم عرض الأمثلة عن أهم القرارات المتخذة في القطاع في الجزائر على ضوء تلك التجارب.

الكلمات المفتاحية: الحكامة الاستشفائية، إعادة الهيكلة، إعادة التركيب الاستشفائي، الخرائط الصحية، الخدمة الصحية.

Abstract:

At the beginning of the new millennium the modern states gave high priority to health sector directing its endeavors to place citizens at the centre of its public policies, that appeared through the increase of budget allocated for that sector and national strategic objectives aimed to ensure right to health, despite the efforts made to improve health care a modern effective management mechanisms of (public) hospitals and health centres are required owing to criticism against the old management mechanisms because of the increased demand for health services, gaps between the needed and available resources and the new challenges (pollution and new types of disease appeared). health institution tends to be multiple and complex, it is responsible for providing integrated health care services (diagnostic, therapeutic, educational, research) increased as result of health and technical progress which has led to the emergence of so-called hospital governance in developed countries. this article attempts to analyze the most important measures taken by the OECD countries to integrate health system into good governance practices through best practices for public hospitals and health centres, improve, enhance and modernize the concepts of strategic and participatory management, the article contains some examples of the Algerian experience in that sector.

.Keywords: Hospital governance, Restructuring, Health Maps, Rehabilitation Hospital, Health service

مقدمة:

تعتبر الصحة من حقوق الإنسان الأساسية التي تطرق إليها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، ويعتبر المستوى الصحي للفرد والجماعة بذلك من الأهداف الرئيسية للتنمية الوطنية للدولة عبر سياساتها العمومية، من خلال السعي المتواصل لتوفير الخدمات الصحية الضرورية على الأقل، على اعتبارها مؤشرا قويا على مستوى تقدم أو تخلف الدولة.

وتعد المؤسسة الاستشفائية مؤسسة مركبة وتميل نحو التعقيد والتعدد، فهي مركب خدماتي مسؤول عن تقديم خدمات صحية متكاملة، تشخيصية، علاجية، تعليمية وبحثية؛ ونظاما تسييريا وإداريا يستخدم موارد بشرية وفنية ومادية ومالية، تتزايد أحجامها وقيمها تواكباً مع التقدم التقني والصحي. يضم القطاع الصحي مجموع هياكل "جامعية" ذات مصالح جد متخصصة، من جراحة القلب إلى وحدات زرع الأعضاء، مروراً بمصالح البحث الجيني...، ويضم أيضاً عيادات خاصة بميزات رفاهية وتجهيزات عالية موجهة لفئات متعددة بالمجتمعات الغنية والوسطى، وهياكل استشفائية محلية وجوارية قد لا يتعدى عدد أسرته 10 أسرة في بعض الحالات، وتتمثل الحلقة المركزية للنسيج الاستشفائي للدولة قبل هذا وذلك في مستشفيات عامة كبيرة تسمى المراكز الصحية في فرنسا، والمستشفيات القطاعية في بريطانيا *hospitals de District*. مما يصعب تصنيف المؤسسة الاستشفائية في قالب واحد متجانس، لاسيما أن مختلف التجارب العالمية ومن خلال الممارسات الواقعية أثبتت وجود مستشفيات عمومية تسييرها منظمات خاصة، وخدمات خاصة حاضرة في المجال الصحي العمومي، ومواطنون تتكفل الدولة بعلاجهم مستقبلين في عيادات خاصة. ناهيك عن مستوى جودة الخدمات الصحية الذي يعدّ بارومتر أساسي لقياس درجة تقدم القطاع في مجال إدارة المستشفيات وتسييرها حيث ترتبط بأهم جانب من جوانب حياة الإنسان وهي صحته.

ومنذ 2000 تعرف الميزانيات الوطنية عبر العالم ارتفاعات محسوسة في مجال النفقات الصحية، ويندرج ضمن هذه النفقات أساسا التكنولوجيات الحديثة في مجال الطب والمواد الصيدلانية، وارتفاع النشاطات المتعلقة

بالتشخيص المرتبطة بالتنامي الملحوظ في حظيرة أجهزة الأشعة المغناطيسية IRM ، وتسويق أدوية مكلفة ، وتطور النشاط الجراحي ، الذي قابله تزايد حوادث الطرقات ، ونسب التلوث.

وأمام التحديات التي يعرفها القطاع الاستشفائي على وجه الخصوص والصحي عموما وأمام الضغوطات المالية والثغرات التنظيمية والتسييرية ، ما هي أساليب التسيير الحديثة التي جاءت لنجدة القطاع؟ ما هي أهم مبادئ الحوكمة التي أخذت بها أهم التجارب الدولية في هذا الميدان؟ كيف يمكن للتجربة الجزائرية الاستفادة منها؟

وسنحاول الإجابة على هذه الأسئلة في دراستنا هذه عبر محورين رئيسيين:

المحور الأول: تكيف المؤسسة الاستشفائية مع عالم متحرك

المحور الثاني: الحكامة داخل المؤسسات الاستشفائية: بعض الآليات.

1. تكيف المؤسسة الاستشفائية مع عالم متحرك

تهدف الإصلاحات الجارية في مجال سير عمل الأنظمة الصحية اليوم بصورة أساسية إلى ضمان الاستفادة الحسنة من العلاج ، مراقبة مستوى النفقات وتطوير الأداء (النجاعة) في القطاع ، لاسيما مسألة كفاية(*) الخدمات الصحية للمستشفيات ، حيث لا يزال الطلب في القطاع أعلى مستوى من العرض كما

(*) معيار الكفاية efficiency هي العلاقة بين النتائج والوسائل ، من خلال الكفاية ، نساءل هل العلاقة بين النتائج والوسائل مقبولة أم لا؟ نقوم العلاقة بين الوسائل الموضوعية/ النتائج المحققة في الفعل العمومي أي = العلاقة بين الموارد التي تم استثمارها والآثار. يتساءل المقوم من خلال هذا المعيار: هل يمكن الوصول إلى نفس الآثار بموارد أقل؟ هل يمكن أن نعمل حسنا بتكاليف أقل؟ وهل يمكن ضمان قدر أكبر من النتائج بنفس الوسائل؟ ولا يجب الخلط بين الكفاية والفعالية حيث يمكن أن تكون السياسة كافية من دون أن تكون فعالة (التسيير الحسن لأهداف غير ملائمة) أو فعالة من دون أن تكون كافية (التسيير السيئ لموارد ذات أهداف جيدة).

تشير إلى ذلك بوضوح قوائم المواعيد. ومن أجل ضبط المعادلة (عرض/طلب) كان ينبغي الاستجابة لهدف مزدوج:

□ ضمان استفاة عادلة من "علاج ذو جودة"، علاج نوعي من جهة من دون قوائم انتظار،

□ ضمان الكفاية الاقتصادية للنسق الصحي ككل، وبالتالي تضادي التبذير في الموارد .

هدف مزدوج معادلته صعبة التحقيق، تتعايش فيه عدة جماعات يحكم بينها منطق السوق من جهة، المنطق التكنولوجي (التنظيمات المكلفة بالدفع)، المنطق المهني (الأطباء ومهني القطاع)، المنطق السياسي للدولة. لقد أظهرت مختلف الإصلاحات الجارية بالقطاع الصحي في الدول الأوروبية مستوى التعارض الذي يمكن أن يخلقه هذا التعدد من حيث تفضيل البعض لمنطق الكفاية الاقتصادية والبعض الآخر لخدمات علاجية أحسن، لاسيما أن الاحتياجات الصحية والطلب على العلاج ومعها النفقات الصحية في كل الدول تقريبا وفي الدول المتقدمة على الخصوص لا تتوقف وترتفع بسرعة تفوق الاقتصاد، هذا ما اجبر -ولا زال - مسؤولي القطاع على خلق اطر تمويل جديدة أو الرفع من نسبة المساهمات المالية للمستفيدين من الخدمة .

في مقاطعة الكيبك الكندية، تقرر خلال التسعينيات التقليل من عدد الأسرة من 1000/4.5 ساكن إلى 1000/2.5 ساكن سنة 1997، وقررت مقاطعة مونتريال غلق تسع 9 مستشفيات عمومية في ثلاث 3 سنوات، كما قررت مقاطعة توسكان في ايطاليا في تجربة إبداعية خلق مستشفيات سكنانية صغيرة(*) يسيرها أطباء عامون، بهدف التخفيف من الضغط الموجود على مستوى المستشفيات التقليدية، وتم فتح فرص للاستشفاء المنزلي .

في السويد تم إدماج مستشفيات جامعيين كبيرين للحد من التكاليف الملقاة على عاتق الميزانية العمومية. أما بريطانيا فلقد تمكنت من امتصاص عدد هام

(*) Petits Hôpitaux Communautaires.

من «قوائم الانتظار» من خلال خلق مركزين للتشخيص والمعالجة والجراحة المتنقلة DTC ، وشرعت إسبانيا منذ 2000 في التنازل عن الخدمة العمومية للقطاع، وعن مسألة تسيير المستشفى العمومي والعلاج الأولي (الإسعاف) لصالح هيئات تجارية خاصة، متمركزة في إقليم محدد .
أما في الولايات المتحدة الأمريكية نتج عن إعادة هيكلة المستشفيات العمومية لنيويورك بداية التسعينيات انخفاض محسوس في نسبة الاستشفاء التقليدي، تم تعويضه بتطوير الطب المتنقل، ترجم عمليا بعودة غير مسبوقه للتوازن المالي للقطاع من خلال التخفيض من نسبة 20 ٪ من الأجراء في القطاع. في ألمانيا وعقب حصيلة للقطاع تم وضع المستشفيات العمومية الكبرى للبيع من طرف السلطات المحلية وتم شراؤها من طرف القطاع الخاص التجاري (Mordelet, 2006, p 04).

تقوم السياسة الصحية في مختلف هذه التجارب على مبدأ تزكية العلاج الأولي الإسعاف ومبدأ العلاج المتنقل للمرضى لاسيما فئة المسنين منهم، لإسعافهم بأماكن إقامتهم، مع ضمان العلاج الضروري وكلها إجراءات تقوم على التخفيف من حدة مبدأ الاستشفاء بالمستشفيات. لاسيما أن مستوى شيخوخة الفئات السكانية في أوروبا وعدد من دول العالم يتسبب في إفراز عدد من الاختلافات الوظيفية الهامة بالقطاع الصحي، لاسيما في مسألة اكتظاظ المصالح الصحية، وارتفاع نسبة الاستشفاء والعطل المرضية داخل المستشفيات، يصاحبه ارتفاع محسوس في نسب التقاط الميكروبات، حيث أظهرت بعض الإحصائيات أن 25 ٪ من المرضى بالمستشفيات الأوروبية كان يتم استقبالهم بصورة غير مبررة.

الاستشفاء المنزلي:

لقد قامت عدة دول غربية بتطوير عرض خاص بالخدمات الصحية بالمنازل مثل كندا، استراليا المملكة المتحدة، الولايات المتحدة...، وإذا كانت هذه الخدمات في بريطانيا أقل تقنية بل مجرد إسعافات أولية فإنها في فرنسا والولايات المتحدة جد تقنية (IRDES, 2005, p48) حيث كان الهدف من الاستشفاء المنزلي في بريطانيا أساسا هو التقليل من مدة الاستشفاء

بالمصحات من دون مبررات اكلينيكية مقنعة لكنه يمثل خدمة صحية أرقى من ما يسمى بالطب المتقل وقد مثل بديلا حقيقيا للعطل المرضية بالمستشفيات حيث عوضها ، لاسيما تلك التي لا تستدعي حالات معقدة. لقد مثل الاستشفاء المنزلي ما سمي بالطب الوسيط أو الفحوص الوسيطة (خدمة صحية جديدة) التي يتم تقديمها في هذه الدول ضمن التدخلات الصحية والاجتماعية للفئات الهشة لاسيما المسنة منها.

في الحالة الأولى يقوم الأطباء بالتقرب المنتظم من المريض ويتم ضمان الخدمة الصحية من طرف فريق متكامل يضم ممرضين وتوابع ... في الحالة الثانية يتدخل الأطباء في الحالات الاستعجالية فقط أما الخدمة الاجتماعية فيتكفل بها طرف خارج الفريق الطبي القائم وهم عموما ممرضين بالمقاطعات المعنية مهنيين ... تحت إشراف الفريق. حسب تحقيق ميداني سنة 1996 عرف هذا النوع من التدخل منذ منتصف التسعينيات تطورا سريعا في بريطانيا وفي بلاد الغال حيث تطورت فحوص العظام والفحوص ما بعد الجراحية... (DURAND, 2010, p15).

2. الحكامة داخل المؤسسات الاستشفائية: بعض الآليات

ناهيك عن جهود القمة العالمية للصحة في تطوير منطق الحكامة في القطاع الاستشفائي، قامت مجموعات وفرق بحث متعددة الجنسيات بمبادرة من الجامعات الانكلوساكسونية لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية OCDE والبنك الدولي، بإنجاز أبحاث حول حكامة المؤسسة في مجال تسيير المصالح الصحية داخل المستشفيات (تخصص معهد الحكامة)، وفي تنمية الامتياز في الحكامة الاستشفائية.

كانت المبادئ التي دافعت عنها هذه الجماعات Think Thanks، مستلهمة مباشرة من قواعد الحكامة داخل المؤسسة في القطاع الخاص التجاري، بقصد تطوير العناصر الأساسية لنظام الحكم الراشد وتطبيقها داخل المستشفى. واقترح أصحاب المبادرة خلال ذلك تغيير تعبير الممولين shareholder بتعبير

الشركاء stakeholder، والذي يضم الفاعلين الداخليين والخارجيين الأساسيين المندمجين في تسيير وتنظيم عمل المستشفيات.

أكدت هذه الأبحاث والدراسات أن تعقد عمليات الإدارة والتنظيم وتشعب المشكلات الاجتماعية والصحية في العصر الحالي ألزم إعادة النظر في تلك الأساليب المتداولة، وضرورة إدماج مقاييس خاصة بتسيير السياسات الصحية في برامج تكوين الأطباء والشبه طبيين، وإنشاء معاهد خاصة بالتربية الصحية وترقية الصحة الوطنية لتطوير الحملات التي تستهدف السكان لإعلامهم حول المخاطر الاجتماعية والبيئية الجديدة، مما يضمن مشاركتهم الفعالة في التصدي للآفات والمخاطر التي تهددهم. (DURAND, 2010, p22)

. كما دعت تلك الاقتراحات إلى الانتقال من منطق توفير التجهيزات إلى توفير الخدمات وترقية الجراحة في المراكز الصحية الصغرى ومتابعة الأمومة في حالات الحمل الخطيرة...، إنها فلسفة الطب الجوّاري التي تسمح بتوفير العلاج الأولي وتقديم اللقاحات للفئات الهشة من السكان. إن خيارات مثل هذه من شأنها تزويد القطاع بمرونة أكبر وفاعلية وقدرة على التحرك في المدى القصير وسرعة في الاستجابة للتحديات الصحية الناشئة، وانتهاج سياسة صحية خاصة بالخدمات تتسم بتنظيم حركة المرضى من خلال مسار علاجي يسيره الطبيب المعالج أو طبيب العائلة، ومنح الطبيب دور أساسي في توجيه المرضى، مما يزيد من نسبة الفعالية مقابل التكلفة.

وتتدرج الحكامة الاستشفائية الجديدة وحوكمة المؤسسة ضمن أفكار ومبادئ التسيير العمومي الحديث NPM، التي تقوم على مفهوم السوق وكيف يؤثر على الإدارة العمومية^(*). ويمكن قياس أهم آليات الحوكمة في القطاع من خلال المجالات الآتية:

(*) للتفاصيل حول مفهوم الحكامة أنظر:

MAZOUZ Bachir et LECLERC Jean (2006), Gestion intégré par résultats: concevoir et gérer autrement la performance dans l'administration publique, Canada: Press de l'université du Québec.

1.2 في مجال القيادة والتسيير:

تبنت الدول الأوروبية ودول أمريكا الشمالية OCDE، بناء على توصيات خبراء البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، نظاما تسييريا وقانونيا جديدا للمستشفى العمومي، في إطار مفاهيم أساسية جديدة حول الحوكمة الاستشفائية، وعلى اختلاف تسمياتها مثل Fundacion، Consorcio، Empresa Publica بالاسبانية أو Public Company في السويد، أو FoundationTrust في بريطانيا، وفي البرتغال ما يعرف بـ «Socieda de Exclusivement Publicos»، فإنها تملك نفس التوجهات ونفس المبادئ المستلهمة من مدرسة الماناجمنت العمومي الحديث NPM مع بعض التفاصيل الصغيرة.

فإذا كانت الدولة في البرتغال تملك الشركات المسماة "anonymes" برأس مال عمومي خالص، فإنها في اسبانيا تمنح الملكية الاجتماعية للمؤسسات العمومية الاستشفائية إلى مجموعات مستقلة، أما Foundation Trust البريطانية فإنها في وضع متميز، تملك فيه السلطات المحلية الملكية الاجتماعية ويتم ترجمتها واقعيا من خلال تمثيل هذه السلطة المحلية في مجلس إدارة المستشفيات.

يمكن للنظام المحاسبي والمالي أن يكون عمومي أو خاص حسب القوانين الأساسية، أما كفاءات التمويل والتسعيرات فإنها تتأتى من الميزانية الكلية لتسعيرة النشاط، أو من نموذج مختلط. الفصل بين الشراء والخدمات وبين قواعد السوق والمنافسة، ليست مطبقة كثيرا في البرتغال واسبانيا مثلا، في حين طوّرت بريطانيا وإيطاليا والدول الشمالية مبادئ المنافسة بين أصحاب الخدمة.

في الجزائر مع إعادة رسم الخريطة الصحية 2007، ونظرا لمواجهة النظام الصحي ذو الطابع الإداري للعديد من الصعوبات نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع المعطيات الجديدة وعدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وتسجيل عجز في الحماية الاجتماعية، وعدم التحكم في نمو النفقات الصحية وتسيير المؤسسات الصحية، يقترح القانون إعادة النظر في

إجراءات المحاسبة العمومية التي أصبحت تثقل مجال التسيير ولا تسمح بالمرونة وبسرعة التدخل، ولا تسمح أصلا بالتعرف على مستوى تكاليف الخدمات التي تقدمها (CREAD, 1999)، فأشكالية حساب التكاليف الصحية، من الأسباب التي دفعت إلى ضرورة تبني نظام المحاسبة التحليلية كوسيلة ناجعة كما برهنت عليه تجارب سابقة لدول استعملت بهذه الآلية للمراقبة والتحكم في حجم النفقات، في كل القطاعات العمومية بما فيها القطاع الصحي. تسمح هذه المحاسبة التحليلية ومعها محاسبة التسيير بتقييم نجاعة النشاطات والهياكل ومدى التوافق بينهما، وأيضا مدى تلاؤمهما مع التحولات الاقتصادية. في المشروع يقترح تبني نظام ثلاثي في المحاسبة يتكون من: المحاسبة العمومية، المحاسبة التحليلية، محاسبة التسيير^(*).

لقد لجأت اغلب الدول المتقدمة في أمريكا الشمالية وأوروبا لوضع مجالس إدارة للتحرر من التأثير القوي للقيادة السياسية، وتبني ثقافة تسييرية للقطاع الخاص، ثم عملت على تطوير شراكة حقيقية بين العمومي / الخاص، وخلال ذلك يصبح من الأنجع خلق مجالس إدارة مستقلة وقوية مع خلق توازن في السلطة بين هذا المجلس والإدارة العامة. يعمل مجلس الإدارة بالمبادئ الآتية:

- لامركزية المسؤوليات، والتحرر تسييريا من المستوى المركزي (الدولة)،
- خلق كيانات شبه مستقلة تملك استقلالية تسيير واسعة،
- تطوير كفاية المستشفى بتحريره من قواعد التسيير العمومي وقانون الصفقات العمومية،
- تطبيق إجراءات دفع وتخصيص للموارد قائمة على النشاط وعلى النجاعة،
- مضاعفة سلطات ومؤهلات القادة وتطوير أدوات التسيير.

(*) للتفاصيل انظر:

Décret exécutif n14-106 du 12 mars 2014 portant la mise en place de la Comptabilité de Gestion au sein des Établissement Publics de Santé, JO n° 15 du 19 mars 2014.

وبذلك يتجاوز دور مجلس الإدارة مجرد الرقابة بل يتحوّل إلى قمة استراتيجية تضم كفاءات في مختلف الميادين. وحسب منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية OCDE يجب على مجالس الإدارة أن تضم المجالات الخمس الآتية:

- الماناجمنت الاستراتيجي Management Stratégique ،
- الرقابة على الأداء أو النجاعة داخل التنظيم Contrôle de Performance
- ضمان الجودة في مجال الخدمات والنشاطات الإكلينيكية Démarché equalité ،
- ضمان العلاج وتسيير المخاطر Gestion des Risques ،
- توقعات الميزانية السنوية والرقابة المالية.

وبذلك يتحوّل مجلس الإدارة إلى هيئة قيادة pilotage ، مدمجة كلياً في حكمة المستشفى مع المدير العام وفريقه. ويتجسد الحكم الراشد كلية في القدرة على خلق التوازن في السلطات بينهما ، يكون الأول مكلف بالنشاط والثاني بكل ما هو توجهات كبرى ورقابة. ولعل الشرط الضروري للسير الحسن لهذا الثنائي القيادي هي الثقة المتبادلة والتي تكمن في أن المدير العام يوظف من طرف مجلس الإدارة ، بناء على "عقد" بين الطرفين. تعبر هذه المجالس نوعاً ما عن الجماعة العمومية المالكة ما عدا في إيطاليا التي يعين فيها مدير عام كشخصية مادية من طرف السلطات المنتخبة في المنطقة اللامركزية ، ويعبر ذلك عن رغبة غالباً ما تكون سياسية لمراقبة المؤسسة الاستشفائية التي ينظر إليها كرهان سياسي هام.

ولعل تحليل مختلف نماذج التسيير الاستشفائية الحديثة يبين وجود نوعين كبيرين من القيادة بحسب النظام المحاسبي والمالي ، وبحسب إدارة الموارد البشرية. فعندما يتدخل القانون الخاص في مجال المالية والتوظيف يقترب المستشفى العمومي من منطق سير وتنظيم المؤسسة ، مثل ما هو الحال مع المجموعات الإسبانية الخاصة fondations privées Espagnoles ، والمجموعات العمومية في السويد compagnie publiques Suédoises أما في

مجال تسيير الموارد البشرية فإن الحرية والمرونة هما أهم مسارين في مجال تسيير الموظفين (Mordelet, 2006, p 48)

2.2 في مجال إعادة الهيكلة وإعادة التركيب الاستشفائيين:

من الناحية العملية، تعني إعادة الهيكلة التقليص من القدرات الاستشفائية من خلال اندماجات، إعادة جمع أو حتى غلق بعض المستشفيات، لكنها قد تؤدي إلى بناء مؤسسات استشفائية جديدة وإلى تغيير في النشاط أو حتى تحويل النشاط إلى نشاط تعاون وتكامل في بعض مجالات التدخل الواسعة نسبيا. وتستدعي إعادة الهيكلة أن لا يكون التدخل إراداوي (volontariste)، ولا أن يكون عنيف وجد حذر، وأن يأخذ بعين الاعتبار البعدين التقني والسياسي معا. لاسيما في مسألة خلق مستشفيات جديدة وما يستلزمه ذلك من اعتبارات قانونية مرتبطة بالمؤسسة في حد ذاتها.

وتعني استقلالية التسيير والقرار خلال ذلك منح المستشفى ولمسيريه هامش تحرك واسع نسبيا في تنظيم وسير عمل التنظيم، لتطوير مستوى الفعالية والكفاية، لكن مقابل هذه الحرية يكون هؤلاء مسؤولين أمام القيادة السياسية عن النتائج المحققة، حيث تتعلق هذه الاستقلالية بالتسيير الداخلي وتحديد الأهداف. ومن خلال متابعة ما حدث مع دول الاتحاد الأوروبي وأمريكا الشمالية، سمحت إعادة هيكلة المستشفيات في شكل حركة إعادة تركيب العرض الاستشفائي بمتابعة الأهداف الآتية:

- ضمان الحصول على علاج عادل وذو نوعية من دون قوائم انتظار،
- ضمان الكفاية الاقتصادية للنظام الصحي من خلال تفادي تبذير الموارد،

□ التحكم أفضل في النفقات الاستشفائية.

وتمكنت هذه الدول انطلاقا من القواعد الجديدة في الحكامة التي جمعت بين استقلالية التسيير واستقلالية التنظيم والعمل، وانطلاقا من منطلق السوق والمنافسة من جهة، وفصل واضح بين الخدمة والبيع، من تنظيم المستشفيات

ضمن منطلق شبه سوقي، افرز عدة أصناف من المؤسسات الاستشفائية^(*). مع هذه الوضعيات القانونية الجديدة، لم يتحول المستشفى العمومي إلى " مؤسسة " بل أصبح يعمل مثل المؤسسة، من خلال استعمال نفس التقنيات ونفس أدوات التسيير، ومن خلال تبني نفس الثقافة في تطوير الإنتاجية والنجاعة.

في ألمانيا مثلاً يتم تسيير المستشفيات العمومية أكثر فأكثر في شكل شركات ذات مسؤوليات محدودة، وكان هدف السلطات المحلية في ذلك تجاوز تحمل أعباء عجز سنوي لمستشفياتها العمومية، لذلك تم تحويلها إلى شركات ذات مسؤوليات محدودة، لتحمل مسؤولياتها وتطوير أدائها وتحقيق التوازن في حساباتها من دون أن يكون هدفها ربحي. أما في مقاطعة باد - وورتمبرغ Bade-Wurtemberg قامت المجموعات المحلية بالتجمع من اجل خلق مؤسسة ذات مسؤوليات محدودة مكلفة بتسيير عدة مستشفيات عمومية لحساب هذه المجموعات المحلية مع الاشتراك فيها. في مقاطعات أخرى قامت البلديات ببيع مستشفيات عمومية كبرى في حالة عجز عبر صفقات عمومية، نهاية 2005 تم في Landde Hesse ببيع مستشفى جامعي كبير لصالح القطاع التجاري. وعكس ما حدث مع البرلمان الاسباني، لم تعرف ألمانيا تلك النقاشات الحادة حول ايجابيات وسلبيات خصوصية القطاع المدعومة من طرف الليبراليين والمرفوضة من طرف الاشتراكيين (Mordelet, 2006, p 84).

ومن اجل تطوير مستوى النجاعة في المستشفيات قامت بعض الدول بتطوير واختبار أنظمة إدماجية مع مبدأ الشمولية في مسألة التكفل، على شاكلة

^(*) مستشفيات حكومية تملكها الحكومة، تسييرها وطنيا ومحليا، لا تملك استقلالية مالية ولا قانونية، يكون قادتها وموظفيها بذلك موظفين.

مستشفيات عمومية مستقلة، تملكها الحكومة لكن تتمتع باستقلالية هامة في التسيير يمكنها أن تملك الشخصية المعنوية والوضعية القانونية المستقلة، التي تسمح لها بالتفاوض حول عقود مع شركات التضامن ومراكز الدفع مثل مراكز Trusts البريطانية. مجموعات استشفائية اقليمية: يتم خلالها تجميع المستشفيات بمنطقة جغرافية يسييرها مجلس ادارة واحد يمكن انتخابه او تعيينه من طرف الحكومة، يكون دوره اساسا كمجلس اقليمي هو تقديم امكانيات وفرض هامة للتسيق بين نفس مصالح عدة مستشفيات.

Caiser Permanente Californienne ، في 1999 قامت السلطات البرتغالية بخلق الوحدة المحلية للصحة التي أدمجت مستشفى Pedro Espano مع أربع مراكز صحية متواجدة بإقليمها ، أما إيطاليا فقامت الوكالات الصحية المحلية في كل مقاطعة بإدماج كل الهياكل والنشاطات والإسعافات الأولية وحتى المستشفيات تحت إدارة واحدة (Mordelet, 2006, p 94) .

لم يكن كافيا الأخذ بمنطق التسيير المطبق في القطاع الخاص من محاسبة مالية خاصة وقانون العمل الخاص ، الشخصية المعنوية والاستقلالية المالية والقانونية ، الخزينة المستقلة...فعلى الرغم من وضوح هذه القواعد إلا أن تطبيقها قد يخلق مشكل لاسيما عندما تمارس السلطة السياسية سلطة وصاية على هذه المستشفيات حتى من خلال مجالسها للإدارة .

الخرائط الصحية:

يمكن تقسيم الإقليم الصحي انطلاقا من عدة تصورات: المنطق الإداري (قطاع صحي أو مقاطعة سكانية) ، أو في شكل أحواض صحية (bassin de santé) ومع هذه التصورات نجد عموما ثلاث مستويات من التنظيم الإقليمي للعلاج: مستوى المنطقة بالمعنى الإداري للكلمة والحوض الصحي le bassin de santé أو منطقة الحاجة zone de besoins أو الحوض الجوارى le bassin de proximité ومنطق الخرائط الصحية هي عبارة عن مناطق احتياجات Des zones de besoins .

وتعني إعادة النظر في الخارطة الصحية الانتقال من منطق التقسيم الإداري للدولة إلى منطق الأقاليم الصحية التي تتميز بانسجام بين السكان في نمط العيش نوعية المهن والبيئة المحيطة. إنها تمكين للأقاليم الصحية كبيوت للصحة الجوارية maisons de santé أين يجد المريض العلاج الأولي والتوجيه المناسب في المناطق التي تتميز بعرض ضعيف للخدمة العلاجية وهذا لا يعني أن تتحول هذه الهياكل إلى مجرد بوابة للمستشفى بل مكان ذو وسائل وأهداف خاصة ، لا يعتمد فيه على مؤهلات مهني القطاع فقط بل يجب إشراك

مستعملي الهياكل وإقامة آليات رقابية تتجسد في مجالس إدارة ومجالس رقابة (Grangaud, 2012, p13).

تختلف هذه الأساليب من دولة إلى أخرى ففي دولة ذات نظام ممرکز تتطابق فيها الإدارات الصحية الفرعية مع التقسيم الإداري للدولة ويكون تقديم الخدمات نفسه في كامل أنحاء الدولة في حين الدولة ذات الطابع التساهمي توزع فيها الصلاحيات الإدارية على مؤسسات مختلفة منها العام والخاص والمهني ناهيك عن النظام الفدرالي الذي تدير فيه الحكومة إلا القليل من مؤسسات الرعاية الصحية.

إن بناء مخطط استشفائي متمركز على الحاجات يستلزم إعادة تنظيم التركيب الاستشفائي على أساس الأولويات والاحتياجات من أجل مزيد من المساواة من جهة، ومزيد من النتائج والفعالية، إنها جغرافيا استشفائية جديدة تستلزم تحديد الاحتياجات الحقيقية مما يستدعي إعادة النظر في حكمة القطاع ككل (Didier et Maryse, 2004, p101).

في الجزائر قامت السلطات العمومية بإعادة تنظيم قطاع الصحة عبر إعادة رسم الخريطة الصحية²⁰⁰⁷، والتي لم تعد تستجيب للتغيرات، من خلال المبادرة في نفس منطق إعادة الهيكلة التي عرفتها التجارب السالفة الذكر: من خلال خلق مقاطعات صحية، إصلاح نظام التمويل والنظام المحاسبي، تطوير نظام معلوماتي.

استهدف مشروع قانون المقاطعات الصحية^(*) المساهمة في التخفيف من الضغط الحاصل في المستشفيات الجامعية والمؤسسات الاستشفائية المختصة، التي لن تستقبل المرضى إلا بعد مرورهم على الهيئات الصحية الواقعة تحت وصاية كل مقاطعة.

(*) أرسلت وزارة الصحة مشروع القانون لكل مديريات الصحة للإثراء، وبعد عدد من المعاینات الإدارية واللقاءات الجهوية بين مهني القطاع تمت دراسة مواد القانون، من طرف مهنيي القطاع وجمعيات المرضى عبر تنظيم ورشات بحضور وزير القطاع ومدراء الصحة من أجل تقديم حوصلة حول الملاحظات المسجلة قبل الشروع في التطبيق

من أهم مقترحات المشروع خلق مقاطعات صحية تتمتع بالاستقلالية المالية، وتقع تحت الوصاية المباشرة للوالي، يديرها مجلس توجيهي يرأسه مدير عام ولائي ومدير على مستوى كل دائرة ويسير المجلس المؤسسات الصحية الواقعة في دائرة واحدة أو أكثر، باستثناء المؤسسات الاستشفائية الجامعية والمختصة ويتضمن المجلس تسعة أعضاء بينهم عضو من المجلس الشعبي الولائي، وآخر من المجلس الشعبي البلدي ورئيس المجلس العلمي. بالإضافة إلى ممثلين من وزارة المالية ومصالح الضمان الاجتماعي والعمال وكذلك الهيئات المختصة بتوفير الأدوية والجمعيات المهتمة بشؤون المرضى.

كما اقترح مشروع القانون إدخال تعديلات على بعض المناصب الإدارية مع إمكانية خلق أكثر من مقاطعة صحية داخل الدائرة الواحدة بحسب الاحتياجات، ومن أهم المهام الموكلة لهذه المقاطعات ترقية وضمان المتابعة الصحية محليا، وإمكانية عقد اتفاقيات شراكة مع القطاع شبه الطبي والتكوين، وأشارت إلى تقسيم كل مقاطعة إلى 3 وحدات صحية لكل منها مدير وبها طبيب منسق يساعده طبيب متابع سيكون بمثابة طبيب العائلة بحيث يتابع كل مريض في جميع مراحل العلاج.

هذا التنظيم الصحي الجديد (2007) من شأنه فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهو نوع من اللامركزية لتسهيل وصول العلاج وتقريب المستشفى والمؤسسة الصحية من المواطن وترقية العلاج القاعدي وتخفيف الضغط على المستشفيات، علاوة على فتح مناصب مالية لتوظيف كافة ممارسي الصحة لتحسين نسبة التأطير والتكفل بالهيكل الجديدة. ومنذ جانفي 2008 تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية (حاروش، 2008، ص 132). إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وسير المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، جاء ليحقق فكرة الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارجها وذلك لحل مشكل عدم التوازن في توزيع الموارد البشرية والمادية بين مختلف الهياكل الاستشفائية في مختلف جهات الوطن.

من الأهداف وراء تطبيق الخريطة الصحية الجديدة تعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها وتقريب الإدارة من المواطن حيث شهدت الاعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة تطورا مستمرا بلغت نسبة 76.70 في مشروع قانون المالية 2008 مقابل 58 خلال سنة 1999 (خروبي، 2010/2011، ص 50). وما تم انجازه خلال هذه السنوات الأخيرة من حيث عدد الأسرّة يمثل ربع ما انجز خلال 46 سنة حيث يبلغ 15500 سرير من دون احتساب خدمات القطاع الخاص.

3.2 في مجال التعقد التكنولوجي والتقني:

لقد أصبحت الإدارة الصحيّة متأثرة بمستوى التعقد التكنولوجي والتقني في القطاع والممارس في المستشفيات الحديثة مثل: العلاج بالأشعة، التصوير بالأشعة المغناطيسية، الطب النووي، الروبوتيك، ..تؤدي هذه التقنيات بالضرورة إلى تخصص أكبر وتمركز جغرافي للنشاطات والتجهيزات. هذا ما حدث مع ما يعرف بمراكز التشخيص والمعالجة DTC في بريطانيا والتي تعتبر كيانات مستقلة عن المستشفى متخصصة في العلاج المبرمج، عادة ما تكون متنقلة وتسمح بتكفل المستشفى بالعلاج الأكثر تعقيدا وخطورة.

أثر التعقد التكنولوجي على شروط وظروف عمل الفريق الطبي حيث أصبح الطبيب أكثر تخصصا وأقل استقلالية، طبيب مسؤول عن تجهيزات عالية التعقد تكنولوجيا، منشط فريق، مسؤول عن النتائج المحققة على المستوى الطبي -الاقتصادي، ومجبر على تقييم أدائه والرفع من معارفه ومستواه بصورة مستمرة؛ وجعل القيادة مجبرة على ضمان جودة الخدمات وكفاية المسار التنظيمي، مع مشكلة الموارد، ضرورة القيام بخيارات استراتيجية واقتصادية ذات اثر مباشر على المصالح الإكلينيكية مما يجعل القائد المسير في موقع حرج.

عام 2009 تمّ الاشتراط على الجزائر إطلاق مبادرة تعميم النظام المعلوماتي في قطاع الصحة كشرط لإجراء شراكة مع الاتحاد الأوروبي، وقد اختير المستشفى الجامعي لوهران كمؤسسة نموذجية للشروع في العملية، تتعلق

المعلومات بعدد المرضى المعالجين حسب المرض وفترة الاستشفاء ضمن قاعدة معلومات ضمن الملف الطبي الإلكتروني، ومعطيات حول المورد البشري في قاعدة بيانات أخرى. وكان ينتظر من النظام المعلوماتي وضع جهاز إنذار صحي على مستوى الوصاية ومخطط تسيير مكلف بالكشف عن النقائص المسجلة في القطاع واقتراح الحلول حولها.

4.2 في مجال جودة الخدمة الصحية:

تعني الجودة الصحية كيفية استخدام الموارد والقدرة على جذب المزيد منها لسد الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء، ويتطلب ذلك كفاءة تسييرية على المستوى الاستراتيجي، وعلى المستوى التنفيذي، والمستوى العملياتي، ويتطلب ذلك نمطا تنظيماً داخلياً جيداً وواضحاً في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام.

يساعد تطبيق نموذج الجودة الشاملة^(*) على تحديد سبل تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة ميتشيجن University of Michigan Hospital بأمریکا من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته 500.000 دولار أمريكي سنويا نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض، قبل أن يتم تحويله إلى

(*) في التسعينات انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة **Total Quality Management**، والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ وجوران وكروسبي والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية. وتعتبر عن درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة والالتزام بجودة المنتج المقدم لهم عن طريق البحث المستمر واختيار أفضل الطرق لإشباع حاجاتهم ورغباتهم.

الغرفة التي تخصه. وقد تمكن مستشفى وست بايسس فيري West Paces Ferry من تقليص معدل العمليات القيصرية والبالغ 22٪ من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من 10٪ وذلك باستخدام أسلوب المقارنات المرجعية Benchmarking، حيث تم خلال ذلك اختيار مستشفيات الدانمارك والتي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية 5٪، لتكون معيارا لعملية التحسين ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها، لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء. كذلك تمكن مستشفى جامعة ميتشغن University of Michigan Hospital من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة 30٪ نتيجة لتحسين جدولة استخدامهما (الأحمدي، 2000، ص 118).

ويعتبر مسعى الجودة démarche Qualité مسار شامل نسقي ومتواصل كفيل بترقية مستوى الثقة في نتائج النشاط، يقود المسعى إلى مناقشة مجمل الأفعال والتنظيم بطريقة جماعية لتحليل نقاط القوة والضعف، ترقية الايجابي منها ووضع اليد على مكامن الضعف. من أبرز النقاط في هذا المسعى وضع دليل مرافقة كيفية تطبيق المسعى وخلق منطلق من التقييم الذاتي d'autoévaluation. من خلال بناء مرجعية référentiel (FRAPS Centre, 2011, p 01).

باسم جودة العلاج والكفاية، عرف القطاع الصحي عموما والاستشفائي خصوصا عدة تغيرات مسّت:

- تسيير الموارد البشرية لتحفيز الطاقم الوظيفي والرفع من كفاءاته عبر التكوين وتقوية الحوار الاجتماعي؛
- تقوية النشاطات الصناعية واللوجيستكية والتوقف عند خيار "أن نفعل" أو "أن نترك الآخر يفعل لنا"
- تطوير خدمات فندقية واستقبالية مع الاهتمام بجودة المباني
- وضع نظام معلوماتي حقيقي، ملفات طبيّة وحيدة للمتابعة ومراجعتها دوريا وإدماجها في نظام الإعلام الآلي وإدماج مسعى الجودة

□ خلق هياكل جديدة للعلاج تكون في وسط الحلقة ما بين المستشفى وباقي المصالح الصحية

□ إعادة هيكلة النسق الصحي في شكل تجمعات regroupements، أو إدماجات Fusions، أو حتى عبر غلق لبعض المؤسسات الصحية (Béjean et Gadreau, 1992, pp. 30).

الخاتمة

من خلال ما سبق يمكن القول انه على الرغم من الوضعيات القانونية الجديدة التي تمّ تصورها لصالح المستشفى والمستلهمة من مبادئ الحكامة لتطوير السير الداخلي للمستشفى وتطوير مستوى كفايتها ونجاعتها، إلا أنها تقف عند حدود المستشفى ولا تأخذ بعين الاعتبار الطابع المندمج والشامل للنظام الصحي، فالخدمات الصحية بما فيها العلاج الأولي الاسعافي والمتنقل لا تمثل إلا جزء من مجمل الخدمات بدءا بالوقائية منها، أو تلك المتعلقة بالتربية الصحية مثلا. إن التنظيم الناجع هو تنظيم يسمح بحكامة شاملة ومندمجة لكل النشاطات العلاجية من الوقائي إلى المتابعة ومن نشاطات ترقية الصحة، إلى غاية العلاج الأدق تخصصا.

وإنه من الواضح أيضا أن أهم متغيرات القطاع الصحي تحددها عوامل خارج القطاع في حد ذاته لذلك من النجاعة أن يتم تصور إصلاحات بعيدة المدى في قطاعات أخرى من خلال: مكافحة التدخين والخمر، فرط التغذية، البيئة وبناء مستشفيات والبحث العلمي في اكتشافات علمية جديدة. لذلك فإن إصلاحات القطاع يجب أن تتم في إطار هذا النقاش متعدد الأطراف.

إن بناء نظام صحي ناجع اليوم يمر أولا بتطوير الحالة الصحية للفئات المجتمعية من خلال اللعب على المحددات التي تحدد مستقبل القطاع وحاضره مثل سياسة الوقاية، إعادة توجيه السياسات الغذائية، العنف، اللامعالة، الإقصاء الاجتماعي، مكافحة التدخين، حوادث المرور...، وأيضا نظام اتصالي جيد لإعلام المستهلك وتطبيق إجراءات تشجيعية في مجال المنافسة في سوق

الدواء، إقامة نظام للدفع يشجع الإنتاج وجودة الخدمة، الرقابة الدائمة على الأداء، نظام معلوماتي، المقارنات الدولية Benchmarking.

إن التغيير في القطاع يتم أولاً على مستوى السياسات العمومية وسلطات القطاع الصحي سواء كانت محلية إقليمية أو وطنية. إن تحديد سياسة صحية وتحديد منطقتها العمليتي يتم بالتنسيق مع مختلف فواعل القطاع وتبدأ أساساً ب: مجال العلاج في الصحة الأولية (الإسعافات) ضمن فلسفة تشاركية إدماجية لكل المصالح الصحية.

وقصد الرفع من مستوى الكفاية والإنتاجية يجب تصور قواعد جديدة في الحكامة، وتصور اطر جديدة تكون قريبة من قواعد تنظيم وسير المؤسسة الخاصة. ووضع إجراءات جديدة للدفع والفواتير انطلاقاً من النشاط الواقعي والفعلي للمؤسسة مع تنظيم المصالح الإكلينيكية في شكل مراكز مسؤولية أو مراكز ربح. ويساعد نظام الجودة في ذلك بالقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى الأداء. أما في مجال تنظيم المصالح الإكلينيكية للقضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية والتقليص من اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما لذلك من انعكاسات على مستوى الجودة واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية².

² لقد تمكن مستشفى سنترال دو بيج في ولاية إلينوي الأمريكية من توفير (73.000) دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى لوثرن جنرال في ولاية إلينوي تم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والناجم عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام وقد كان يكلف المستشفى حوالي (120.000) دولار أمريكي سنوياً في أربع مستشفيات تابعة لمركز إنترماونتن (Intermountain) وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحاً تابعين للمركز: تراوحت مدة العملية الجراحية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى (45) غرام، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين (2.7) إلى (4.9) أيام، مما

أن تتكيف المؤسسة الاستشفائية مع التغيرات المستمرة في البيئة، فهذا يعني:

- أن تقلص من حجم النشاط أو أن تلجأ مباشرة لغلق المؤسسة عندما تصبح المنطقة أقل كثافة سكانية مما يفتح من فرص بناء مستشفيات في المناطق السكنية الجديدة
- أن تخلق إجراءات جديدة للتكفل بفئة المسنين وتشجيع الاستشفاء المنزلي مع خلق مؤسسات استشفائية صغيرة ذو بعد جوارى لتفادي الاكتظاظ
- حرية الأفراد في اختيار ضمانهم الطبي أطباءهم ومؤسساتهم العلاجية
- إصلاح مجال التسيير والتمويل وإعادة النظر فيه كما كانت النتائج غير محققة.

إن الإصلاح في القطاع الصحي يعني التكفل برسم الحدود الفاصلة بين المستشفى وبين العلاج المتنقل وطب المدينة، ثم التكفل بأثر التطور التقني والطبي على سير عمل هذه الأطر كلها.

يعكس تفاوتنا غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين والمكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات والحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى جودة الأداء ورضاء المستفيدين من الخدمة. وفي دراسة أجريت في مستشفى هنري فورد وجد بأن (25%) من مسحات عنق الرحم (PapSmear) تتم إعادةتها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل. وكان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم وأن بعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيره.

للتفاصيل انظر: د.حنان الأحمد، مرجع سابق.

قائمة المراجع

أولا- توثيق الكتب

حاروش، نور الدين. (2008)، إدارة المستشفيات الجزائرية. الجزائر، قسنطينة: دار كتامة.

خروبي، بزارة عمر. (2010/2011)، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (2009/1999) دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف مذكرة ماجستير غير منشورة، تخصص سياسات عامة، الجزائر: جامعة الجزائر3.

MORDELET, Patrick. (2006), Gouvernance de l'Hôpital et crise des systèmes de santé, France: Editions ENSP.

DURAND, Nicolas et autres. (2010), Patrice. Hospitalisation à domicile (HAD) TOME I, RAPPORT DEFINITIF, France: Inspection générale des affaires sociales.

MAZOUZ Bachir et LECLERC Jean (2006), Gestion intégré par résultats: concevoir et gérer autrement la performance dans l'administration publique, Canada: Press de l'université du Québec.

Grangaud, Jean-Paul. (2012), Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, France: Ipmed.

ثانيا - توثيق الدوريات والمجلات

الأحمدي، حنان. (2000)، "تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية"، المملكة العربية السعودية: دورية الإدارة العامة - مركز البحوث - معهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني.

CHEVREUL Karine et autre (Décembre 2004). Le développement des services de soins hospitaliers à domicile, expériences australienne, canadienne et britannique, Questions d'économie de la santé, IRDES. N° 94.

Contribution a l'étude de la sante en Algérie (1999), les cahiers du CREAD n35 /36 3eme et 4eme trimestre 1999.

Jaffre Didier, Gadreau Maryse. L'arbitrage efficacité-équité et la nouvelle politique hospitalière en France. In: Politiques et management public, vol. 22, n° 2, 2004. « Une génération de réformes en management public: et après ? » Actes du treizième colloque international - Strasbourg, jeudi 24 et vendredi 25 novembre 2003 - Tome 1.

Dossier d'information réalisé dans le cadre de la journée régionale «démarche qualité en promotion de la santé » organisée par la FRAPS Centre, 11 mars 2011 à Tours, France.

Béjean, Sophie et Gadreau, Maryse. (1992), Nouvelles approches théoriques des organisations publiques: leurs implications pour la politique hospitalière ; In: Politiques et management public, vol. 10, n° 3, pp. 1-30.