+



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه ل.م.د في العلوم الاقتصادية

تخصص :تسيير واقتصاد المؤسسات

تقييم فعالية نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19) دراسة حالة مؤسسة استشفائية عمومية.

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيد:حاج قدور براهيم

أمام لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
أ.ايت حبوش ميهوب وهيبة	أستاذ	جامعة وهران02	رئـيسا
أ.عبد الرحمان جوهر	أستاذة محاضرة أ	جامعة وهران02	مشرفا مقررا
أ.بن رمضان أنيسة	أستاذة محاضرة أ	جامعة وهران02	عضوا مناقشا
أ.طافر زهير	أستاذ	جامعة تلمسان	عضوا مناقشا
أ.سعيداني محمد	أستاذ	جامعة تلمسان	عضوا مناقشا
أ.بن حراث العربي	أستاذ محاضر أ	جامعة غليزان	عضوا مدعوا

السنة الجامعية:2026/2025



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه ل.م.د في العلوم الاقتصادية

تخصص: تسيير واقتصاد المؤسسات

تقييم فعالية نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19)
دراسة حالة مؤسسة استشفائية عمومية.

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيد:حاج قدور براهيم

أمام لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
أ.ايت حبوش ميهوب وهيبة	أستاذ	جامعة وهران02	رئيسا
أ.عبد الرحمان جوهر	أستاذة محاضرة أ	جامعة وهران02	مشرفا مقررا
أ.بن رمضان أنيسة	أستاذة محاضرة أ	جامعة وهران02	عضوا مناقشا
أ.طافر زهير	أستاذ	جامعة تلمسان	عضوا مناقشا
أ.سعيداني محمد	أستاذ	جامعة تلمسان	عضوا مناقشا
أ.بن حراث العربي	أستاذ محاضر أ	جامعة غليزان	عضوا مدعوا

السنة الجامعية:2026/2025

كلمة شكر

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين والقائل من لم يشكر الناس لم يشكر الله فلله الحمد أولا وأخرا ودائما وابدأ أن منا عليا بالتوفيق لإتمام هذا البحث والحمد لله الذي تتم به الصالحات؛ أما بعد أتقدم بجزيل الشكر وأسمى معاني التقدير والعرفان للأستاذة المشرفة الدكتورة عبد الرحمان جوهر، على توجيهاتها القيمة ونصائحها السديدة،وجميل صبرها من أجل إنجاز هذا العمل الأكاديمي منذ بدايته إلى نهايته فكانت نعم العون لي فجزاها الله خيرا،

والشكر في المقام الثاني لأعضاء لجنة المناقشة كل باسمه وبمقامه على جهدهم المبذول في قراءة هذه الرسالة وموافقتهم على إثرائها بمناقشتهم، فجزاهم الله خيرا كما لا يفوتني أن أقدم شكري الخالص للدكتور بن حراث العربي على توجيهي ومساعدتي في إنجاز هذا العمل الذي لم يبخل عليا ولو لحظة بتقديم نصائحه وإرشاداته القيمة من لحظة المشاركة في المسابقة الى غاية نهاية هذا لعمل فشكرا لك مع كل التحية والتقدير.

ونشكر مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغليزان على موافقته إجراء هذا التربص بالمؤسسة، وجميع الأطقم الإدارية والطبية والمهنية بالمؤسسة كل باسمه وأخص بالذكر السيد:قراصي محمد، والذين لم يبخلوا علينا بالمعلومات وسهلوا لنا المهمة، وإلى كل الموظفين والأساتذة بكلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة وهران02 وبخاصة رئيسة المخبر ايت حبوش على مساندها لي وتقديم نصائحها، والى جميع الإخوة والزملاء أساتذة وموظفين وعمال بجامعة غليزان وبخاصة إفراد كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية وإلى كل من لم يسع لنا المجال لذكرهم من الإخوة والزملاء.

الإهـــداء

أهدي ثمرة جهدي هذا إلى من كانا سبب وجودي ونجاحي، إلى والديَّ العزيزين، أطال الله في عمرهما، اللذين غرسا في نفسي حبّ العلم والعمل، وكانا سندي ودعمي في كل مراحل حياتي.

إلى إخوتي وأخواتي، الذين كانوا دائمًا مصدر تشجيع وقوة والى كل أبناء إخوتي وأخواتي كل باسمه حفظهم الله ورعاهم.

إلى أساتذتي الكرام، الذين أناروا لي طريق العلم والمعرفة، وإلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل.

وإلى كل من يؤمن بأن العلم هو السبيل لبناء الأوطان وتقدمها.

الفـهـرس الـعـام

الـعـنـوان	الصفحة
الـشـكـر والـعـرفـان	
الإهـــداء	
الفـهـرس الـعـام	
قـائـمـة الـجـداول	
قـائـمـة الأشـكـال	
الـمـقـدمـة الـعـامـة	**أ – ف**
الفـصـل الأول: الإطار العام للنظام الصحي والمؤسسات الصحية العمومية	
مقدمة الفصل الأول	2
المبحث الأول: النظام الصحي العالمي	3
المطلب الأول: ماهية النظام الصحي ومكوناته	3
المطلب الثاني: الأنماط المختلفة للنظم الصحية العالمية	12
المطلب الثالث: دور المنظمات الدولية:WHO ، UNICEF، وغيرها في توجيه السياسات الصحية العالمية.	53
المبحث الثاني: النظام الصحي في الجزائر	65
المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي	65
المطلب الثاني: تزايد دور القطاع الخاص في المنظومة الصحية	72
المطلب الثالث: إنشاء الوكالة الوطنية لتسيير الإنجازات وتجهيز مؤسسات الصحة	76
المطلب الرابع: تنظيم وهيكلة النظام الصحي في الجزائر	78
المطلب الخامس: أهم الإصلاحات في المنظومة الصحية في الجزائر	85
المبحث الثالث: عموميات المؤسسات الصحية العمومية	95
المطلب الأول: ماهية المؤسسات الصحية وخصائصها الأساسية	95

المطلب الثاني: أهداف ووظائف المؤسسات الصحية العمومية	99
المطلب الثالث: أنواع وتصنيف المؤسسات الصحية العمومية	103
المطلب الرابع: الدور الاجتماعي والاقتصادي للمؤسسات الصحية العمومية	106
خلاصة الفصل الأول	111
الفصل الثاني: التسيير الاستشفائي والأزمة الصحية كوفيد-19.	
مقدمة الفصل الثاني	113
المبحث الأول: أنماط التسيير الاستشفائي	114
المطلب الأول: الإدارة الصحية والوظائف التسييرية في المؤسسة الاستشفائية	114
المطلب الثاني: مستويات السلطة ونظام التفويض	120
المطلب الثالث: أنماط التسيير الإداري في المرفق العام الصحي	122
المطلب الرابع: النمط التعاقدي كبديل تسييري في المرفق العمومي الصحي	129
المبحث الثاني: الأزمة الصحية كوفيد-19	147
المطلب الأول: مفهوم الأزمة وخصائصها	147
المطلب الثاني: إدارة الأزمات ومقارباتها ومراحلها	151
المطلب الثالث: جائحة كورونا (كوفيد-19) كنموذج للأزمة الصحية	157
المطلب الرابع: تأثيرات كوفيد-19 على الاقتصاد العالمي والاقتصاد الجزائري.	173
المبحث الثالث: التدابير المتخذة لمواجهة الأزمة الصحية لجائحة كوفيد-19 في الجزائر	181
المطلب الأول: التدابير القانونية والعقابية	182
المطلب الثاني: التدابير الوقائية والإدارية	185
المطلب الثالث: التدابير الصحية والطبية	188
المطلب الرابع: التدابير الاقتصادية والاجتماعية	191
المطلب الخامس: التدابير الرقمية المعتمدة في الجزائر لمواجهة أزمة كوفيد-19	195
المطلب السادس: الشراكات والتعاون الدولي للجزائر في مواجهة أزمة كوفيد-19	204

خـلاصـة الـفـصـل الثاني	210
الفصل الثالث:تقييم فعالية نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة جائحة كوفيد-19 بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان	
مقدمة الفصل الثالث	212
المبحث الأول: تقديم المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة	213
المطلب الأول: نشأة وتصنيف ومهام وأفاق المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان	213
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية	216
المطلب الثالث: الإحصائيات الخاصة بوباء كورونا COVID-19 على مستوى المؤسسة.	220
المبحث الثاني: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	222
المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية	222
المطلب الثاني: خصائص العينة	232
المبحث الثالث: المعالجة الكمية وتحليل النتائج وتفسرها.	236
المطلب الأول: التحليل الإحصائي لعبارات الإستبيان.	236
المطلب الثاني: تحليل نتائج المقابلات الميدانية.	256
المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة.	265
خـلاصـة الـفـصـل الثالث	278
الـخـاتـمـة الـعـامـة	280
قـائـمـة الـمـراجـع	284
قـائـمـة الـمـلاحـق	

فـهـرس الـجـداول

رقم الجدول	عـنـوان الـجـدول	الـصـفـحـة
	الفـصـل الأول	
(01-01)	المؤسسات والهياكل العامة للمنظومة الصحية في الجزائر لسنة 2020	85
	الفـصـل الـثـاني	
(01-02)	تحليل مكونات تسمية COVID-19	159
(02-02)	الاختبارات التشخيصية المعتمدة في الجزائر لرصد حالات كوفيد-19.	166
(03-02)	إحصائيات إصابات وباء كورونا لسنة 2020 بالأشهر	168
(04-02)	إحصائيات إصابات وباء كورونا لسنة 2021 بالأشهر	170
(05-02)	إحصائيات إصابات وباء كورونا لسنة 2021 بالأشهر	172
(06-02)	تطور معدل التضخم خلال الفترة (2019-2023).	177
(07-02)	تطور معدل الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة(2018-2023).	178
	الفـصـل الـثـالث	
(01-03)	كيفية حصول المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف على التصنيف "أ".	214
(02-03)	إحصائيات وباء COVID-19 لسنة 2020 على مستوى المؤسسة	220
(03-03)	إحصائيات وباء COVID-19 لسنة 2021 على مستوى المؤسسة	221
(04-03)	إحصائيات وباء COVID-19 لسنة 2022 على مستوى المؤسسة	222
(05-03)	توزيع فئات موظفي مستشفى محمد بوضياف بغليزان	224

(06-03)	محـاور الـدراسـة أبعادها.	227
(07-03)	يوضح معاملات الارتباط بيرسون لمحاور الإستبيان	228
(08-03)	يوضح معاملات الارتباط بين عبارات كل بعد من محور نمط التسيير الإستشفائي والدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي إليه.	229
(09-03)	يوضح معاملات الارتباط بين عبارات كل بعد من محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19-والدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي إليه	230
(10-03)	معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach) لقياس ثبات محاور الإستبيان	231
(11-03)	توزيع افرد العينة حسب الجنس	232
(12-03)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر.	233
(13-03)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة	233
(14-03)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية	235
(15-03)	نتائج إستجابات أفراد العينة نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد التخطيط لمواجهة الأزمة.	237
(16-03)	نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد إدارة الموارد الطبية والبشرية.	239
(17-03)	نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد اتخاذ القرار	241
(18-03)	نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي	243
(19-03)	وصف المؤشر الكلي لمحور نمط التسيير الإستراتيجي	245
(20-03)	نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد فعالية الاستجابة للأزمة.	247
(21-03)	نتائج استجابات أفراد العينة لبعد جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي	249
(22-03)	نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل.	251
(23-03)	نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية	253

(24-03)	وصف المؤشر الكلي لمحور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19	255
(25-03)	نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الأثر بين التخطيط لمواجهة الأزمة و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19- لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغيليزان	265
(26-03)	نتائج تحليل الانحدار لاختبار الأثر بين إدارة الموارد الطبية و البشرية و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19- لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغيليزان	267
(27-03)	نتائج تحليل الانحدار لإختبار الأثر بين إتخاد القرار و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19- لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغيليزان	268
(28-03)	نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الأثر بين التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19- لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغيليزان	269
(29-03)	نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الأثر بين نمط التسيير الإستشفائي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19- لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغيليزان	271
(30-03)	نتائج تحليل التباين T لإختبار إدراك أفراد عينة الدراسة للفروق إتجاه نمط التسيير الإستشفائي بالمؤسسة الإستشفائية العمومية بغيليزان يعزى للمتغير الجنس	273
(31-03)	نتائج تحليل التباين (ANOVA)لإختبار إدراك أفراد عينة الدراسة إتجاه نمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير العمر	274
(32-03)	نتائج تحليل التباين (ANOVA)لإختبار إدراك أفراد عينة الدراسة إتجاه نمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير الوظيفة	275
(33-03)	نتائج تحليل التباين (ANOVA)لإختبار إدراك أفراد عينة الدراسة إتجاه نمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير الخبرة المهنية	276

فـهـرس الأشكـال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
	الفصل الأول	
(01-01)	وظائف النظام الصحي	09
(02-01)	مكونات النظام الصحي.	11

الفـصـل الـثـاني		
(01-02)	اتجاهات الإصابات بكورونا لسنة 2020.	169
(02-02)	اتجاهات الإصابات بكورونا لسنة 2021.	171
(03-02)	اتجاهات الإصابات بكورونا لسنة 2022.	173
الفـصـل الـثـالث		
(01-03)	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغليزان	216
(02-03)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	232
(03-03)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر	233
(04-03)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة	234
(05-03)	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية.	2395

المقدمة العامة

تعتبر الصحة الدعامة الأساسية لضمان بقاء الإنسان ورفاهيته، والمحرك الجوهري لتحقيق التنمية المستدامة والاستقرار المجتمعي. فأي تطور اجتماعي- اقتصادي يبقى هشاً في غياب نظام صحي متين يكفل تلبية احتياجات الأفراد ودرء المخاطر المهددة لحياتهم. وتأسيساً على ذلك، تعاظم اهتمام الحكومات والمنظمات الدولية بالارتقاء بأنظمتها الصحية وتدعيم كفاءة مؤسساتها الاستشفائية، بوصفها الذراع التنفيذي لتقديم الرعاية العلاجية والوقائية. ومع ذلك، تبقى الأزمات الصحية الكبرى المحك الفعلي لقياس صلابة هذه المنظومات وفعالية أنماط التسيير المعتمدة داخلها.

في هذا السياق، شكّلت جائحة كوفيد-19 التي ظهرت في أواخر عام 2019 منعرجاً حاسماً في تاريخ الصحة المعاصر؛ حيث تفشت عالمياً بوتيرة متسارعة، مخلّفة تداعيات جذرية على كافة الأصعدة الصحية، والاقتصادية، والاجتماعية. وقد عانت المستشفيات في مختلف الدول من اكتظاظ غير مسبوق، ونقص حاد في الأسرة والعتاد الطبي، فضلاً عن الضغوطات الهائلة التي أثقلت كاهل الأطقم الطبية وشبه الطبية. كما كبدت الجائحة الحكومات خسائر مالية فادحة، وأصابت قطاعات اقتصادية حيوية بالشلل نتيجة تدابير الإغلاق العام والتباعد الاجتماعي. وفي خضم هذه التعقيدات، برز التسيير الاستشفائي كعامل مفصلي يحدد مدى قدرة المؤسسات الصحية على الصمود؛ إذ تخطى مفهومه الإدارة اليومية الروتينية ليرتقي إلى منظومة استراتيجية متكاملة، ترتكز على التخطيط، وتوجيه الموارد البشرية والطبية، وتفعيل آليات اتخاذ القرار، والتنسيق المحكم، مع حتمية التكيف الآني مع المتغيرات الطارئة.

وعلى الصعيد الوطني، شكّلت الموجات المتعاقبة للجائحة في الجزائر امتحاناً مفصلياً وتحدياً غير مسبوق للمؤسسات الاستشفائية، واضعةً إياها أمام رهانات معقدة؛ فقد فرضت هذه الأزمة تساؤلات جوهرية حول كيفية إدارة المرفق العام في ظل الضغوطات المتزايدة ومحدودية الإمكانيات وصعوبة التنسيق، وفي الوقت ذاته، كيفية استثمار حالة التعبئة السريعة والتضامن المهني للأطقم الطبية وشبه الطبية.

من هذا المنطلق، تتبلور الأهمية البالغة لتقييم نمط التسيير الاستشفائي المتبنى إبان هذه الأزمة. فهذا التقييم يُتيح تشخيص مدى نجاعة الخطط المنفذة وحدودها، وتحليل آليات إدارة الموارد، وقياس درجات التنسيق بين مختلف المصالح، بغية استخلاص الدروس والعبر لبناء استراتيجية استشرافية تتسم بقدر أكبر من المرونة والصلابة.

وعليه، تسعى هذه الأطروحة المعنونة بـ: "تقييم نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19 – دراسة حالة مؤسسة استشفائية عمومية"، إلى إحداث مقاربة بين الأطر النظرية لـ التسيير الاستشفائي والإفرازات الميدانية التي خلفتها الجائحة في الجزائر. ويتم ذلك عبر تشريح التجربة العملية للمؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف بغليزان، باعتبارها نموذجاً تطبيقياً يُترجم طبيعة السياسات والتدابير المتخذة لمجابهة الوباء.

ويهدف هذا البحث إلى تقديم مقاربة نقدية تحليلية معمّقة، تبرز مكامن القوة والضعف، لتُتوج باقتراح توصيات براغماتية ترتقي بأداء المؤسسات الاستشفائية مستقبلاً. إن هذا العمل لا يكتفي بالتوثيق الوصفي لحقبة استثنائية، بل يطمح ليكون مساهمة علمية تطبيقية تُعزز من قدرة النظام الصحي الوطني على الصمود والاستجابة الناجعة إزاء أي تهديدات صحية كبرى مستقبلاً.

1. إشكالية البحث :

تعتبر جائحة كوفيد-19 واحدة من أكبر التحديات الصحية في العصر الحديث، حيث كشفت عن نقاط ضعف في الأنظمة الصحية العالمية والمحلية وخاصة في التسيير الاستشفائي، ونسعى من خلال هذه الدراسة إلى تقييم كيفية تعامل المؤسسات الاستشفائية العمومية مع الأزمات الصحية من خلال دراسة نمط التسيير الاستشفائي في سياق جائحة كوفيد-19، وانطلاقا مما سبق يمكن الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى مساهمة نمط التسيير الاستشفائي المتبع في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة في مواجهة الأزمة الصحية كوفيد 19؟.

2. التساؤلات الفرعية:

وتنبثق من هذا السؤال الرئيسي مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية:

1.ما هو الإطار النظري للنظام الصحي والمؤسسات الصحية العمومية؟؛

2. ما هي أنماط التسيير الاستشفائي، وما طبيعة الأزمة الصحية كوفيد-19؟؛

3. ماهي أهم الاجراءات المتخذة لمواجهة الازمة الصحية كوفيد-19؟؛

4.كيف تم تقييم مدى استجابة المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف بغليزان في مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19)؟.

3.فرضيات الدراسة:

للإحاطة بمختلف جوانب الموضوع، وانطلاقًا من التساؤل الرئيسي والتساؤلات الفرعية التي تم طرحها، تسعى هذه الدراسة إلى اختبار الفرضيات التالية:

- **الفرضية الرئيسة:**توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لنمط التسيير الاستشفائي على فعالية مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19 بالمؤسسة الاستشفائية العمومية غليزان.

ويندرج تحت هذه الفرضية الرئيسة الفرضيات الفرعية التالية:

1. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 للتخطيط الاستباقي على فعالية مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19 بالمؤسسة الاستشفائية العمومية غليزان؛

2. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 لإدارة الموارد(البشرية، الطبية واللوجستية) على فعالية مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19 بالمؤسسة الاستشفائية العمومية غليزان؛

3. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 لاتخاذ القرار على فعالية مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19 بالمؤسسة الاستشفائية العمومية غليزان؛

4. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 للتنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي على فعالية مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19 بالمؤسسة الاستشفائية العمومية غليزان.

4.أسباب اختيار الموضوع:

وقع الاختيار على هذا الموضوع لعدة أسباب يمكن إيجازها فيما يلي:

- الميل الشخصي نحو البحث في مجال التسيير الاستشفائي، وفهم مختلف حيثياتها وأهم الآليات والأساليب الإدارية والتنظيمية المتبعة، من أجل تحسن الخدمات ومواجهة الأزمات الصحية على مستوى المؤسسات الاستشفائية.

- الرغبة في التعمق في الموضوع من أجل إيجاد العلاقة التي تربط أنماط التسيير الاستشفائي والأزمات الصحية التي شهدها القطاع الصحي.

- الأهمية البالغة للقطاع الصحي واعتباره أهم مورد لتقديم الخدمات والتعرف على طريقة التعامل مع الأزمات الصحية.

- التعرف على أسباب وتبيعات أزمة كوفيد-19 بإعتبارها أول أزمة صحية في العصر الحديث، والتعرف على سبل مواجهتها من طرف النظام الصحي العالمي بصفة عامة والنظام الصحي الجزائري بصفة خاصة.

5. أهمية الدراسة وأهدافها:

1.5.أهداف الدراسة:

يمكن تحديد أهداف الدراسة في النقاط التالية:

- توضيح المفاهيم النظرية المتعلقة بموضوع الدراسة وظروف عمل المؤسسات الاستشفائية خلال الأزمة الصحية كوفيد-19.

– دراسة الإجراءات والتدابير المتخذة خلال الأزمة الصحية كوفيد-19، وتقييم فعاليتها في الحد من آثار هذه الأزمة.

– تقييم مدى كفاءة وفعالية نمط التسيير الاستشفائي المتبع في مواجهة جائحة كوفيد-19 بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بغليزان.

– استخلاص الدروس والعبر وإقتراح توصيات عملية من شأنها المساهمة في تحسين أنماط التسيير الاستشفائي ورفع مستوى الجاهزية لمواجهة أزمات صحية مستقبلية.

– الكشف عن النقائص والإختلافات التي واجهت المؤسسة الاستشفائية أثناء الأزمة الصحية، سواء على المستوى التنظيمي أو البشري أو المادي.

2.5. أهمية الدراسة:

– تسليط الضوء على دور المؤسسات الصحية العمومية في إدارة الأزمات وتحسين النظام الصحي.

– المساهمة في إثراء الأدبيات العلمية المتعلقة بالتسيير الاستشفائي، من خلال إبراز العلاقة بين أنماط التسيير والاستجابة الفعلية للأزمات الصحية.

– الوقوف على تقييم واقع التسيير داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية وتحديد النقائص والصعوبات التي برزت أثناء الجائحة، مع تقديم توصيات عملية قابلة للتنفيذ.

– مساعدة الطلبة والباحثين في ميدان علوم التسيير والإدارة الصحية على فهم أعمق لتحديات التسيير الاستشفائي في الظروف الاستثنائية.

– المساهمة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى والمجتمع ككل من خلال رفع كفاءة التسيير والوقاية من المخاطر المستقبلية.

– الاستفادة من مخرجات البحث ما يمكن من وضع خطط استباقية لمواجهة أزمات صحية مشابهة، وتعزيز جاهزية المؤسسات الاستشفائية.

6. منهج الدراسة:

يتمثل منهج الدراسة في مجموع الإجراءات والعمليات التي تمكن الباحث من الإجابة على إشكالية البحث واختبار فرضياته، وفي هذا الإطار سيتم اتباع المنهج الوصفي التحليلي لسرد الحقائق النظرية المتعلقة بموضوع البحث والوقوف على كافة التفاصيل المرتبطة بالموضوع، اضافة لبرنامج الحزمة الاحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) في الحصول على النتائج وإجراء الاختبارات الاحصائية الضرورية، لتحليل نتائج الدراسة الميدانية.

يمثل الجانب النظري استقراء للأدبيات العلمية في موضوع البحث من خلال البحث البيبليوغرافي، حيث تم الاعتماد على مجموعة من الكتب المتخصصة في التسيير، والتسيير الإستشفائي، والخدمات الصحية، إضافة إلى مجموعة من الأطروحات المتخصصة، والمقالات والملتقيات الدولية والوطنية، والمواقع الالكترونية التي عالجت وتطرقت لموضوع الأزمات الصحية والأزمة الصحية العالمية كوفيد-19، والتقارير المتخصصة .

أما الجانب التطبيقي فيتمثل في دراسة حالة مؤسسة استشفائية عمومية في شكل استبيان وإجراء مقبلات مقابلات شبه مهيكلة مع بعض الإطارات والموظفين بغية تقييم فعالية نمط التسيير المتبع في مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19 من منظور الطاقم الطبي والإداري (باعتبارهم زبائن داخليين) على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان.

7.حدود الدراسة:

1.7.الحدود المكانية: تم اجراء الدراسة الميدانية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بغليزان من أجل قياس فعالية نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الازمة الصحية كوفيد19.

2.7. الحدود الزمانية: تغطي الدراسة الفترة الممتدة خلال أزمة كوفيد19 من بداية 2020 الى غاية 2023 وهي فترة تعكس الظروف الاستثنائية للتسيير الاستشفائي.

8. الدراسات السابقة:

1.8. الدراسات الجزائرية:

1.دراسة بولصباع محمود بعنوان"تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر من وجهة نظر المرضى– دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق–

تندرج هذه الدراسة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في تخصص العلوم الاقتصادية بجامعة الجزائر 03 (خلال السنة الجامعية 2015/2014). وقد انطلق الباحث في مقاربته من معالجة الإشكالية المحورية الآتية: **"ما هو واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر؟ وكيف يمكن الارتقاء بها وضمان استمراريتها؟"**

وللإحاطة بجوانب هذه الإشكالية، استند الباحث إلى مقاربة منهجية متعددة الأدوات، شملت إجراء مقابلات شخصية، والملاحظة الميدانية، فضلاً عن تصميم وتوزيع استبيان وُجِّه للمرضى بهدف التشخيص الدقيق لواقع جودة الخدمات الصحية المقدمة.

أبرز النتائج والاستنتاجات:

من خلال التحليل الإحصائي والموضوعي للبيانات، أفضت الدراسة إلى جملة من المخرجات، أهمها:

– تقييم متوسط للجودة: أظهرت النتائج أن المرضى يُقيّمون مستوى جودة الخدمات الصحية الفعلية داخل المراكز الاستشفائية الجامعية (محل الدراسة) بتقدير "متوسط" في مجمله.

– **تباين جودة الخدمة:** تم تسجيل اختلاف واضح في تقييمات المرضى لجودة الخدمات الصحية الفعلية، وذلك تبعاً لمتغير "المستشفى" (أي أن الجودة تتفاوت من مركز استشفائي إلى آخر).

أهم التوصيات المقترحة:

– بناءً على النتائج المسجلة، تُوج الباحث دراسته بصياغة مجموعة من التوصيات العملية، أبرزها:

– إرساء ثقافة الجودة: ضرورة إيلاء المراكز الاستشفائية الجامعية أهمية بالغة لتطبيق معايير الجودة، مع تشكيل فرق عمل ذاتية التوجيه للمساهمة في نشر "ثقافة الجودة" وتدريب العاملين عليها، والتأكيد على أن تقارير وملاحظات لجان الجودة يجب أن تكون مُلزمة للإدارة والموظفين.

– **الجودة كخيار استراتيجي:** حتمية إدراج مفهوم الجودة كعنصر جوهري ضمن الاستراتيجية العامة للمستشفى، بغية بناء وتشكيل الكفاءة الذهنية والمهنية للكوادر البشرية.

– **مواكبة التطورات الإدارية:** دعوة المراكز الاستشفائية إلى التحديث المستمر ومواكبة التطورات الحاصلة (تنظيراً وتطبيقاً)؛ لاسيما وأن المراكز الاستشفائية الجامعية في الجزائر لا تزال تُصنف ضمن "الجيل الأول" الذي يعتمد في قياس الجودة وتقييمها على المؤشرات الصحية المرتبطة بالأداء الكلاسيكي.

– **تطوير المهارات القيادية:** تكثيف برامج التدريب وصقل المهارات القيادية في مجال "إدارة الجودة" داخل هذه المراكز، بما يُمكنها من معالجة مشكلات الجودة وتفادي تداعياتها السلبية التي من شأنها تشويه الصورة المؤسساتية للمرافق الصحية.

2.دراسة سلطاني وفاء بعنوان: "تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها– دراسة ميدانية بولاية باتنة"

تندرج هذه الدراسة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في تخصص علوم التسيير بجامعة "باتنة 1" (خلال السنة الجامعية 2016/2015). وقد تمحورت الإشكالية الرئيسية للبحث حول التساؤل الآتي: **"كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر؟ وما هي الآليات الكفيلة بتحسينها؟"**

وللإحاطة بجوانب هذه الإشكالية، اعتمد الباحث على مقاربة منهجية ارتكزت أساساً على تصميم استبيان تضمن استمارتين منفصلتين: وُجهت الأولى لمتلقي الخدمة (المرضى)، بينما خُصصت الثانية لمقدمي الخدمة من مختلف الطواقم العاملة بالمؤسسة الاستشفائية (الطاقم الإداري، والطاقم الطبي، والطاقم شبه الطبي).

أبرز النتائج والاستنتاجات:

من خلال المعالجة التحليلية للبيانات الميدانية، أفضت الدراسة إلى جملة من المخرجات، نوجز أهمها فيما يلي:

صلاحية نماذج قياس الجودة: أثبتت الدراسة إمكانية وفعالية تطبيق مقياس فجوة الجودة (SERVQUAL) كأداة علمية لتقييم مستوى الخدمات في قطاع الرعاية الصحية.

التقييم الإيجابي للأداء: أظهرت النتائج أن أفراد العينة يميلون إلى إعطاء تقييم إيجابي للخدمات الصحية المقدمة، وذلك عبر مختلف المعايير المعتمدة في القياس.

حتمية التحسين والتطوير: على الرغم من التقييم الإيجابي، أبدى معظم المبحوثين تطلعهم نحو ضرورة تحسين الخدمات الصحية وتطويرها في عدة جوانب محورية، لاسيما ما يتعلق بآليات انتقاء وتوظيف الكوادر العاملة، ونظم تقييم النتائج والأداء.

3.دراسة بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بو جمعة ببشار، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد بتلمسان سنة 2016.

حيث انطلق الباحث من الإشكالية التالية: **كيف يمكن تبني وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية، من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة؟**

وللإلمام بجوانب هذه الإشكالية، اعتمد الباحث هيكلة منهجية توزعت على خمسة فصول؛ حيث خُصصت الفصول الأربعة الأولى للتأصيل النظري (شملت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة ونماذجها، مواصفات الإيزو 9000، تفصيل جودة الخدمات الصحية، فضلاً عن تشخيص واقع النظام الصحي في الجزائر). في المقابل، كُرس الفصل الخامس للدراسة الميدانية التطبيقية، والتي استهدفت تحليل واقع القطاع الصحي بولاية "بشار" من حيث الهياكل القاعدية ومستوى التأطير.

المقاربة المنهجية وعينة الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة التطبيقية، اعتمد الباحث أسلوب العينة العشوائية، حيث تم سحب عينتين منفصلتين على مستوى المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة:

عينة الكوادر العاملة: بلغت 150 مبحوثاً، وشملت مختلف الفئات المهنية (الطاقم الإداري، الطاقم الطبي، الطاقم شبه الطبي، والأعوان المهنيين).

عينة المرضى: وتكونت من 250 مريضاً ممن تلقوا الرعاية الطبية داخل المؤسسة ذاتها.

أبرز النتائج والاستنتاجات:

أفضت المعالجة الإحصائية والتحليلية للبيانات الميدانية إلى جملة من المخرجات، أهمها:

مستوى رضا متلقي الخدمة: سجلت الدراسة مستوى "متوسطاً" لرضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية، مما يُشير بوضوح إلى أن الأداء الحالي للمؤسسة الاستشفائية لم يرقَ بعد إلى مستوى القبول التام، ولم يُلبِّ سقف التطلعات المرجوة من قبل المرضى.

إدراك مبادئ الجودة الشاملة: أظهرت نتائج استقصاء الموظفين مستوى موافقة "متوسطاً" حول مدى توفر وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة. ويعكس هذا المؤشر وجود وعي مبدئي وملموس لدى الكوادر العاملة بأهمية وحتمية تبني هذه المبادئ داخل المستشفى.

قصور في أبعاد جودة الخدمة (SERVQUAL): رصدت الدراسة ضعفاً جلياً في بُعد "الاستجابة"، والذي تجسد ميدانياً في التباطؤ والتأخر الملحوظ في تقديم الخدمات للمرضى. كما سُجل ضعف في بُعد "الملموسيات" (البيئة المادية للمستشفى)، لاسيما التجاوزات والنقائص المرتبطة بمستوى النظافة العامة.

4. دراسة بن حراث العربي، تصنيف المستشفيات كنموذج للرفع من الأداء التنظيمي تحسينا لجودة الخدمة الصحية وقياسها باستخدام نموذج (KBEM)، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان.

تندرج هذه الدراسة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في تخصص علوم التسيير بجامعة "طاهري محمد" ببشار (خلال السنة الجامعية 2021/2020). وقد تمحورت الإشكالية المحورية للبحث حول التساؤل الآتي: **"ما مدى إمكانية تلبية متطلبات اعتماد المستشفيات على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية (محمد بوضياف) بغليزان؟"**

ولمقاربة هذه الإشكالية والإلمام بجوانبها، اعتمد الباحث على أداة استقصائية تمثلت في تصميم استبيان وُجِّه للأطقم العاملة بالمؤسسة الاستشفائية، وذلك بغرض تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من وجهة نظر الكوادر الداخلية والمهنيين الممارسين في المستشفى.

أبرز النتائج والاستنتاجات:

أفضت المعالجة التحليلية لبيانات الدراسة الميدانية إلى جملة من المخرجات، يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

الاهتمام المحدود بالجودة: أظهرت النتائج وجود اهتمام نسبي (غير مكتمل) في الواقع العملي بتطبيق ممارسات إدارة جودة الخدمات داخل المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

أثر التطبيق الجزئي لمبادئ الجودة: بيّنت الدراسة أن التنفيذ الجزئي لمبادئ "إدارة الجودة الشاملة (TQM) "يُسهم بشكل ملحوظ في الارتقاء بمستوى التميز التنظيمي للمستشفى، وهو ما ينعكس بدوره على تحقيق مستويات أعلى من الجودة في الخدمات الصحية المقدمة.

محورية الدور القيادي: أبرزت النتائج الأهمية الاستراتيجية للقيادة الإدارية بوصفها محدداً رئيسياً للنجاح داخل المؤسسة الاستشفائية؛ وذلك بالنظر إلى قوة الروابط والمعاملات الهيكلية التي تصل الجانب القيادي بمختلف الأبعاد الأخرى المدمجة في نموذج "التميز المؤسسي".

5.دراسة شرف الدين لويزة بعنوان"دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية–دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية–

تندرج هذه الدراسة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه في تخصص علوم التسيير بجامعة بسكرة (خلال السنة الجامعية 2017/2016). وقد تمحورت الإشكالية الرئيسية للبحث حول التساؤل الآتي: **"كيف يمكن لإدارة الجودة الشاملة تحسين مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية؟"**

ولمقاربة هذه الإشكالية، استند الباحث إلى أداة منهجية كمية تمثلت في تصميم استبيان وُجِّه لمقدمي الخدمة الصحية بمختلف فئاتهم (الطاقم الإداري، الطاقم الطبي، والطاقم شبه الطبي).

أبرز النتائج والاستنتاجات:

من خلال المعالجة التحليلية لبيانات الدراسة بشقيها النظري والميداني، توصل الباحث إلى جملة من المخرجات، يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

تنامي الاهتمام الاستراتيجي بالجودة: أظهرت مخرجات الدراسة النظرية تزايداً ملحوظاً ومستمراً في اهتمام مسيري المؤسسات (سواء كانت خدمية أو إنتاجية، ربحية أو غير ربحية) بمنهج إدارة الجودة. ويُعزى هذا التوجه إلى الفوائد الجمة المترتبة عن تطبيقه، مع الإشارة إلى أن التجسيد الفعلي لـ "إدارة الجودة الشاملة" يستند بالأساس إلى تبني منظومة من المبادئ العلمية التي صاغها رواد هذا التخصص.

الموثوقية والصدق البنائي: أثبتت التحليلات الإحصائية أن جميع معاملات الارتباط المحسوبة بين درجة كل بُعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية والدرجة الكلية للاستبيان قد جاءت موجبة؛ وهو مؤشر إحصائي قوي يُثبت الصدق البنائي لأداة القياس المعتمدة في الدراسة.

مستوى الإدراك وحتمية التبني: بيّنت النتائج أن تقييم أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات (محل الدراسة) من منظور مقدمي الخدمة قد استقر ضمن مجال "الموافقة" عبر كافة الأبعاد. ويُدلل هذا المؤشر بوضوح على الضرورة

الملحة لتبني الإدارة العليا في المستشفى لمبادئ إدارة الجودة الشاملة كخيار استراتيجي للارتقاء بالرعاية الصحية وبلوغ المستويات المنشودة.

6.دراسة عديلة العلواني، بعنوان: "تقييم فعالية النمط التعاقدي كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية– دراسة حالة الجزائر–

تندرج هذه الدراسة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه في تخصص علوم التسيير بجامعة بسكرة (خلال السنة الجامعية 2011/2010). وقد تمحورت الإشكالية الرئيسية للبحث حول معالجة التساؤل الآتي: **"ما هي إيجابيات وسلبيات النمط التعاقدي؟ وما مدى قدرته على تفعيل أداء أنظمة تمويل الصحة، وعلى الأخص أنظمة التأمين الصحي؟"**

أبرز النتائج والاستنتاجات (في السياق الجزائري):

أفضت الدراسة التحليلية إلى جملة من المخرجات المتعلقة بواقع التجربة الجزائرية، يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

غياب المتطلبات القبلية: أظهرت النتائج أن الشروط القبلية الضرورية لتأسيس النمط التعاقدي غير متوفرة بالشكل الكافي في التجربة الجزائرية؛ ويبرز ذلك جلياً في ضعف القدرات التقنية للممثلين (الفاعلين)، فضلاً عن غياب القبول والإرادة السياسية الجادة والداعمة لتجسيد هذا الأسلوب ميدانياً.

الفصل الهيكلي للوظائف: يندرج النمط التعاقدي في الجزائر ضمن استراتيجية "شراء الخدمات"، وهي المقاربة التي تستوجب كشرط أساسي وحتمي إحداث فصل تنظيمي واضح بين الهيئات المكلفة بالتمويل والهيئات المعنية بتقديم الخدمات.

متطلبات الإنجاح الميداني: بيّنت الدراسة أن إنجاح مسار التعاقد في الجزائر يرتبط بمدى تهيئة هياكل ومؤسسات مستوفية للشروط اللازمة، وتأهيل ممثلين يمتلكون مهارات وقدرات تفاوضية عالية مع الجهات المعنية. كما يستلزم الأمر حشد كافة الإمكانيات المادية والبشرية الضرورية، مع إرساء وتفعيل أدوات رقابية ناجعة لمتابعة سير هذه العملية وتقييمها المستمر.

التعاقد كرافد لترقية الأداء: خَلُصت الباحثة إلى أن النمط التعاقدي يُعدّ من أبرز الأساليب التمويلية الواعدة والكفيلة بتفعيل أداء المنظومة الصحية في الجزائر والارتقاء بها، شريطة أن تتم صياغة أطره وهيكلته وفق أسس تنظيمية وقانونية سليمة ومدروسة.

7. دراسة بن فرحات عبد المنعم، انعكاسات انماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات –دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة–

تندرج هذه الدراسة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في تخصص العلوم الاقتصادية بجامعة بسكرة (خلال السنة الجامعية 2018/2017). وقد تمحورت الإشكالية الرئيسية للبحث حول معالجة التساؤل الآتي: **"ما هي انعكاسات أنماط تسيير المؤسسات العمومية في الجزائر على نوعية الخدمات (الصحية) المقدمة؟"**

ولمقاربة هذه الإشكالية، استند الباحث إلى منهجية متكاملة جمعت بين تحليل الإحصائيات الخاصة بالمؤشرات الكمية للخدمات الصحية، وبين أداة الاستقصاء الميداني. وقد تم تصميم استبيان تضمن استمارتين منفصلتين: وُجهت الأولى لمقدمي الخدمة (من طاقم إداري، وطبي، وشبه طبي)، بينما خُصصت الثانية للمرتفقين (متلقي الخدمة من المرضى).

أبرز النتائج والاستنتاجات:

أفضت المعالجة التحليلية للبيانات إلى جملة من المخرجات، يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

التحول نحو التسيير العمومي الحديث: أظهرت الدراسة تراجعاً للنمط البيروقراطي الكلاسيكي الذي طالما ميّز المؤسسات الصحية، ليفسح المجال أمام مقاربات التسيير الحديثة (كالنمط التعاقدي). وقد أضحت اللامركزية والتفويض المحلي سمة جوهرية لتقييم كفاءة التسيير العمومي، اقتداءً بالدول الإسكندنافية التي تتصدر تصنيفات منظمة الصحة العالمية (OMS) بفضل ريادة أنظمتها الصحية.

تكريس المقاربة بالأهداف: يُجسد النمط التعاقدي منطق "الإدارة بالأهداف والنتائج"، متجاوزاً بذلك النظرة التقليدية الكلاسيكية التي كانت ترتكز حصراً على توفير الإمكانيات والوسائل المادية.

التوجه التعاقدي للمنظومة الوطنية: تُبين التوصيات والتعليمات الصادرة في السنوات الأخيرة، وكذا التعديلات المرتقبة في الخارطة الصحية، أن المنظومة الصحية الجزائرية تتجه بخطى حثيثة نحو الاعتماد على "المقاربة التعاقدية" في إدارة مستشفياتها العمومية، بُغية الاستفادة من المزايا الإدارية والتنظيمية التي تتيحها.

موضوعية قياس جودة الرعاية: خَلُص الباحث إلى أن تقييم جودة الخدمة الصحية استناداً إلى استطلاعات الرأي (سواء للعاملين أو المستفيدين) يبقى تقييماً "نسبياً". ولضمان الموثوقية، يتحتم إرساء معايير موضوعية ومؤشرات عملية دقيقة من قبل الخبراء والمختصين؛ وذلك لأن القطاع الصحي (والطبي على وجه الخصوص) يتسم بتعقيدات تقنية تمنع اختزال تقييم أدائه في مجرد انفعالات تصدر عن المرضى أو انطباعات شخصية للعاملين.

8.دراسة حورية بالأطرش، مسروق فاطمة،إدارة الأزمات في مستشفى محمد بوضياف في ظل جائحة كورونا – دراسة ميدانية لعينة من الإداريين والأطباء–

تندرج هذه الدراسة ضمن مقال علمي منشور في "مجلة أداء المؤسسات الجزائرية (ABPR) "(العدد 02، المجلد 09)، الصادرة عن جامعة ورقلة خلال عام 2020. وقد تمحورت الإشكالية الرئيسية للبحث حول التساؤل الآتي: **"ما مدى فعالية إدارة الأزمات بمستشفى (محمد بوضياف) بورقلة في مواجهة الأزمة الصحية المرتبطة بجائحة كورونا(COVID-19) ؟"**

المقاربة المنهجية وأدوات الدراسة:

لمقاربة هذه الإشكالية، اعتمدت الباحثتان على تصميم منهجي متكامل يجمع بين الجانبين الكمي والنوعي؛ حيث تم استغلال الإحصائيات المتعلقة بالمؤشرات الكمية للأزمة الصحية، بالتوازي مع توظيف أداتي الملاحظة والمقابلة. كما تم تصميم استبيان وُزّع على عينة قوامها 113 مبحوثاً، شملت مختلف الفئات الفاعلة في المستشفى (إداريين، أطباء، ممرضين، وصيادلة). ولإجراء المعالجة التحليلية للبيانات، تمت الاستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V20).

أبرز النتائج والاستنتاجات:

أفضت المعالجة الإحصائية والميدانية إلى جملة من المخرجات، يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

غياب التبني الشامل للمنهجية: أظهرت النتائج أن المؤسسة الاستشفائية (محل الدراسة) لا تتبنى نظام "إدارة الأزمات" بكافة مراحله العلمية والعملية بشكل متكامل.

قصور الفعالية: بيّنت الدراسة أن المراحل الخمس المتعارف عليها في سيرورة إدارة الأزمات تتسم بعدم الفعالية والقصور التام داخل المستشفى المدروس.

محدودية الأثر الإيجابي: خَلُصت الدراسة إلى أن إدارة الأزمات بالمستشفى لم تُسهم بشكل فعلي أو عملي في مجابهة التداعيات والضغوطات التي فرضتها الأزمة الصحية لجائحة (كوفيد-19).

2.8. الدراسات الأجنبية:

1.دراسة (Jean-Paul Domin) بعنوان :

Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009)

تتناول هذه الدراسة إشكالية تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية في فرنسا، مسلطة الضوء على جدلية الانتقال من "المنطق البيروقراطي" الكلاسيكي إلى منطق "المستشفى-المؤسسة .(Hôpital-entreprise) "فقد استهدفت الإصلاحات المتتالية (عبر مختلف الترسانات القانونية) إعادة هندسة التسيير الاستشفائي ونقله من المقاربة الإدارية البيروقراطية المحضة إلى مقاربة مستوحاة من "إدارة الأعمال"؛ بُغية إضفاء قدر أكبر من الرشادة والمرونة. غير أن هذا التحول التنظيمي اصطدم بجملة من الصعوبات والعوائق الميدانية المرتبطة بالطبيعة المعقدة والخصائص المتفردة للمستشفى العمومي

المقاربة المنهجية:

لمقاربة هذه الإشكالية، اعتمد الباحث منهجاً تحليلياً ارتكز على القراءة الفاحصة للنصوص القانونية والتنظيمية الضابطة لسيرورة تسيير وإدارة المستشفى العمومي. وقد سعت الدراسة إلى موضعة هذه النصوص ضمن سياقات المدارس الإدارية المختلفة، في محاولة لتفكيك "المنطق المؤسساتي" للمستشفى؛ بدءاً من التحليل البيروقراطي، مروراً بعلاقات "الوكالة" المعتمدة في هذا التنظيم، وصولاً إلى تبلور فكر وتطبيقات "المستشفى-المؤسسة"

أبرز النتائج والاستنتاجات:

أفضت الدراسة التحليلية والتاريخية إلى صياغة مجموعة من المخرجات، أبرزها:

التجذر التاريخي للمنطق الإداري: إن منطق إدارة المستشفى الفرنسي هو منطق إداري بالأساس، تعود جذوره التاريخية إلى مرحلة ما بعد الثورة الفرنسية (تحديداً بموجب قانون 07 أكتوبر 1796)، حيث أُسند تسيير المؤسسة آنذاك إلى "لجنة إدارية (Commission administrative) "تتألف من 5 مواطنين محليين برئاسة رئيس البلدية، مع تعيين "أمين" للقيام بالإدارة الفعلية. وهو المنصب الذي تطور لاحقاً ليصبح "مديراً" متمتعاً بسلطة هرمية ومحاسبية واضحة.

استمرارية البيروقراطية: رصدت الدراسة استمراراً وتجذراً للمنطق البيروقراطي، وذلك على الرغم من التعديلات الهيكلية العميقة التي مسّت تنظيم "مجلس الإدارة" غداة إرساء معالم الجمهورية الخامسة سنة 1958 (والذي حل تدريجياً محل اللجنة الإدارية).

انحسار الدور التشاركي: تم تسجيل تقلص ملحوظ في الدور "الديمقراطي" لمجلس الإدارة، حيث بات دوره مقتصراً في الغالب على التداول والمصادقة على التوجهات الاستراتيجية الكبرى للمؤسسة دون الغوص في التفاصيل التشغيلية.

الدعوة لتبني النموذج البريطاني: أبرزت النتائج أهمية وضرورة الاستلهام من النموذج الاستشفائي البريطاني الذي يُكرس الديمقراطية في التسيير، والرقابة الصارمة على الأداء، والمشاركة في صنع القرارات؛ مما يُسهم بشكل مباشر في تحسين جودة الخدمات ومخرجات الرعاية الصحية.

صلاحيات التعيين والرقابة: بيّنت الدراسة أن صلاحيات توظيف مدير المؤسسة، والمدير المالي، والمديرين المساعدين تعود إلى المجلس؛ والذي يضطلع بدوره المحوري في المصادقة على التوجهات الاستراتيجية، وفرض الرقابة على الفعالية التشغيلية، وضمان جودة العلاجات، وتقييم النتائج والمخرجات المالية للمؤسسة.

2.دراسة ، سهام مشموم،هاجر لعسيري، نادية موفدي بعنوان:

Management de la crise de la COVID 19 dans les établissements hospitaliers : Cas du CHU de Fès, MACHMOUME

تندرج هذه الدراسة ضمن مقال علمي منشور بمجلة "Alternatives Managériales Economiques"الصادرة عن جامعة سيدي محمد بن عبد الله بمدينة فاس (المغرب) خلال عام 2022. وقد تمحورت الإشكالية الرئيسية للبحث حول التساؤل الآتي: **"إلى أي مدى ساهمت المقاربات الإدارية الحديثة في تعزيز مرونة المراكز الاستشفائية وصمودها أمام الأزمة الصحية (كوفيد-19)؟"**

المقاربة المنهجية وأدوات الدراسة:

لمقاربة هذه الإشكالية، اعتمد فريق البحث على أداة الاستبيان كمنهجية لجمع البيانات؛ حيث تم تصميم وتوجيه استمارة استقصائية لعينة ميدانية شملت 103 من المهنيين والكوادر العاملة بالمراكز الاستشفائية، موزعين على مختلف الفئات (الطاقم الإداري، والطاقم الطبي، والطاقم شبه الطبي).

أبرز النتائج والاستنتاجات:

أفضت المعالجة التحليلية لبيانات الدراسة إلى جملة من المخرجات، يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

تغير الأنماط الإدارية: لاحظ 74% من أفراد العينة تغييراً ملموساً وجذرياً في نمط إدارة المستشفى إبان الأزمة، لاسيما في صفوف الطواقم العاملة في خطوط المواجهة المباشرة مع مرضى (كوفيد-19).

طغيان الارتجال على التخطيط: صرّح 40% فقط من المستجيبين بوجود تخطيط فعلي لإدارة الأزمة، في حين اعتبره 27% ضعيفاً أو منعدماً؛ وهو مؤشر صريح على لجوء الإدارة إلى أسلوب "الارتجال والتكيف الظرفي السريع" كبديل عن التخطيط الاستراتيجي المنظم.

تضاعف أعباء العمل: رصدت الدراسة ضغوطاً مهنية حادة؛ حيث أشار 65% من المهنيين إلى زيادة كبيرة في حجم الأعباء، وسجل 60% تسارعاً في إيقاع العمل، بينما لاحظ 22.5% تغييراً في طبيعة مهامهم المعتادة.

تحديات الموارد البشرية: أبدى 55% من المبحوثين رضاهم النسبي عن تسيير الموارد البشرية، مترافقاً ذلك مع الإقرار بوجود عجز هيكلي ونقص في الكوادر الطبية، وهو واقع فاقمت الجائحة من حدته.

أزمة الثقة والمخاطر المهنية: سُجل تدنٍ واضح في مستوى الثقة تجاه الإدارة الجديدة، إذ لم تتجاوز النسبة 12.6%. بالتوازي مع ذلك، اعتبر 66% من العاملين أن مخاطر التعرض لعدوى الفيروس داخل البيئة الاستشفائية كانت بالغة الارتفاع.

الاستنتاج العام: خَلُص البحث إلى أن الأزمة قد فرضت بلورة آليات إدارية مرنة قادرة على التكيف الآني مع التهديدات، غير أن هذه الإفرازات انعكست سلباً على منسوب الثقة لدى العاملين، مما قد يُلقي بظلاله على استقرار الأداء المؤسساتي على المدى الطويل.

حدود الدراسة: اختُتم المقال بتقديم رؤية عملية تطبيقية حول تداعيات الإدارة المستحدثة، مع إقرار فريق البحث ببعض الحدود المنهجية التي واجهت عملهم، أبرزها صغر حجم العينة المدروسة، والتطور المستمر والديناميكي للأزمة الوبائية آنذاك.

3. دراسة Olivier Velin و Stéphanie Flacher بعنوان :

Gestion de crise : clés de lecture et perspectives quelque clefs de lecture de la gestion de crises ,a partir du COVID19

تندرج هذه الدراسة ضمن مقال علمي نُشر عبر منصة البحث الأكاديمي (ResearchGate) خلال عام 2020. وقد تمحورت الإشكالية الرئيسية للبحث حول **آليات "إدارة الأزمات"، لاسيما في سياق جائحة "كوفيد–19"**، مسلطةً الضوء على التحديات البالغة التعقيد التي تكتنف عملية صنع واتخاذ القرار في ظل الظروف الاستثنائية.

وانطلقت الإشكالية من التساؤل حول كيفية انتقال الأفراد والمجتمعات من موقع "المتفرج" أو "المنفذ السلبي" للتدابير المفروضة إلى موقع "الفاعل الإيجابي" في مواجهة الأزمة. كما ناقشت الدراسة سبل الاستعداد الاستباقي للمخاطر، وتجاوز حالة "الإنكار النفسي والاجتماعي"، وصولاً إلى طرح تساؤلات استراتيجية حول كيفية بناء نموذج سوسيو–اقتصادي جديد يتواكب مع التحولات الرقمية والهيكلية لضمان التعافي التام والخروج الفعلي من الأزمة.

المقاربة المنهجية:

لمقاربة هذه الإشكالية المتشعبة، اعتمد الباحثان على منهجية التحليل النظري المعمق، مدعومةً بالاستقراء التاريخي من خلال استحضار واستخلاص الدروس من أزمات وكوارث سابقة (على غرار كارثتي تشيرنوبيل وفوكوشيما).

أبرز النتائج والاستنتاجات:

أفضت المعالجة التحليلية إلى صياغة جملة من النتائج والمخرجات، يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

حتمية التخطيط الاستباقي: ترتكز الإدارة الفعالة للأزمات بالأساس على التقييم المسبق للمخاطر وإعداد خطط استجابة مدروسة، كبديل حتمي عن سياسة الارتجال وردود الأفعال اللحظية.

مخاطر الإنكار المجتمعي: إن الاستهانة بالمخاطر (بحجة ضآلة احتمالية وقوعها) تولّد حالة من الإنكار وتؤدي بالضرورة إلى تأخر كارثي في الاستجابة، وهو الفخ الذي وقعت فيه العديد من الأنظمة إبان جائحة كوفيد-19.

الوعي بالهشاشة الإنسانية: دعت الدراسة إلى ضرورة الإقرار والقبول الفلسفي بحالة الهشاشة الإنسانية أمام الكوارث، بما يتضمنه ذلك من استعداد نفسي لمواجهة حتميات المرض والموت.

المسؤولية المشتركة: أهمية صياغة خطط طوارئ استباقية للحد من التداعيات، مع التشديد على تكريس مبدأ المسؤولية المزدوجة (الفردية والجماعية) في مجابهة الوباء.

كشف الإخفاقات الهيكلية: شكّلت الأزمة فرصة للتأمل النقدي في الإخفاقات السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية المتراكمة، كاشفةً عن مدى ضعف وهشاشة النموذج الاقتصادي الحالي.

نحو نموذج سوسيو-اقتصادي بديل: أوصت الدراسة بضرورة التأسيس لنموذج اقتصادي واجتماعي جديد يتناغم مع التغيرات التكنولوجية والرقمية، ويقوم على أسس أكثر عدالة وإنصافاً في توزيع الثروات (القيم) والسلطة.

المقاربة الفلسفية والتاريخية: التأكيد على أهمية الاستناد إلى رؤية فلسفية وتاريخية شاملة في قراءة وتفكيك الأزمات، بوصفها منطلقاً جوهرياً لتحمل المسؤوليات وتجاوز التداعيات بفعالية.

4. **دراسة Mehmet Enes ، Abdul-Ghaffar Donko، Nimetcan Mehmet Yağma Gökler بعنوان: Management of Hospitals during COVID-19 pandemic.**

تندرج هذه الدراسة ضمن مقال علمي (تقرير بحثي) منشور بمجلة "Medical Research Reports" الصادرة عن جامعة "أنقرة يلدريم بيازيت" (تركيا) خلال عام 2020. وقد تمحورت الإشكالية الرئيسية للدراسة حول التحديات البنيوية والتنظيمية الكبرى التي واجهت إدارة المستشفيات إبان جائحة "كوفيد-19"؛ لاسيما العجز المسجل في الموارد البشرية (أطباء وممرضين)، والنقص الحاد في المعدات الطبية) كأجهزة التنفس الاصطناعي ومعدات

الحماية الشخصية(PPE)، فضلاً عن ضيق المساحات الاستيعابية، وتزايد الضغط على قدرات الاستجابة الطارئة وسلاسل التوريد اللوجستية. وسعت الدراسة إلى استكشاف وتقييم آليات تعامل مختلف الدول مع هذه التحديات في ظل التفشي السريع للفيروس، مع التأكيد على حتمية تبني استراتيجيات مبتكرة لضمان استمرارية الخدمات الصحية بفعالية وأمان.

المقاربة المنهجية:

لمقاربة هذه الإشكالية، اعتمد الباحثون على منهجية "المراجعة الأدبية (Review Article) "المستندة إلى التحليل المعمق للمصادر الثانوية؛ كتقارير منظمة الصحة العالمية(WHO) ، والدراسات السابقة حول الأوبئة) مثل سارس(H1N1)، بالإضافة إلى تحليل أمثلة وتجارب عملية لدول مختلفة (كالصين، والولايات المتحدة، وتركيا، ودول أوروبية). ولم تعتمد الدراسة على أدوات البحث الأولي (كالاستبيانات أو التحليل الإحصائي الميداني)، بل استندت إلى استقراء البيانات والإحصائيات والتقارير المنشورة حتى شهر يونيو 2020.

أبرز النتائج والاستنتاجات:

أفضت هذه المراجعة التحليلية إلى جملة من المخرجات، تم تصنيفها وفق المحاور الآتية:

الضغط الوبائي الهائل: بحلول 18 يونيو 2020، سُجلت أكثر من 8 ملايين إصابة و445 ألف حالة وفاة عالمياً (تركزت أساساً في الأمريكتين وأوروبا)، مما يعكس حجم الضغط الهائل والعبء غير المسبوق الذي أُثقلت به كاهل الأنظمة الصحية.

إدارة الموارد البشرية: برزت استراتيجية إعادة التوزيع الجغرافي للكوادر الطبية نحو البؤر الموبوءة (كنقل 20 ألف ممارس إلى مدينة ووهان، وألف إلى نيويورك). وفي التجربة التركية، تم تجميد استقالات العاملين وتأجيل إجازاتهم، مع توظيف 32 ألف متخصص إضافي، وتوحيد برامج التدريب وفق بروتوكولات وزارة الصحة.

التوريد والإنتاج اللوجستي: التوجه نحو التصنيع المحلي للمعدات الحيوية (كأجهزة التنفس في تركيا، والإنتاج المحلي للأدوية عبر شراكات بين القطاعين العام والخاص)، وتفعيل التعاون الدولي (إرسال تركيا مساعدات طبية إلى 80 دولة). كما اعتمدت تركيا سياسة الشراء المركزي الموحد والتوزيع اليومي لمعدات الحماية الشخصية(PPE) ، في حين واجهت دول غربية تحديات تتعلق بضمان جودة الإمدادات المستوردة من الخارج.

التوسع الهيكلي والعمراني (المساحات): اللجوء إلى التشييد السريع للمستشفيات الميدانية والطارئة (مستشفى ووهان في غضون 10 أيام، ومستشفيان في إسطنبول)، بالإضافة إلى تحويل المرافق العامة (ملاعب في الهند والبرازيل، فنادق في مدريد، وإقامات جامعية في نيويورك) إلى مراكز رعاية وعزل مؤقتة. كما اعتمدت تركيا تصنيفاً خاصاً

لـ "مستشفيات الجائحة" (المجهزة بوحدات عناية مركزة متقدمة)، مع تعليق العمليات الجراحية غير المستعجلة وتوجيه المرضى العاديين نحو مؤسسات استشفائية أخرى لتخفيف الضغط.

9.التعقيب على الدراسات:

تُشكل الدراسات السابقة السالفة الذكر أرضية معرفية خصبة لفهم واقع وآليات التسيير الاستشفائي، غير أن القراءة النقدية والفاحصة لمضامينها تكشف عن جملة من الفجوات البحثية التي تسعى هذه الأطروحة إلى تداركها، لاسيما في سياق إدارة الأزمات الصحية:

على صعيد الدراسات المحلية (ما قبل الجائحة): ركزت الدراسات الجزائرية (من 1 إلى 7) أساساً على تشخيص جودة الخدمات الصحية في الفترات الطبيعية (2010- 2018). وقد أجمعت هذه الجهود –المعتمدة غالباً على الاستبيانات والمقابلات– على تسجيل مستويات "متوسطة" للجودة، مع إبراز نقائص محورية كضعف الاستجابة وغياب ثقافة الجودة، لتخلص إلى توصيات كلاسيكية تتمحور حول حتمية التكوين وتبني النمط التعاقدي.

على صعيد الدراسات المحلية (إبان الجائحة): رغم ريادة الدراسة الثامنة (بالأطرش ومسروق، 2020) في معالجة أزمة "كوفيد-19" مباشرة وتسليطها الضوء على القصور الواضح في إدارة الأزمات بمستشفى "محمد بوضياف"، إلا أنها لم تتعمق بالقدر الكافي في تحليل القضايا المحورية المرتبطة بتسيير الموارد البشرية والمالية واللوجستية في ظل تلك الظروف الاستثنائية.

على صعيد الدراسات الأجنبية: قدمت الدراسات الأجنبية (من 9 إلى 12) مقاربات أوسع ومنظوراً دولياً قيماً؛ حيث تناولت دراسة "دومين" (9) إشكالية التحول الهيكلي من البيروقراطية إلى منطق "المستشفى-المؤسسة"، بينما ركزت دراسات أخرى (مشموم وآخرون، فيلين وفلاشر، وياغما وآخرون) على التحديات الميدانية لجائحة كوفيد-19، كنقص الموارد وتضاعف أعباء العمل، مع استعراض حلول استثنائية كتشييد المستشفيات الطارئة. ومع ذلك، اتسمت معظم هذه الجهود بغلبة الطابع الوصفي العام أو الاعتماد على عينات دراسة محدودة لا تعكس الشمولية المطلوبة.

– الفجوة البحثية وأهمية الأطروحة:

من خلال الفجوات البحثية المتوصل اليها من الدراسات السابقة تنبثق الأهمية العلمية والعملية لهذه الأطروحة؛ إذ تتقاطع مع الجهود السابقة في محاولة فهم وتقييم نمط التسيير الاستشفائي، لكنها تتميز بتسليط الضوء الدقيق على السياق الجزائري في ذروة الأزمة الصحية (كوفيد-19) لتقييم مدى مرونة النظام الصحي. وتهدف دراستنا إلى استثمار هذه التراكمات المعرفية والتجارب الدولية لصياغة "نموذج تسييري متكامل" يدمج بين مبادئ الجودة الشاملة

ومتطلبات الاستجابة الطارئة للازمات، ويتسم بالمرونة والقدرة الفائقة على الصمود والتكيف، بما يضمن استدامة وفعالية المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية في تقديم الخدمات الصحية إزاء أي أزمات وتهديدات وبائية مستقبلاً.

وانطلاقاً من أوجه القصور التي كشفت عنها الدراسات السابقة، وسعياً لسدّ هذه الفجوات البحثية بشكل عملي وتطبيقي، تتجلى إسهامات هذه الأطروحة فيما يلي:

• **تأصيل علمي للمفاهيم**: ساهمت الدراسة في توضيح الإطار النظري المرتبط بالتسيير الاستشفائي والأزمات الصحية، مع ربطه بواقع الأنظمة الصحية، خاصة في الجزائر، مما يعزز الأدبيات العلمية في هذا المجال.

• **تحليل واقعي ميداني**: قدّمت الدراسة تحليلاً ميدانياً معمقاً لتجربة المؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة، من خلال تقييم كيفية إدارتها للأزمة الصحية، اعتماداً على أدوات علمية (استبيان ومقابلات) وتحليل إحصائي.

• **إبراز دور التسيير الاستشفائي**: أظهرت الدراسة بشكل واضح أن فعالية مواجهة الأزمات الصحية لا ترتبط فقط بالإمكانيات المادية، بل تتأثر بشكل كبير بنمط التسيير المعتمد، خاصة في مجالات التخطيط، إدارة الموارد، اتخاذ القرار، والتنسيق.

• **تشخيص نقاط القوة والضعف**: مكّنت الدراسة من تحديد مكامن القوة التي ساعدت المؤسسة على التكيف مع الأزمة، إلى جانب الكشف عن النقائص والصعوبات التي واجهتها، سواء على المستوى التنظيمي أو البشري أو اللوجستي.

• **تقديم توصيات عملية**: لم تقتصر الدراسة على الجانب الوصفي، بل اقترحت مجموعة من التوصيات العملية القابلة للتطبيق، تهدف إلى تحسين أنماط التسيير الاستشفائي وتعزيز جاهزية المؤسسات الصحية لمواجهة أزمات مستقبلية.

10.توظيف الدراسات السابقة: استعان الباحث بالدراسات السابقة التي اطلع عليها في بناء مخطط البحث ونموذج الدراسة الذي سيعتمده للإجابة على الإشكالية الأطروحة، حيث استرشد بهذه الدراسات في:

- ضبط الإشكالية وصياغة التساؤلات؛
- ضبط الحدود النظرية للبحث؛
- نموذج الدراسة التطبيقي ومنهجية فحص واختبار الفرضيات؛
- بلورة الاستمارة لجمع البيانات وتحليلها فيما بعد؛

11.هيكلة البحث:بغرض الإحاطة بمختلف جوانب موضوع بحثنا والإجابة عن الإشكالية الخاصة تم تقسيم البحث إلى ثلاثة فصول منها نظريان وفصل تطبيقي، وذلك وفق الهيكلة الآتية:

الفصل الأول: الإطار العام للنظام الصحي والمؤسسات الصحية العمومية

قسم الفصل الأول إلى ثلاث مباحث تناول المبحث الاول النظام الصحي العالمي، والمبحث الثاني النظام الصحي في الجزائر، والمبحث الثالث عموميات المؤسسات الصحية العمومية.

الفصل الثاني: التسيير الاستشفائي والأزمة الصحية كوفيد-19.

تم تقسم الفصل الثاني إلى ثلاث مباحث تناول المبحث الأول أنماط التسيير الاستشفائي، اما المبحث الثاني، الأزمة الصحية كوفيد19 والمبحث الثالث التدابير المتخذة لمواجهة الأزمة الصحية لجائحة كوفيد-19 في الجزائر.

الفصل الثالث: الفصل الثالث: تقييم فعالية نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة جائحة كوفيد-19 بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان.

وتم تقسيم الفصل الثالث إلى ثلاث مباحث، فالمبحث الأول بعنوان تقديم المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، أما المبحث الثاني تم تخصيصه للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، والبحث الثالث فقد عالج المعالجة الكمية وتحليل النتائج وتفسرها.

الخاتمة: وتشمل أهم النتائج المتوصل إليها والتوصيات والاقتراحات.

الفصل الأول

الإطار العام للنظام الصحي والمؤسسات الصحية

مقدمة الفصل الأول.

تُعد المنظومة الصحية من الدعائم الجوهرية لأي مجتمع يطمح إلى تحقيق التنمية الشاملة وسعادة أفراده. فهي تشكل الهيكل الإداري المنظم الذي يكفل إيصال الرعاية الطبية بمستوى رفيع وبصورة متكافئة وكاملة لكل فئات الشعب. تتنوع عناصر هذا النظام، إذ تضم المنشآت الطبية الحكومية، والشركات الخاصة، والجمعيات الأهلية، فضلاً عن القواعد التشريعية والخطط التي تنظم أداء تلك الجهات وتوجّهها نحو تحقيق الأهداف الصحية المرجوة. وتمثل المراكز الصحية التابعة للدولة الركيزة الكبرى في بنيان الصحة بالعديد من البلدان، إذ تؤدي وظيفة جوهرية في تأمين العلاج الأولي، ومكافحة الأوبئة، ودعم السلامة الصحية العامة.

وتعتبر المؤسسات الصحية العمومية حجر الزاوية في هذه المنظومة، حيث تضطلع بدور محوري في تقديم خدمات صحية متكاملة تشمل الرعاية العلاجية والوقائية، إلى جانب مساهمتها في مكافحة الأوبئة وتعزيز الصحة العامة. كما تتميز بقدرتها على توفير خدمات صحية بجودة مقبولة وتكلفة منخفضة، بما يساهم في تحقيق العدالة الاجتماعية وتقليص الفوارق في الاستفادة من الخدمات الصحية. غير أنّ هذه المؤسسات تواجه جملة من التحديات، من أبرزها محدودية الموارد المالية، وتقادم التجهيزات، ونقص الكفاءات البشرية، وهو ما يستدعي تبني إصلاحات مستمرة وآليات تسيير حديثة لضمان فعاليتها واستدامتها.

وانطلاقًا من ذلك، يهدف هذا الفصل إلى تقديم عرض شامل للإطار العام للنظام الصحي، من خلال التطرق في المبحث الأول إلى النظام الصحي العالمي من حيث مفهومه ومكوناته وأنماطه ودور المنظمات الدولية، ثم تناول خصوصيات النظام الصحي في الجزائر في المبحث الثاني، ليُختتم الفصل بالمبحث الثالث الذي يعالج عموميات المؤسسات الصحية العمومية من حيث تعريفها، وخصائصها، وأهدافها، وتصنيفاتها، وأدوارها المختلفة، مع إبراز التحديات التي تواجهها والآليات الكفيلة بتحسين أدائها.

وبناءً على ما تقدم، سنعالج في طيات هذا الفصل المحاور التالية:

- **المبحث الأول**: النظام الصحي العالمي.
- **المبحث الثاني**: النظام الصحي الجزائري.
- **المبحث الثالث** :المؤسسات الصحية العمومية.

المبحث الأول: النظام الصحي العالمي.

يُشكل النظام الصحي العالمي شبكة متكاملة ومترابطة من الكيانات المؤسساتية، والسياسات المتبعة، والأطراف الفاعلة التي تسعى جاهدة للارتقاء بالصحة العامة، وضمان تقديم خدمات رعاية صحية تتسم بالعدالة والفعالية. وفي ظل تنامي التحديات الصحية العابرة للحدود الجغرافية، مثل تفشي الأوبئة وتداعيات التغير المناخي، تبرز أهمية التعاون الدولي من خلال منظمات مثل منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، الصليب الأحمر ومنظمة اليونيسيف UNICEF. وعلى الرغم من تباين واختلاف النظم الصحية من دولة إلى أخرى، إلا أنها تتقاطع جميعها عند غاية مشتركة تتمثل في بلوغ التغطية الصحية الشاملة وتجويد مستوى الرعاية الطبية. وتتجلى أهمية الخوض في هذا المبحث في استيعاب وتحليل مختلف أنواع الأنظمة العالمية، وإدراك الدور المحوري الذي تلعبه المنظمات الدولية في رسم وتوجيه مسار السياسات الصحية على امتداد العالم.

المطلب الأول: ماهية النظام الصحي ومكوناته.

قبل الخوض في تفاصيل الأنظمة الصحية العالمية والشروع في تحليل نماذجها المتعددة، يتعين علينا أولاً التطرق إلى جملة من المفاهيم والمصطلحات الأساسية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً ومباشراً بالنظام الصحي. إذ أن الاستيعاب الدقيق لهذه المفاهيم يمنحنا القدرة على دراسة وتحليل السياسات الصحية بأسلوب أكثر دقة ومنهجية، كما أنه يؤسس لإطار معرفي متين يساهم بفعالية في تقييم وفهم النظم الصحية العالمية بشكل سليم وشامل.

1. الصحة:

يُعتبر مصطلح الصحة مفهوماً مركباً وذا أبعاد متشعبة؛ فهو يرتبط من ناحية أولى بكيان الإنسان ووجوده ضمن أبعاده البدنية والنفسية والاجتماعية، ويمثل من ناحية ثانية مفهوماً علمياً غير ثابت يخضع للتطور بإختلاف الزمان والمكان، كما يتأثر بشكل مباشر بالظروف والمعطيات الثقافية والاقتصادية المحيطة بكل مجتمع على حدة.

1.1. مفهوم الصحة :تُعرّف الصحة في اللغة العربية بالصِّحة والصِّح، وقد جاءت في صيغة المصدر على وزن "فِعْلَة" بكسر الفاء، وهو ما أوضحه شُرّاح المعاجم كصاحب معجم "لسان العرب". وتُصنف ضمن الكلمات التي يأتي مصدرها وفق هذا الوزن الصرفي، على شاكلة مفردات مثل: القِلّ والقِلّة، والذُّل والذِّلة. أما معنى الصِّحاح فهو نقيض السقم والمرض وزوالهما، ويُقال في لغة العرب: "صحّ فلان من علته واستصحّ"، بمعنى أنه تماثل للشفاء التام واسترجع حالته الطبيعية السليمة والمعافاة بعد معاناة مع المرض.[1]

[1] جمال الدين أبو الفصل محمد ابن مكرم،**لسان العرب ابن منظور**،المجلد الرابع،ج28،القاهرة،درا المعارف،1981،ص:2401.

يشير قاموس "لاروس (Larousse) "إلى أن مصطلح الصحة (la santé) مستمد في أصله من المفردة اللاتينية (Sanitas). وتعبر هذه الكلمة عن الوضعية التي يشتغل فيها جسد الإنسان بأسلوب طبيعي واعتيادي، بحيث يكون خالياً من أي مرض. وبمعنى آخر، هي استمرارية المحافظة على الحالة الطبيعية للبدن، سواء اتسمت هذه الحالة بالجودة أو السوء، وهو ما يضفي على مسألة الصحة طابعاً بالغ الحساسية.

وفي هذا السياق، يتجلى بوضوح مدى الاهتمام الواسع بصحة الأفراد والمجتمعات على حد سواء، ويتجسد ذلك عملياً من خلال المهام التي تضطلع بها مكاتب ومصالح الصحة من ناحية، والحرص الشديد على العناية بالصحة العقلية والنفسية من ناحية ثانية، بالإضافة إلى الأدوار المحورية التي تلعبها مصالح الطب العسكري وغيرها من الجهات المختصة.[1]

من جهتها، تُقّدم منظمة الصحة العالمية (O.M.S) تعريفاً شاملاً لمصطلح الصحة، حيث تصفها بأنها "حالة من الرفاه واكتمال السلامة التامة من الناحيتين البدنية والعقلية، ولا تقتصر بأي شكل من الأشكال على مجرد الخلو من الأمراض أو غياب حالة التوازن".[2]

أما البنك الدولي (Banque mondiale) ، فقد صاغ تعريفاً لمفهوم الصحة يراها فيه على أنها "القدرة الفعلية على إرساء وبلوغ حالة صحية جيدة داخل المجتمع، وهي وضعية ترتبط بشكل وثيق بالتأثيرات والنتائج الناجمة عن تنامي معدلات الدخل، ومستويات التعليم، والأنماط السلوكية التي يتبناها الأفراد. كما تقترن هذه الحالة بحجم النفقات المالية المخصصة ومدى نجاعة وكفاءة توظيفها ضمن المنظومة الصحية للدولة، مع الأخذ بعين الاعتبار مستويات ومعدلات تفشي الأمراض داخل النسيج المجتمعي، وذلك بالتلازم والارتباط المباشر مع طبيعة الظروف المناخية والبيئية السائدة".[3]

علاوة على ذلك، تُعرّف الصحة بكونها "الوضعية التي يكون فيها الفرد خالياً تماماً من أي علل أو أسقام، ويُشترط فيها أن تشمل الجوانب البدنية، والعقلية، والاجتماعية معاً، انطلاقاً من المبدأ القائل بأن العقل السليم يكمن في الجسم السليم. فالشخص المعافى هو ذاك الذي يستشعر تمام عافيته الجسدية، ويمتلك رؤية متوازنة وواقعية للعالم، ويتفاعل مع محيطه البشري بطريقة إيجابية. وعليه، فإن دلالة الصحة تتضمن شقين أساسيين: إما الوقاية والسلامة المسبقة من الأمراض، أو التعافي وزوال العلة إثر الإصابة بها."

---

[1] نور الدين حاروش،**إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**،دار كتامة للكتاب،الجزائر،2008، ص:59.

[2] عبد المهدي بواعنة، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية،مفاهيم وأساسيات في الإدارة الصحية**، دار الحامد، عمان، ط1، 2004، ص:27.

[3] خروبي بزارة عمر،**إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999–2009) دراسة حالة:المؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف الشلف**،مذكرة لنيل شهادة ماجستير،جامعة الجزائر03،كلية العلوم السياسية والإعلام،تخصص رسم السياسات العامة،2010،ص:15.

وبناءً على التقاطع بين دلالتي الصحة والمرض، يصبح بالإمكان رسم مستويات متدرجة للحالة الصحية ضمن مقياس معياري (مدرج قياسي). يتموقع في أحد قطبيه مستوى "الصحة المثالية"، بينما يقبع في القطب المعاكس حالة انعدام الصحة التام والتي تعني "الموت". وتتوسط هذين النقيضين مراتب ودرجات متباينة من العافية، ويمكن حصر وتفصيل هذه الدرجات في النقاط الآتية:[1]

- **الصحة المثالية:** تُمثل ذروة التكامل والكمال، وتتحقق عند اكتمال وسلامة كافة الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد معاً. غير أن هذه الحالة تُعد وضعاً مثالياً ونظرياً بحتاً، ونادراً جداً ما يمكن بلوغه أو توفره في الواقع الطبيعي المعاش.
- **الصحة الإيجابية:** تتميز هذه الدرجة بتوفر طاقة صحية إيجابية وفاعلة، حيث تقوم مختلف أجهزة الجسم وأعضائه بتأدية وظائفها الحيوية بكفاءة واقتدار عاليين، وهو ما يمنح الفرد القدرة الكافية والصلابة اللازمة لمجابهة كافة التحديات والمشاكل والمؤثرات، سواء كانت ذات طبيعة بدنية، أو نفسية، أو اجتماعية.
- **الصحة المتوسطة:** في هذا المستوى، يفتقر الفرد لوجود طاقة إيجابية فائقة، إلا أن جسمه يستمر في أداء وظائفه الأساسية بشكل معقول، ويظل قادراً على مقاومة الأمراض والعلل في ظل الظروف الاعتيادية والطبيعية.
- **المرض غير الظاهر:** يمثل الحالة التي لا يشتكي فيها المريض من أي أعراض واضحة أو علامات ملموسة تدل على إصابته بمرض ما، غير أنه يمكن في هذا الوضع رصد الخلل واكتشاف العلة الكامنة من خلال الخضوع للفحوصات الطبية الدقيقة أو إجراء تحاليل واختبارات سريرية خاصة.
- **المرض الظاهر:** يتجلى هذا المستوى بوضوح عندما يبدأ المريض في الشكوى الفعلية من أعراض محسوسة تؤرقه، أو تظهر عليه علامات ودلائل مرضية بيّنة وواضحة للعيان يمكن تشخيصها بسهولة.
- **مستوى الاحتضار:** وهي المرحلة الحرجة والمتقدمة جداً التي تتدهور فيها الحالة الصحية للمريض إلى أبعد الحدود وتسوء بشكل بالغ، بحيث يصبح من الصعب جداً أو شبه المستحيل على المريض استرجاع عافيته وتوازنه الصحي المفقود.
- **الموت:** يمثل درجة الانعدام التام للصحة، وفي هذه النهاية الحتمية تتوقف كافة الأعضاء الحيوية للجسم عن تأدية وظائفها وواجباتها بشكل نهائي وقاطع، لتنتهي بذلك حياة المريض.

[1] بودية بشير، **اشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية،دراسة حلة المؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بوجمعة بشار**،أطروحة دكتوراه العلوم الاقتصادية،تخصص علوم التسيير،جامعة أبوبكر بلقايد،تلمسان،2016، ص: 126.

2. مفهوم المعالجة الطبية تُعتبر المعالجة الطبية مكوناً أساسياً، وفرعاً متخصصاً، وميداناً حيوياً من الميادين المتعددة للرعاية الصحية. وينصب تركيزها بالأساس على استهداف المرض أو الخلل العضوي بُغية إزالته والقضاء عليه، أو على الأقل التخفيف من حدته ومضاعفاته بعد أن يكون قد أصاب الإنسان وحل بجسده. وبناءً على هذه الغاية، يتسم نطاق المعالجة الطبية بالضيق والمحدودية مقارنة بمفاهيم أشمل، حيث ينتهي دورها العملي ومجال تدخلها بمجرد التعامل مع الداء؛ لتفسح المجال واسعاً ليبدأ بعد ذلك الدور الأشمل والأعم للرعاية الصحية بمفهومها المتكامل والمستدام.[1]

1.2. مفهوم الرعاية الصحية:

تُعرّف الرعاية الصحية على أنها نشاط متكامل يرمي بالأساس إلى ترقية وتعزيز المستويات الصحية للأفراد والمجتمعات على حد سواء، ويشمل ذلك التكفل بكافة الأبعاد الجسدية، والنفسية أو العقلية والذهنية، فضلاً عن الجوانب الاجتماعية. وتضع هذه الرعاية في طليعة اهتماماتها مسألة الحيلولة دون وقوع المرض أو منع الإصابة به والوقاية الاستباقية منه، معتمدة في ذلك على طيف واسع من الوسائل والآليات الفعالة وغير المكلفة مادياً. وفي حال تعرض شخص ما للإصابة أو المرض، تبادر الرعاية الصحية بالتدخل الفوري لتقديم العلاج الطبي اللازم. غير أن مهامها ونشاطاتها لا تتوقف أو تنتهي عند هذه المحطة العلاجية فحسب، بل يمتد دورها الحيوي ليشمل التدخل المستمر من أجل إعادة تأهيل المرضى الذين لم يتماثلوا للشفاء التام والكامل من أمراضهم، ومساعدتهم على التكيف مع وضعهم الصحي الجديد.[2]

3. التطور التاريخي للأنظمة الصحية:

يُشدد العديد من الخبراء والمتخصصين في مجال الأنظمة الصحية على المستوى العالمي، على اعتبار النظام الصحي بمثابة الآلية الفعالة والوسيلة الأساسية التي تُمكّن من رصد وتحديد الاحتياجات المتنوعة للأفراد فيما يخص الخدمات الطبية والصحية، ومن ثم العمل الجاد والمستمر على تلبيتها وتوفيرها بالشكل الأمثل.

1.3. مفهوم النظام الصحي: يُعرّف النظام الصحي بكونه منظومة متكاملة تضم كافة المنظمات، والمؤسسات، والموارد (المادية والبشرية) التي تتجه غايتها الأساسية نحو الارتقاء بالمستوى الصحي للأفراد وتحسينه. ولضمان سيرورة هذا النظام ونجاعته، فإنه يستوجب توفر طاقم من الموظفين المؤهلين، وموارد مالية كافية، وأنظمة معلومات دقيقة، فضلاً عن الإمدادات الطبية، ووسائل النقل والاتصال الفعالة، إلى جانب وجود توجيهات وسياسات عامة واضحة

[1] بواعنة عبد المهدي، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية**، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص:30

[2] بواعنة عبد المهدي، **مرجع سابق**، ص:31.

المعالم. وفي ظل توفر هذه الدعائم والوسائل، يُشترط على المنظومة الصحية الالتزام بتقديم خدماتها بتكاليف وأسعار عادلة ومناسبة، مع الحرص التام والموازي على ضمان تقديم رعاية إنسانية تعامل المرضى والأفراد بكل احترام ولياقة.[1]

قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفاً دقيقاً وشاملاً للنظام الصحي، حيث وصفته بأنه كيان متكامل يضم كافة المنظمات، والمؤسسات، والموارد المادية والبشرية التي تتجه غايتها الأساسية والمحورية نحو الارتقاء بالصحة العامة وتحسينها. ولضمان الأداء الفعال والسيرورة السليمة لهذا النظام، فإنه يتطلب حتماً توفير طاقم من الموظفين والكوادر المؤهلة، وموارد مالية كافية، وأنظمة معلومات دقيقة، فضلاً عن ضمان الإمدادات المستمرة، وتوفير وسائل النقل والاتصالات الفعالة، إلى جانب وجود توجيهات استراتيجية وسياسات عامة واضحة المعالم تؤطر عمله.

وعلاوة على ذلك، يتحتم على هذه المنظومة الصحية توفير خدمات طبية وعلاجية قادرة على تلبية الاحتياجات الفعلية والقائمة للمجتمع بأسعار منصفة وعادلة للجميع، مع السعي الحثيث والموازي لضمان معاملة الأفراد المستفيدين باحترام تام وبنحو لائق يحفظ كرامتهم الإنسانية. ويُعتبر النظام الصحي ناجحاً وفعالاً عندما يساهم بصفة ملموسة وعملية في تحسين نوعية حياة الأفراد يوماً بعد يوم.

وفيما يتعلق بتوزيع الأدوار، تقع على عاتق الحكومة المسؤولية الرئيسية والأولى في توجيه وضمان الأداء الإجمالي للنظام الصحي على المستوى الوطني؛ غير أن ذلك لا ينفي بتاتاً الأهمية البالغة والدور الحاسم الذي يلعبه الإشراف الميداني الجيد والمتابعة الدقيقة على مستوى الأقاليم والمناطق والبلديات، وصولاً إلى التسيير الداخلي لكل مؤسسة صحية على حدة.[2]

- يُعرّف النظام الصحي على أنه الإطار الهيكلي والتنظيمي الذي يُتيح فرصة رصد وتحديد المتطلبات والاحتياجات الفعلية للسكان فيما يخص الخدمات الصحية والطبية، ومن ثم السعي الحثيث لتوفير وتأمين هذه الخدمات. ويتم ذلك عبر إيجاد وتعبئة الموارد اللازمة، والعمل على إدارتها وتسييرها وفق أسس علمية وصحيحة تفضي في المطاف الأخير إلى صون صحة المواطن، وتعزيز عافيته، مع ضمان تقديم هذه الخدمات الرعائية بصورة شاملة ومتكاملة لكافة شرائح المجتمع، وبتكلفة مالية معقولة وفي متناول الجميع، وبطريقة ميسرة وسلسة.[3]
- كما يُنظر إليه بوصفه جملة من المكونات والعناصر المتشابكة التي تتفاعل وتترابط فيما بينها داخل شبكة متكاملة من الاتصالات والتنسيق. وتتضافر جهود هذه العناصر وتعمل جنباً

[1] برحو فافا سهيلة،**إصلاح المنظومة الصحية ودورها في انتعاش الاقتصاد الجزائري2002-2022**،أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية،تخصص تخطيط،جامعة الجزائر03، 2022،ص:13.

[2] خبازي فاطمة الزهراء،معوز نشيدة ، **صلابة النظم الصحية ضرورة حتمية لما بعد كورونا**،مجلة الاقتصاد الجديد،المجلد13،العدد2، 2022،ص:130.

[3] عدمان مريزق،**دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر**،مجلة العلوم الإنسانية،المجلد 12،العدد 02 ، 2012 ص:47.

إلى جنب بُغية تجسيد الهدف الأسمى للنظام، والذي يتبلور أساساً في كفالة وضمان بلوغ أعلى مستوى صحي وعلاجي ممكن، سواء للفرد أو للمجتمع ككل، مع الحرص التام على المحافظة على هذا المستوى والمضي قدماً في ترقيته وتطويره بصفة مستمرة ودائمة.

- واستناداً إلى ما ورد في التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية (OMS) لعام 2000، فإن "النظام الصحي يُعد نظاماً جامعاً يضم كافة المنظمات، والمؤسسات، والموارد المختلفة التي تم تخصيصها وتوجيهها لإنتاج الأفعال والأنظمة الصحية". وفي وقت لاحق، وتحديداً في سنة 2007، تبنت المنظمة ذاتها تعريفاً آخر يتسم بنطاق أضيق وأكثر تحديداً، حيث نص على أن "النظام الصحي يتشكل من جميع المنظمات، والأفراد الفاعلين، والإجراءات المتخذة التي تضع في مقدمة أولوياتها وغاياتها مسألة النهوض بمستوى الصحة، أو العمل على استعادتها عند فقدانها، أو الحفاظ عليها وصونها من التدهور."

وتأسيساً على كل ما سبق ذكره من مقاربات، يمكننا صياغة تعريف شامل للنظام الصحي يتمثل في كونه كياناً يضم باقة متكاملة من الإمكانيات والوسائل المتنوعة، سواء كانت مادية أو بشرية، والتي تتفاعل وتتكامل فيما بينها في ديناميكية مستمرة من أجل بلوغ وتحقيق جملة من الأهداف الاستراتيجية. ويبرز في طليعة هذه الأهداف تلبية وتغطية كافة الاحتياجات والمتطلبات الصحية الخاصة بالسكان بصفة عامة، مع ضمان توزيعها بشكل منصف وعادل يشمل جميع الفئات.

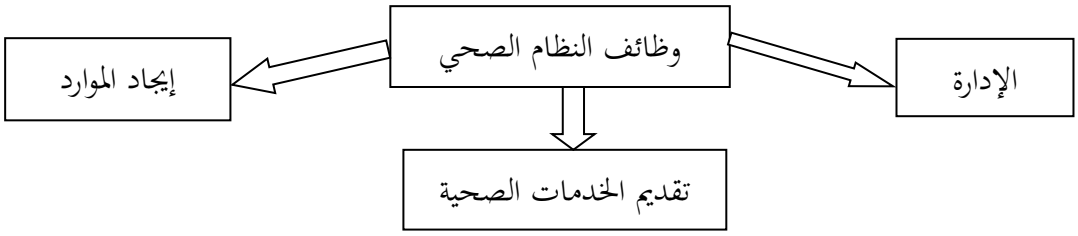
4.وظائف النظام الصحي: يضطلع النظام الصحي بمجموعة من الوظائف الحيوية، شأنه في ذلك شأن بقية الأنظمة العاملة في شتى المجالات والقطاعات الأخرى، والتي تتضمن في طياتها غايات وأهدافاً محددة تسعى جاهدة للوصول إليها وتجسيدها على أرض الواقع. وفي هذا السياق، يمكن حصر وتلخيص المهام والمسؤوليات الملقاة على عاتق المنظومة الصحية في ثلاث وظائف مركزية ورئيسية، نوردها على النحو الآتي:

1.4.وظيفة تقديم الخدمات الصحية: وتتجسد هذه الوظيفة من خلال العمل الدؤوب على توفير وتأمين كافة أشكال الخدمات الطبية، سواء تلك التي تتعلق مباشرة برعاية صحة الأشخاص وتطبيبهم (مثل إجراء الفحوصات الطبية الدقيقة، والتصوير بالأشعة، وبرامج إعادة التأهيل الحركي والنفسي، وغيرها من العلاجات المباشرة)، أو تلك التي تندرج ضمن خانة خدمات التعليم، والتثقيف، ونشر الوعي الصحي بين أوساط المجتمع.

2.4.وظيفة الإدارية: ترتكز هذه الوظيفة المحورية على توحيد وتنسيق قواعد وأسس العمل داخل القطاع، ويشمل ذلك مهام التنظيم الهيكلي، وضبط وتحديد الأولويات الصحية الملحة، فضلاً عن السهر على إعداد وصياغة السياسات العامة، وسن القوانين والتشريعات التي تضبط سير المنظومة وتوجه مسارها.

3.4.وظيفة إيجاد الموارد: وتُعنى هذه الوظيفة بشكل أساسي بتأمين وضمان الحصول على كافة المساهمات والمدخلات اللازمة لضمان استمرارية المجال الصحي، ويشمل ذلك استقطاب الموارد البشرية المؤهلة من طواقم طبية وشبه طبية وإدارية، إلى جانب حشد الموارد المالية والتمويلات الضرورية. كما تتولى هذه الوظيفة مسؤولية السهر على توزيع هذه الموارد وتخصيصها توزيعاً عادلاً وملائماً، بحيث يتماشى بدقة مع حجم وطبيعة الاحتياجات الصحية الفعلية للسكان المستهدفين.[1]

الشكل (01-01): وظائف النظام الصحي.



المصدر: النظام الصحي الجزائري في ظل أزمة كورونا دراسة تحليلية، أمال بوقاسم،ص:173.

وإلى جانب ما سبق، تبرز وظائف أخرى هامة تتمثل فيما يلي:

4.4. الوقاية من الأمراض

أ. التطعيمات: يتضمن هذا الجانب تنظيم وإطلاق حملات التلقيح الواسعة لمجابهة الأمراض المعدية والسارية، على غرار شلل الأطفال، والحصبة، والأنفلونزا، وفيروس كورونا، وما إلى ذلك. وتلعب هذه الوقاية الاستباقية المعتمدة على اللقاحات دوراً حاسماً وجوهرياً في تحجيم رقعة انتشار الأمراض وتفادي تفشي الأوبئة الفتاكة.

ب. الوعي الصحي: يتجلى هذا العنصر في السعي الحثيث لنشر الثقافة الصحية والوعي بين الأفراد بخصوص الأهمية البالغة للعناية بالصحة الشخصية. ويشمل ذلك تقديم التوجيهات والإرشادات اللازمة للسكان حول تبني أنظمة التغذية السليمة، والتشجيع على الممارسة المنتظمة للأنشطة الرياضية، فضلاً عن إطلاق التحذيرات المستمرة من مغبة الانخراط في السلوكيات والعادات المضرة بالصحة، وفي مقدمتها آفة التدخين.

[1] أمال بوقاسم، **النظام الصحي الجزائري في ظل أزمة كورونا دراسة تحليلية**، مجلة الحقوق والعلوم السياسية، المجلد09، العدد 02، ص:173

ج .مراقبة الأمراض الوبائية: تُعنى هذه العملية بالرصد الدقيق والمتابعة المستمرة للتغيرات والتقلبات في معدلات تفشي الأمراض، وذلك بهدف استشراف وتحديد أي تهديد وبائي محتمل قد يحدق بالمجتمع. وبناءً على هذه المعطيات والمؤشرات، يتم رسم ووضع الخطط الاستراتيجية والتدابير الاستباقية الكفيلة بالحد من انتشاره وتطويقه في مهده.

5. مكونات النظام الصحي: يستند النظام الصحي في بنيته إلى ثلاث مكونات وركائز أساسية، تتمثل في الآتي:[1]

1.5. إنتاج المواد الصحية: يمتلك كل نظام صحي تشكيلة متنوعة من الموارد الصحية الحيوية. فمن الضروري أن يتوفر على طاقات وموارد بشرية صحية ذات كفاءة عالية ومتطورة، إلى جانب وجود مؤسسات وهياكل صحية ملائمة تحتضن عمل هذه الكوادر البشرية وتوفر لها بيئة العمل المناسبة. وعلاوة على ذلك، يتحتم على النظام الصحي أن يحوز على مخزون كافٍ من الأدوية، والمعدات، والأجهزة الطبية المتطورة، وكافة المواد اللازمة لرعاية المرضى والتكفل بهم. كما يُشترط أن يمتلك الرصيد المعرفي والعلمي اللازم لتطبيقه في تسيير وتشغيل أجنحة النظام، ويبرز ذلك جلياً في مجال البحوث والدراسات الصحية التي تُجرى بغية بلوغ أهداف علاجية ووقائية دقيقة، ولعل أبرز تجلٍ ومؤشر على هذه المعرفة المتقدمة هو توظيف التكنولوجيا الحديثة.

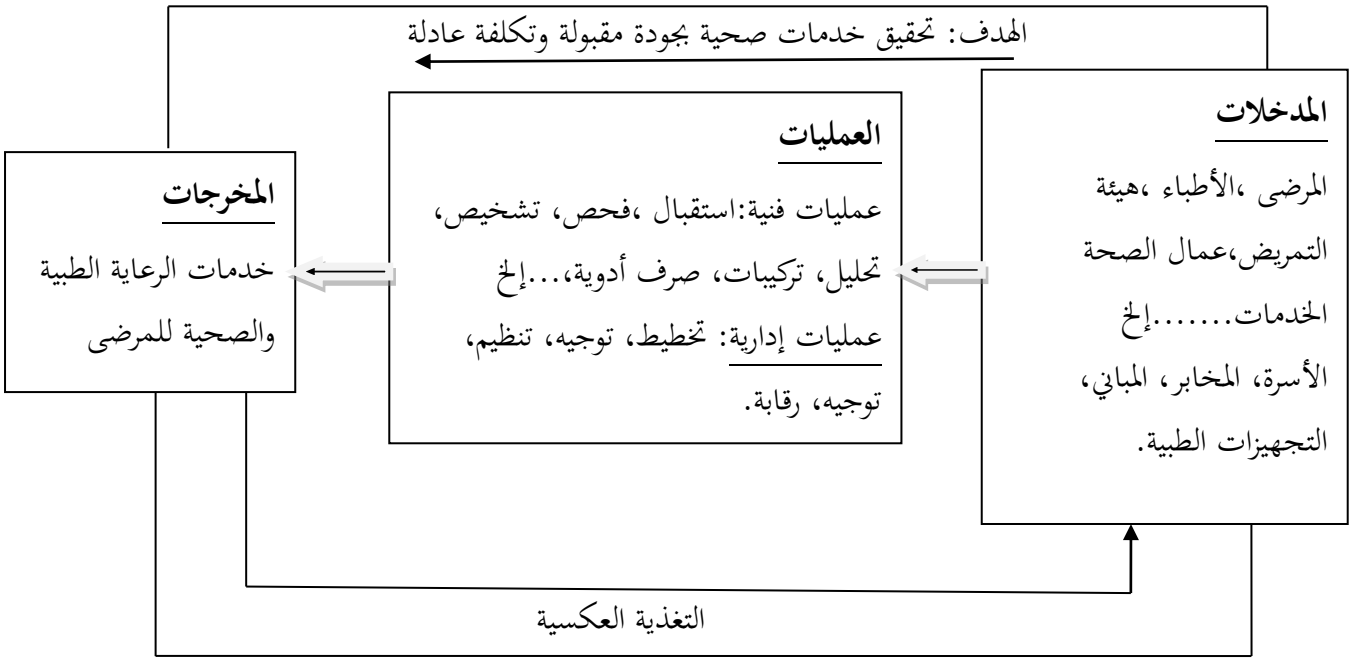
- **الأفراد والجماعات المستفيدة من الخدمات الصحية:** وهو الجانب الذي يُصطلح على تسميته بـ "العنصر الشخصي". ويُعبّر هذا المكون الأساسي عن كافة الأشخاص والعائلات الذين سيجدون أنفسهم، في مرحلة ما من حياتهم، في أمس الحاجة إلى تلقي الخدمات الطبية والرعاية الصحية التي يتم توفيرها وإتاحتها على مستوى مختلف المؤسسات والمنشآت الصحية.
- **المكون المهني والفني التقني:** ويشمل هذا المحور كافة الكوادر والأشخاص المؤهلين الذين يضطلعون بمهمة تقديم الخدمات الصحية والطبية لمستحقيها ومحتاجيها. وتضم هذه الفئة طيفاً واسعاً من المهنيين، نذكر من بينهم على سبيل المثال: الأطباء العامين، وأطباء جراحة الأسنان، والجراحين المختصين، وهيئات التمريض، والصيادلة، بالإضافة إلى الطواقم الإدارية المسيّرة، والتقنيين والفنيين في مختلف التخصصات الطبية الداعمة.
- **المكون الاجتماعي والمؤسساتي:**وينطوي هذا الشق على شبكة الهيئات والمؤسسات، سواء التابعة للقطاع العام أو الخاص، فضلاً عن فعاليات المجتمع، ومؤسسات الدولة، وعموم الشعب. حيث يضطلع كل طرف من هؤلاء الفاعلين بدور محدد، أو ينجز مهاماً وأعمالاً معينة تتضافر في مجملها لضمان إتاحة الخدمات الصحية وتوفيرها تحت تصرف الجمهور الواسع. وتتضمن جملة الأعباء والمسؤوليات التي يتحملونها: تنظيم وضبط أساليب وآليات تقديم الخدمات الصحية، وتأمين التمويل اللازم لاقتناء وشراء الخدمات، وسن

[1] د. مريزق محمد عدمان، **مدخل في الإدارة الصحية**،دار الراية للنشر والتوزيع ،عمان الأردن، الطبعة الأولى،2012 ،ص: 16-17.

التشريعات الكفيلة بتحسين وترقية مستويات الرعاية. كما يشمل ذلك عمليات استقطاب وحشد وجمع الموارد المالية الضرورية ومن ثم توزيعها أو تخصيصها بناءً على الاحتياجات، ناهيك عن جهود التخطيط الاستراتيجي وتنسيق العلاقات وإدارة الفعاليات الصحية المختلفة.

وتأسيساً على ما سلف ذكره، يتجلى بوضوح تام أن النظام الصحي يتألف هيكلياً من نفس العناصر الجوهرية التي يتشكل منها أي نظام آخر وفقاً للمنظور والمقاربة النظامية (Approche systémique) . وتتمثل هذه العناصر المحورية والمتسلسلة في: تحديد الهدف أو الغاية، ثم المدخلات (الموارد)، تليها عملية التحويل (المعالجة والأنشطة)، وصولاً إلى المخرجات (النتائج والخدمات)، وانتهاءً بالتغذية العكسية أو المرتدة (التقييم والتصحيح). وهو التسلسل المنطقي الذي يمكن توضيحه وتلخيصه في الشكل البياني التالي:

الشكل(01-02):مكونات النظام الصحي.



المصدر:مدخل في الإدارة الصحية د.مريزق محمد عدمان،ص:17.

وتأسيساً على كل ما سبق عرضه وتحليله، يتضح جلياً أن النظام الصحي يرتكز في بنيته الهيكلية والوظيفية على جملة من المكونات والعناصر الأساسية المتكاملة، كما أنه يتبنى حزمة من الأهداف الاستراتيجية التي تتجه برمتها نحو غاية محورية تتمثل في توفير وتقديم أفضل الخدمات الطبية الرعاية الصحية لفائدة كافة الفئات والأفراد المحتاجين إليها. وعلاوة على ذلك، يحظى هذا النظام الحيوي بمكانة بالغة الأهمية وأولوية قصوى في سياسات جميع دول العالم دون استثناء؛ وذلك بالنظر لكونه يُعد مؤشراً دقيقاً ومعياراً حاسماً يُقاس من خلاله مستوى التنمية الشاملة والمستدامة، ويُحكم بموجبه على مدى تقدم الأمم وازدهارها، أو انحدارها نحو التأخر والتخلّف.

المطلب الثاني: الأنماط المختلفة للنظم الصحية العالمية.

تطورت أبرز الفلسفات الدولية المتعلقة بالمنظومات الطبية نتيجة صياغة المجتمعات الغربية التي عُرفت بمسمى "دولة الرفاه" للمرتكزات والقيم الأخلاقية التي تطبع السياسات والنظم العلاجية. وبالرغم من اشتراك هذه النظم في غايات موحدة على الصعيد الصحي، إلا أنها تتباين من دولة لغيرها. وفيما يلي عرضٌ لأهم الأنماط المتباينة للأنظمة الصحية على المستوى العالمي، حيث تتعدد النماذج وتتنوع، ويتميّز كل نموذج بأسلوب خاص في التمويل، وكذلك في طرق تقديم الرعاية والخدمات الطبية، ومن أبرزها ما يلي:

1.النظام الصحي نموذج بيفردجLe modèle de Beveridge du système de santé

1.1.مفهوم النظام الصحي نموذج بيفردج (Beveridge):

تُعتبر هذه المنظومة الصحية نموذجاً مطبقاً ومعتمداً في حوالي ثلاثة أرباع دول القارة الأوروبية، وتضم قائمة هذه الدول كلاً من: إنجلترا، وأيسلندا، والسويد، والنرويج، وفنلندا، والدنمارك، بالإضافة إلى البرتغال، وإسبانيا، واليونان. ولا يقتصر انتشار هذا النظام على الساحة الأوروبية فحسب، بل يمتد تطبيقه ليشمل دولاً أخرى خارج القارة، على غرار أستراليا، وكندا، ونيوزيلندا. وقد تبلورت وتأسست هذه المنظومة العريقة في إنجلترا بفضل جهود الخبير الاقتصادي البريطاني البارز وليام بيفردج(William Beveridge) ، وذلك في أعقاب الحرب العالمية الثانية.

لقد أسهم بيفردج بدور محوري وفعال في إرساء القواعد والأسس المتينة للنظام الصحي على المستوى العالمي؛ حيث أعد في عام 1942 تقريراً مفصلاً وشاملاً تمحور حول نظام التأمين الخاص بالمرضى وآليات الحماية الاجتماعية. وانطلاقاً من مخرجات هذا التقرير، بادر باقتراح نموذج متكامل للحماية يندرج ضمن إطار سياسة عامة تحمل طابعاً اقتصادياً واجتماعياً، وتهدف بشكل أساسي إلى محاربة والحد من آفة الفقر. وقد أُطلق على هذا التصور تسمية "النموذج المساعد"، ليتم إقراره وتأسيسه بشكل رسمي وفعلي على أرض الواقع في سنة 1948.

ومن أبرز الخصائص والمميزات التي ينفرد بها هذا النظام، أو ما يُصطلح على تسميته بـ "نموذج المساعدة"، أنه يقوم بالدرجة الأولى على تقديم وتوفير الخدمات الصحية والطبية لكافة الأفراد الذين هم في أمس الحاجة إليها. كما يرتكز هذا النموذج جوهرياً على مبدأ تعميم التغطية الصحية الشاملة لتتسع وتشمل جميع المواطنين دون استثناء، سواء كانوا من أرباب العمل والمشتغلين أو من غير العاملين (أي أنه يضمن التغطية دون فرض إلزامية الاقتطاعات المالية المباشرة، ودون ربط حق الاستفادة بطبيعة النشاط أو المهنة المزاولة). علاوة على ذلك، تتميز هذه المنظومة بأن نفقات الحماية

الاجتماعية فيها تُموّل بالكامل، أو في شقها الأكبر والأغلب، من خلال عائدات الضرائب العامة التي تفرضها الدولة، وبالتالي فهي لا تعتمد إطلاقاً على نظام الاشتراكات الاجتماعية المقتطعة من أجور العمال.[1]

2.1. مبادئ وأهداف النظام الصحي نموذج بيفردج(Beveridge) :

يتسم نظام الرعاية الصحية القائم على نموذج بيفردج (Beveridge) بمجموعة من المبادئ والأسس الجوهرية التي تُشكل بنيانه، ويمكن تفصيلها على النحو الآتي:

أ.التأمين الاجتماعي ضمن الأمن الاجتماعي: ينبغي أن يتأسس نظام التأمين الاجتماعي ويرتكز على جمل من المبادئ والقواعد الأساسية الصارمة، والتي تشمل:

- ضمان وتوفير تغطية صحية واجتماعية شاملة وعالمية لكافة المواطنين، وذلك دون ربطها أو تقييدها بأي شروط مسبقة تتعلق بالموارد المالية أو مستوى الدخل.
- كفالة الحق في الحصول على دخل أدنى يضمن متطلبات المعيشة الأساسية في الحالات التي يفقد فيها الفرد مصدر دخله من العمل (سواء كان ذلك بسبب البطالة، أو التعرض لمرض، أو الإصابة بعجز، أو بلوغ سن التقاعد...). ويُصرف هذا الدخل بمعدل مالي موحد وثابت للجميع، بحيث يكون مستقلاً تماماً وغير مرتبط بحجم الدخل السابق الذي كان يتقاضاه الفرد. وتتولى لجان أو هيئات علمية وخبيرة تتسم بالحياد التام مهمة تحديد وتقدير قيمة هذا الدخل الأدنى بدقة.
- يقع على عاتق الدولة التزام بتوفير الأمن الاجتماعي للأفراد، وذلك في مقابل ما يقدمونه من نشاط ومساهمة فعلية في المجتمع. ويُعتبر هذا النظام بمثابة آلية تأمينية تعتمد على معدل اشتراك مالي موحد يدفعه الجميع. أما فيما يخص فئة الموظفين والعمال، فتُفرض مساهمات واقتطاعات إضافية يتحملها صاحب العمل أو المؤسسة المشغّلة. وبالموازاة مع ذلك، تتدخل الدولة كطرف فاعل لتغطية وتأمين تمويل هذا النظام الشامل بالاعتماد على المداخيل والعائدات المحصلة من الضرائب العامة.

وإلى جانب ما سبق، يتعزز ويكتمل بنيان التأمين الاجتماعي بالاستناد إلى جهازين أو آليتين إضافيتين، ليتشكل من خلال اندماجها جميعاً مفهوم "الأمن الاجتماعي" المتكامل:

أولاً: توفير نظام للمساعدة الاجتماعية، وهو نظام مشروط ومقيد بحجم الموارد المالية للفرد، حيث يتم توجيه وتقديم هذه المساعدات حصراً لتغطية الحالات الاستثنائية التي لا تشملها مظلة التأمين الأساسي، مع الإشارة إلى أن الغاية الاستراتيجية هي أن تتقلص وتختفي هذه الحالات الاستثنائية بشكل تدريجي مع مرور الوقت.

[1] عياشي نور الدين،**المنظومات الصحية المغاربية–دراسة مقارنة**–،اطروحة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية،جامعة منتوري قسنطينة،2009،ص:49.

ثانياً :إتاحة خيار التأمين الطوعي أو الاختياري، والذي يتجسد بشكل خاص من خلال الانخراط في أنظمة التعاضد (Mutualité). وتلعب هذه الآلية دوراً هاماً في صون الحرية الفردية للمواطنين، كما أنها تعمل كرافد مكمل يُضاف إلى الدخل الأدنى المضمون والمكفول من طرف نظام التأمين الاجتماعي الرسمي.

- كما يبرز في هذا السياق عنصر وحيد يهدف إلى تفعيل (Activation) وتحفيز الاستفادة من المزايا الاجتماعية؛ إذ يتم إقرار صرف مخصصات ومنح البطالة للمستفيدين طيلة المدة التي يغيبون فيها عن سوق العمل، غير أن استمرارية هذا الدفع تبقى مشروطة بضرورة انخراط ومشاركة المعني في أنشطة وبرامج ينظمها مركز تأهيل مهني أو مركز تدريب متخصص، وذلك بمجرد انقضاء فترة زمنية معينة من تعطله.

ب.الأمن الاجتماعي ضمن السياسة الاجتماعية:يُعد الأمن الاجتماعي الضامن الفعلي لتحقيق حرية إنسانية أصيلة وجوهرية، وتتجلى هذه الحرية بالأساس في الانعتاق والتحرر المطلق من قيود العوز والحاجة (la liberté à l'égard du besoin). ويتأتى هذا الهدف السامي بفضل الترابط الوثيق والتكامل العضوي بين الأمن الاجتماعي وثلاثة مكونات وركائز محورية أخرى تقوم عليها السياسة الاجتماعية، وهي الركائز التي نص عليها وفصل فيها التقرير الشهير الذي أعده الخبير وليام بيفردج، وتتمثل في:

– **تقديم مخصصات وعلاوات للأطفال المعالين** (Allocations pour enfants à charge) :وهي عبارة عن منح مالية دورية لا تخضع لنظام الاشتراكات المسبقة، بل تتكفل الدولة بتمويلها وضخها بالكامل من ميزانيتها الخاصة دعماً للأسر.

– **إرساء نظام شامل للرعاية الصحية** :يهدف هذا النظام إلى ضمان الوقاية الاستباقية من الأمراض، وتقديم العلاج الطبي اللازم عند الإصابة بها، ويتم تسيير ذلك عبر تأسيس خدمة صحية وطنية (Service national de santé) تتميز بكونها مجانية تماماً ومتاحة لجميع المواطنين على حد سواء.

– **تبني سياسة حازمة للحفاظ على مستويات التشغيل** :وتهدف هذه السياسة إلى حماية مناصب العمل ومنع وقوع موجات من البطالة الجماعية أو الهيكلية (le maintien de l'emploi et la prévention du chômage de masse).

وفي هذا الصدد، يتوجب التشديد والتأكيد بوضوح على نقطتين جوهريتين ترتبطان ارتباطاً وثيقاً وعضوياً بنموذج بيفردج الخاص بالحماية الاجتماعية:

1. يضع نموذج الحماية الاجتماعية شرطاً مسبقاً يتمثل في ضرورة بلورة وتحقيق سياسة اقتصادية كلية وشاملة تكون قادرة على ضمان حالة "التوظيف الكامل" في المجتمع. ومن شأن هذه السياسة أن تؤدي إلى تقليص

ظاهرة البطالة وتحجيمها لتصبح مجرد وضع انتقالي ومؤقت تفرضه ضرورات وحركية التنقل المهني بين الوظائف داخل سوق العمل.

2. يتبنى الخبير بيفردج مقاربة وتعريفاً يتسم بالصرامة الشديدة لمفهوم "التوظيف الكامل"؛ إذ يرى أن تجسيد هذه الحالة يستوجب وجود وتوفر دائم لعدد من الوظائف ومناصب الشغل الشاغرة يفوق بكثير عدد الأشخاص العاطلين عن العمل. كما يُشترط أن تقدم هذه الوظائف أجوراً عادلة ولائقة (salaries équitables) ، وأن تكون طبيعة هذه الأعمال ومواقعها الجغرافية ملائمة ومناسبة بحيث تفرض على العاطلين قبولها بشكل منطقي ومعقول. وبذلك، فإن هذا التعريف المعمق يتجاوز ويفوق بأشواط مفهوم "التوظيف الكامل" الكلاسيكي الذي نادى به التيار الكينزي (المنسوب للاقتصادي جون ماينارد كينز).[1]

ومن بين الغايات والأهداف الاستراتيجية التي يرتكز عليها ويستهدفها هذا النموذج نجد ما يلي:

- ضمان توفير شبكة حماية اجتماعية عادلة وأساسية، وذلك بغية التصدي الفعال لآفة الفقر ومكافحتها في أوساط المجتمع.
- تأمين وتوفير سبل الحماية الشاملة ضد مختلف المخاطر الصحية والاجتماعية بشكل مجاني تماماً للمستفيدين.
- السعي الحثيث نحو الحد من الفجوات والفوارق الاجتماعية والعمل على تقليصها إلى أدنى المستويات الممكنة.

3.1.خصائص النظام الصحي نموذج بيفردج (Beveridge):يتميز هذا النموذج المؤسساتي بجملة من الخصائص والسمات المحورية، نذكر منها ما يلي:

- كفالة الحماية الاجتماعية وتعميم مظلتها لتشمل كافة المواطنين والأفراد دون أي إقصاء أو استثناء.
- ارتكاز منظومة الحماية بشكل جوهري على مبدأ التضامن والتكافل المجتمعي بين مختلف الفئات.
- استقلالية حق الاستفادة من الحماية والتغطية الصحية عن شرط ممارسة أي نشاط مهني أو الانخراط المسبق في سوق العمل.
- اقتران واشتراط تقديم الرعاية الطبية بمدى الحاجة الفعلية والماسة إليها من طرف المريض، وليس بناءً على قدرته على الدفع.
- الاعتماد الأساسي في تمويل هيكل هذا النظام على المداخيل والعائدات الضريبية العامة.
- اتخاذ عملية إعادة توزيع الثروات والموارد طابعاً عمودياً، وذلك سعياً لتجسيد مبادئ العدالة الاجتماعية والإنصاف على أرض الواقع.

[1] Jcque Freyssinet,**lewalfare state au Royaume –uni** :**Beveridge**,**est–tu là ?**,IRES,2025,p :15

4.1. تمويل وتسيير النظام الصحي نموذج بيفردج (Beveridge) :يرتكز تمويل الأنظمة الصحية في الدول التي تتبنى وتطبق النموذج البريطاني (المعروف بنموذج بيفردج) بشكل شبه كلي على النظام الجبائي؛ حيث تُمثل العائدات الضريبية نسبة تقارب 90% من إجمالي الضرائب الوطنية الموجهة لتمويل القطاع. وفي المقابل، تظل أعباء تمويل كل من التأمين ضد مخاطر البطالة وتغطية حوادث وإصابات العمل ملقاة بالكامل على عاتق أرباب العمل والمؤسسات المشغّلة. أما في السياق المقارن، نجد أن الدول الأخرى التي تتبنى نماذج مغايرة (كنموذج بيسمارك) تعتمد في تمويل أنظمتها بشكل رئيسي وجوهري على الاقتطاعات والاشتراكات الاجتماعية المباشرة.

غير أنه يُلاحظ وجود تباين واختلاف في طرائق وآليات التمويل، وذلك تبعاً لطبيعة التنظيم الهيكلي المتبع والمعتمد بصفة كاملة على المداخيل والتمويلات الضريبية. ومن جهة أخرى، وفيما يتعلق بالجانب الإداري، تتم عملية تسيير وإدارة شؤون التأمينات الاجتماعية في البلدان التي تنتهج النموذج البيفردجياني من خلال إسناد هذه المهام التسييرية إلى الجماعات المحلية والسلطات الإقليمية لتتولى الإشراف المباشر عليها وتقريب الخدمة من المواطن.[1]

5.1.حالات بعض الدول المطبقة للنموذج الصحي بيفردج (Beveridge):

إن الاطلاع العميق والمعرفة الدقيقة بمختلف المبادرات والبرامج الخاصة بعمليات التقييم والتحسين المستمر لمستويات الأداء الصحي، والمعتمدة في ممارسات الدول الأوروبية التي تنتهج وتُطبق النظام البيفردجياني (نسبة إلى نموذج بيفردج)، يُسهم بشكل فعال وجوهري في إثراء عملية تحليل ومناقشة المفهوم المتعلق باستخدام وتوظيف مؤشرات الأداء الاستشفائي. وتأسيساً على ذلك، وبغية الاستفادة القصوى من هذه التجارب الدولية، سنعمل على استعراض وتقديم أبرز المبادرات الأجنبية الرائدة في هذا الإطار الحيوي، وسنقوم بتسليط الضوء عليها وتوضيح آلياتها بشيء من التفصيل والعناية ضمن النقاط والعناصر الآتية:

1.5.1. النظام الصحي البريطاني: شهدت المنظومة الصحية في المملكة المتحدة سلسلة من التحولات الهيكلية؛ ولعلّ أبرز ملامح هذا التطور في مايلي:

- **الوضع قبل الإصلاح المحافظ:**

قبل تحديثات عام 1991، تماثل الهيكل الصحي البريطاني بشكل كبير مع نظيره في "كيبيك"، حيث كان ولا يزال قطاعاً حكومياً، لعبت فيه الأقاليم والدوائر دوراً جوهرياً في رصد الموارد وتوزيع المنافع الطبية. فقد كانت الهيئات الإقليمية تمنح الميزانيات للدوائر بناءً على معادلة "رأسية" معدلة تراعي الكثافة السكانية، لتقوم الدوائر لاحقاً بتخصيص هذه الأموال للمشافي ومرافق العلاج المحلي التي تقع تحت إدارتها.

[1] ماتن زينب،**ترقية الأداء الصحي في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية:دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص**،أطروحة دكتوراه علوم،تخصص تسويق،جامعة الجزائر03، 2023 ، ص:90-91.

وقد عُرِف هذا الهيكل بنظام التعويض العام عبر طرف ثالث، وهو ما أدى لبروز قوائم الانتظار، نظراً لعجز الموردين عن استيعاب حجم الطلب الكلي، فكانت الحالات غير المستعجلة تُؤجل؛ بينما عمل الممارس العام ك "حارس بوابة" يوجه المرضى نحو الأخصائيين، متقاضياً راتبه وفق آلية "القسطية"، وهي تعويض مالي ثابت يتناسب مع عدد الأفراد المسجلين لديه.

وقبيل 1991، كانت لجان الصحة بالدوائر (DHA) تتلقى تمويلها من السلطة المركزية عبر الأقاليم، وتتولى مسؤولية إيصال الخدمات لسكان منطقتها، بالإضافة لتشغيل المستشفيات والوحدات المجتمعية؛ وقد كفل هذا النمط استهدف الإصلاح الصحي الذي تم إقراره سنة 1991 إنصافاً نسبياً في الوصول للعلاج، لكنه أخفق في توحيد جودة الخدمة بين شتى الأقاليم، كما أدى وجود نشاط طبي خاص تدعمه شركات التأمين إلى تآكل مبدأ المساواة.

- **الإصلاح المحافظ لسنة 1991:**

في مقامه الأول والأساسي، تحقيق غاية التحكم الصارم في التكاليف والنفقات المالية. فخلال حقبة الثمانينيات، شهد النظام الجبائي في إنجلترا تراجعاً في طابعه التصاعدي، مما أدى إلى تزايد ملحوظ في حجم الضغوطات والأعباء الملقاة على كاهل الفئات الاجتماعية الهشة، وتزامن ذلك في وقت ارتفع فيه حجم الطلب على مختلف الخدمات الصحية والطبية بشكل غير مسبوق. وأمام هذا الوضع المعقد، بات من الضروري والحتمي العمل على تحسين مستوى أداء النظام الصحي والرفع من كفاءته، ولكن بشروط قاسية تتمثل في عدم اللجوء إلى ضخ أي موارد أو اعتمادات مالية إضافية.

وقد أحدث هذا الإصلاح الجوهري تغييرات عميقة وجذرية على مستوى ديناميكية وحركية النظام الصحي الإنجليزي، وذلك مع حرصه التام في الوقت ذاته على الحفاظ على الغالبية العظمى من الهياكل التنظيمية القائمة، والإبقاء على نمط التمويل التقليدي الذي يرتكز أساساً على العائدات الضريبية. وتجسدت أهم وأبرز آلية مستحدثة في هذا السياق في إدخال وتفعيل مبدأ "السوق الداخلية"، وهي الآلية التي تطورت وتوسعت في مراحل لاحقة لتصبح بمثابة "سوق مُدارة" بشكل منظم، حيث تم بموجبها إقرار الفصل التام والواضح بين وظيفة شراء واقتناء الخدمات من جهة، ووظيفة تقديم وتوفير تلك الخدمات الرعائية من جهة أخرى.

وفي إطار هذه الهيكلة الجديدة، تم الإلغاء النهائي للسلطات الإقليمية السابقة، لتحل محلها تدريجياً مكاتب إقليمية حديثة تابعة للخدمة الصحية الوطنية، والتي أُسندت إليها مهام التنسيق الفعال لعمليات شراء الخدمات الصحية وضمان التوزيع العادل للموارد المتاحة. أما فيما يخص هيئات الصحة العاملة على مستوى المقاطعات(DHA) ، فقد شهدت تحولاً جذرياً في دورها؛ حيث انتقلت من كونها مجرد هيئات مسيرة ومقدمة للخدمات الطبية، لتصبح جهات استراتيجية مكلفة بالأساس بتحديد ورصد الاحتياجات الصحية الفعلية للسكان، ومن ثم تولي عملية

التفاوض وشراء الخدمات الصحية اللازمة لتلبيتها، سواء من عند مقدمي الخدمات التابعين للقطاع العمومي أو أولئك الناشطين في القطاع الخاص.

وعلى صعيد متصل، تحولت المستشفيات ومراكز تقديم الرعاية المجتمعية إلى مؤسسات عمومية تتمتع بالاستقلالية التامة(NHS) ، وباتت تتنافس وتتسابق فيما بينها ضمن بيئة سوقية من أجل الظفر والحصول على عقود تمويل سنوية. وتتضمن هذه العقود المبرمة شروطاً تقنية دقيقة ومعايير صارمة تتعلق أساساً بضمان جودة الخدمات الطبية المقدمة، والالتزام الصارم بتقليص آجال وفترات انتظار المرضى.

وعلاوة على ما سبق، تم الشروع في إنشاء وتأسيس ما يُعرف بصناديق الطب العام(GPF) ، وهي مبادرة رائدة سمحت للأطباء العامين بامتلاك صلاحية وميزانية شراء واقتناء بعض الخدمات الصحية المتخصصة لصالح مرضاهم بشكل مباشر. وقد حظي هذا النظام المستحدث بإقبال واسع ونجاح ملحوظ، إلى درجة أنه تمكن بحلول سنة 1994 من شمل وتغطية ما يقارب 40% من إجمالي التعداد السكاني.

- **تنفيذ الإصلاح المحافظ:**

على الرغم من الطابع الجذري والعميق الذي اتسمت به هذه الإصلاحات الهيكلية، إلا أن عملية الانتقال والتطبيق الفعلي على أرض الواقع تمت بصفة تدريجية ومرحلية مدروسة. وفي خضم هذه التحولات، حافظت الخدمة الصحية الوطنية على ثوابتها ومبادئها الأساسية المتمثلة في الشمولية والتغطية العامة لجميع المواطنين، واستمرت في الاعتماد الكلي على نمط التمويل المتأتي من العائدات الضريبية. غير أن الديناميكية والحركية الداخلية التي تسيّر النظام الصحي قد شهدت تغيراً جوهرياً وملموساً، وتجلى هذا التحول بشكل خاص وبصورة أوضح على الصعيد الإداري والتنظيمي للقطاع.

وفي ظل هذا النسق التنافسي الجديد، أضحت المستشفيات والمرافق الصحية مطالبة ومُلزمة بضرورة تحقيق فوائض وعوائد مالية إيجابية؛ وذلك بهدف إعادة استثمارها في تحسين وتجويد نوعية الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة للمرضى، فضلاً عن تعزيز وتقوية موقعها وقدرتها التنافسية داخل بيئة "السوق الداخلية" المفتوحة. وإلى جانب ذلك، أفضى هذا الإصلاح الهيكلي إلى نقل وتحويل جزء كبير وحيوي من السلطة وصلاحيات اتخاذ القرار وتوجيه الموارد إلى أطباء الطب العام، ليصبحوا محركاً أساسياً في المنظومة. وفي المقابل، سُجل تعزيز وتنامي ملحوظ لنفوذ وسلطة الهيئات الإدارية والمسيرين الماليين، وذلك غالباً على حساب الاستقلالية المهنية وسلطة الممارسين الصحيين والكوادر الطبية التقليدية.

ورغم كل هذه التغييرات والتدابير الجذرية المتخذة، لم تسفر حزمة الإصلاحات المطبقة عن تحقيق نتائج إيجابية واضحة أو تحسن ملموس فيما يخص هدفها الأولي والمتمثل في التحكم الصارم في التكاليف والحد من النفقات الصحية

المتزايدة. وتؤكد لغة الأرقام والمؤشرات الاقتصادية هذا الاستنتاج؛ حيث سجلت حصة الإنفاق على قطاع الصحة من إجمالي الناتج الداخلي الخام ارتفاعاً ملحوظاً ومستمراً، منتقلة من نسبة 6,1%خلال سنة 1989 لتبلغ عتبة 7,1% بحلول سنة 1992. ومع ذلك، وبغض النظر عن هذه التحديات المالية والضغوطات الاقتصادية، فقد حافظ النظام الصحي الإنجليزي على مستوى مقبول من الفعالية والنجاعة بشكل نسبي، وذلك دون أن يُسجل أي تدهور أو تراجع يذكر في مستوى ولوج المواطنين وسهولة وصولهم إلى مختلف خدمات الرعاية الصحية والطبية المتاحة.[1]

1.1.5.1. المبادئ الأساسية للنظام الصحي البريطاني:

- **العالمية**:(**Universalité**) يتأسس هذا النظام على مبدأ توفير تغطية صحية شاملة وعامة، بحيث تتسع مظلته لتشمل كافة المواطنين والمقيمين على التراب البريطاني دون أي إقصاء، أو تمييز، أو تفرقة.
- **المجانية**:يلتزم النظام بتقديم مختلف الخدمات الطبية، والاستشارات، والرعاية الصحية بشكل مجاني تماماً عند نقطة الاستخدام، مما يساهم في رفع العبء المالي المباشر عن كاهل المريض لحظة تلقيه للعلاج.
- **المساواة في الوصول للرعاية والتغطية الجغرافية**:يحرص النظام شديد الحرص على ضمان تكافؤ الفرص بين جميع الأفراد في الحصول على الخدمات الصحية، مع العمل الدؤوب على تحقيق توزيع عادل ومتوازن للمرافق والبنى التحتية الصحية عبر كافة الأقاليم والمناطق الجغرافية لتفادي أي تهميش مناطقي.
- **جودة عالية للجميع**:يتبنى النظام التزاماً صارماً بتقديم رعاية طبية متميزة تخضع لأعلى معايير الجودة المعتمدة، مع السعي لتعميم هذه المعايير المتقدمة لتشمل جميع فئات وشرائح المجتمع على حد سواء.
- **الاختيار حسب الحاجة**:يتم توجيه الرعاية وتقديم الخدمات الطبية استناداً إلى تقييم مدى الحاجة السريرية والطبية الفعلية والماسة للمريض، وليس استناداً إلى قدرته المادية أو استعداده المسبق لدفع تكاليف العلاج.
- **خدمة غير ربحية**:يغلب النظام الطابع الإنساني والاجتماعي الخالص على أي اعتبارات تجارية، حيث تُدار المؤسسات والهياكل الصحية العمومية بوصفها مرفقاً للخدمة العامة لا يهدف إطلاقاً إلى جني الأرباح المالية.
- **التمويل من ضريبة تصاعدية**: يعتمد القطاع الصحي بشكل رئيسي وجوهري في تمويل ميزانيته ونفقاته على العائدات المحصلة من نظام الضرائب التصاعدية، وهو ما يكرس بقوة مبدأ التضامن المالي والاجتماعي بين مختلف الطبقات والمداخيل.

[1] Jean Gélinas,**la santé en Angleterre :la réforme conservatrice et le Project travailliste**, observatoire l'administration publique ENAP.1998,p1-2-3-4.

2.1.5.1. خصائص بارزة للنظام الصحي البريطاني(NHS) :

- **نظام في تطور مستمر، الإصلاحات تتوالى بسرعة:** يتسم هذا النظام بديناميكية وحيوية عالية تجعله قابلاً للتحديث المستمر، حيث يشهد وبشكل دائم ورشة مفتوحة لسلسلة متوالية ومتسارعة من الإصلاحات الهيكلية الرامية لمواكبة التغيرات والتكيف مع المستجدات الطبية والمجتمعية.
- **نفقات الصحة 6.5% من الناتج المحلي الإجمالي منخفض نسبياً مقارنة بدولOECD (8%)** سجل النظام كفاءة ملحوظة في التحكم في التكاليف والنفقات، حيث تُقدر حصة الإنفاق على الصحة بحوالي 6.5% فقط من إجمالي الناتج المحلي الخام. وتُعد هذه النسبة منخفضة ومعقولة نسبياً عند مقارنتها بمتوسط الإنفاق المسجل في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية(OECD) ، والذي يقارب عتبة الـ8%
- **مؤشرات صحة السكان مشابهة للدول الصناعية:**على الرغم من الانخفاض النسبي المسجل في حجم التكلفة والإنفاق الصحي مقارنة بنظيراتها، إلا أن النظام ينجح باقتدار في تحقيق مؤشرات صحية وديموغرافية عامة للسكان تضاهي، بل وتماثل تماماً، تلك المؤشرات الإيجابية المسجلة في كبريات الدول الصناعية والمتقدمة.
- **أكبر جهة توظيف في البلاد، ويحظى بتعلق شعبي كبير:**يتبوأ النظام الصحي الوطني (NHS) مكانة الصدارة باعتباره المؤسسة الرائدة والمشغّل الأكبر لليد العاملة على امتداد المستوى الوطني. وعلاوة على ثقله الاقتصادي، فإنه يحظى بمكانة رمزية واجتماعية خاصة، وتعلّق شعبي عميق وجداني من قِبل المواطنين البريطانيين الذين ينظرون إليه كمكسب اجتماعي وتاريخي بالغ الأهمية لا يمكن التفريط فيه.[1]

[1] L. Laplace (1), B. Kamendje, J. Nizard, J.M. Coz, J. Chaperon,Les systèmes de santé français et anglais :évolution comparée depuis le milieu des années 90,Santé publique, p:48-49.

وعلاوة على ما سبق، بادرت الإدارة الصحية في بريطانيا إلى إنشاء وتأسيس حزمة متكاملة من الهياكل والآليات المؤسساتية المخصصة لتقييم وقياس مدى نجاعة وأداء نظام خدماتها الصحية. وفي هذا الصدد، تم الاعتماد على عدة برامج ونماذج تقييمية رائدة، نوردها بالتفصيل على النحو الآتي:

أ. **برنامج تقييم أداء النظام الوطني الصحي**:(**PAF**) يرتكز هذا البرنامج التقييمي الشامل على ستة أبعاد ومحاور استراتيجية أساسية تتمثل في:

- **تحسين الصحة العمومية وترقيتها**: ويتحقق ذلك عبر تكثيف جهود الوقاية من الأمراض، ونشر وتعميم الوعي الثقافي الصحي، فضلاً عن السعي المستمر لتحسين وتطوير المرافق الصحية، والرفع من مستويات الكفاءة والجاهزية لدى الطواقم الطبية بُغية تجويد الخدمات الصحية المقدمة.
- **الإنصاف في الوصول إلى الخدمات الصحية**: ويتجسد هذا البعد من خلال التكريس الفعلي لمبدأ المساواة التامة في فرص الاستفادة من مختلف الخدمات الصحية، حيث تُقدم هذه الرعاية لجميع الأفراد وشرائح المجتمع دون أي إقصاء أو استثناء.
- **تقديم الرعاية الصحية الملائمة**: ويعني ذلك الالتزام بتوفير رعاية صحية وطبية تتوافق وتستجيب بدقة للاحتياجات الفعلية للمرضى، وذلك بالاستناد الصارم إلى أحدث المعايير والممارسات العلمية والطبية المعتمدة.
- **الكفاءة**: ويُقصد بها ضمان الاستغلال والاستخدام الأمثل والأرشد لكافة الموارد المتاحة، سواء كانت موارد بشرية، أو تقنية، أو مادية؛ وذلك بهدف الوصول إلى تحقيق أفضل النتائج الممكنة بأقل التكاليف المالية.
- **تجربة المريض ومقدم الرعاية**: يتمحور هذا البعد حول ضرورة تحسين وتوطيد العلاقة التفاعلية بين المريض ومقدمي خدمات الرعاية الصحية، مع ضمان قنوات تواصل فعالة وإيجابية تكفل صون كرامة المريض واحترامه طيلة فترة علاجه.
- **النتائج الصحية المتعلقة بالنظام الصحي**:(**NHS**) ويتم قياسها من خلال رصد مدى تحسن أداء النظام الصحي وفعاليته العامة، وكذا عبر تقييم التحسن الطارئ على المؤشرات الصحية الرئيسية، مثل تقليص معدلات الوفيات والارتقاء بجودة الرعاية ومختلف الخدمات الصحية.

ب.نموذج هرم الجودة:في إطار هذا النموذج، بادرت لجنة جودة الرعاية إلى نشر وإصدار سلسلة دورية من التقارير التقييمية تحت مسمى "الفحص الصحي السنوي"، وذلك بغاية التقييم الدقيق والتصنيف المنهجي لمستويات أداء النظام الصحي الوطني، وقد تم إصدار آخر عدد من هذه التقارير المحورية في سنة 2008. وتعتمد

هذه اللجنة في مسار إعداد وصياغة تقاريرها على مجموعتين أساسيتين من المعايير والمؤشرات: تتعلق المجموعة الأولى بـ "الجودة الشاملة"، في حين تختص المجموعة الثانية بـ "الإدارة المالية". وتتم عملية تقييم الإدارة المالية بالاستناد إلى آليات صارمة للمراجعة والتدقيق المالي، بينما يتم التحقق من توفر معايير الجودة من خلال الالتزام بما يلي:

- **تحسين الخدمات الإنتاجية:** ويتم ذلك عبر الرفع من مستويات كفاءة وفعالية الأداء في الخدمات الصحية المقدمة، مما يكفل ويضمن استدامة المستوى العالي للأداء داخل أروقة المؤسسات الصحية.
- **تعزيز مشاركة المؤسسات الخاصة بالنظام الصحي الوطني:** ويتحقق هذا المسعى من خلال تقديم الدعم وتسهيل سبل انخراط ومشاركة مؤسسات القطاع الخاص ضمن تركيبة المنظومة الصحية العامة، وهو ما يساهم بفعالية في توسيع التغطية الصحية وسد العجز المسجل.
- **تعزيز ثقافة العاملين وتحمل المسؤولية:** ويتجسد ذلك من خلال ترسيخ قناعة لدى العاملين بكونهم مسؤولين بشكل مباشر عن الإبلاغ الفوري عن أي حوادث عمل، وذلك عبر تعزيز ونشر الوعي المهني لدى كافة الموظفين في القطاع الصحي والمؤسسات الاستشفائية.
- **إنشاء ملف مفهوم المخاطر والجودة:**ويتضمن هذا الإجراء إرساء نظام متابعة وتقييم مزدوج لمرافق الرعاية الصحية بغية التأكد من تطبيقها لتوصيات المطابقة، وذلك من خلال استحداث ملف خاص بإدارة المخاطر لضمان الجودة والتحقق المستمر من مدى الالتزام بالمعايير المعتمدة.
- **مؤشرات الجودة الرئيسية:**كما تم في هذا السياق وضع وتحديد جملة من مؤشرات الجودة الدقيقة التي تبلورت في ستة مؤشرات مفصلية هي: المشاركة وتوفير المعلومات، العناية الشخصية والعلاج والدعم، الحماية والسلامة، ملاءمة سياسات التوظيف، الجودة وحسن الإدارة، وملاءمة التسيير الإداري.

ج. نموذج رضا المريض:يُركز هذا النموذج بصفة كبيرة وجوهرية على تقييم مستويات الأداء انطلاقاً من وجهة نظر المتلقي. وفي المملكة المتحدة، وضمن الإطار العام للخدمة الصحية الوطنية، يعتمد هذا النموذج لقياس رضا المريض على شبكة من المؤشرات الأساسية التالية:

- ضمان توفير المعلومات الطبية اللازمة وإشراك المريض في تفاصيل مسار الرعاية الصحية من قِبل جميع أفراد الطاقم العامل.
- توفير كافة سبل الراحة للمرضى، مع ضمان التعامل العقلاني والمنطقي مع المستفيدين من الخدمات.
- السهر على التنسيق المحكم لخدمات الرعاية الصحية لتفادي التداخل في مراحل العلاج.

- العمل على تذليل العقبات وتسهيل إمكانية الوصول السلس إلى مختلف مرافق الرعاية الصحية.
- الالتزام الصارم بمعالجة شكاوى وتظلمات المرضى والرد عليها خلال فترة زمنية محددة لا تتجاوز العشرين (20) يوم عمل.

د.نموذج بطاقة الأداء المتوازن:(BSC) يهدف تبني هذا النموذج الإداري المتقدم إلى تحقيق وتجسيد جملة من الأهداف الإستراتيجية التالية:

- ضمان إجراء عملية تقييم شاملة لكافة جوانب ومناحي أداء المؤسسة الاستشفائية، وذلك بطريقة تتسم بالإنصاف وتكون قابلة للمقارنة العلمية بين مختلف المؤسسات الصحية.
- السهر على التنفيذ الدقيق للأهداف المسطرة وإعادة توجيه الأعمال بما يخدم مساعي تحسين جودة الخدمات الصحية وتطوير الأداء.
- تقديم الدعم اللازم لصناع القرار وتوفير البيانات لتسهيل عملية اتخاذ القرارات الرامية لتحسين الخدمات ومجابهة الأزمات بفعالية.
- تقديم رؤية واضحة وشفافة عبر قياس ومقارنة نتائج المستشفيات مع نظيراتها؛ وذلك بُغية تحديد فرص التحسين وتبادل أفضل الممارسات والمعارف المتعلقة بأساليب العمل.
- تفعيل نظام إدارة المخاطر لتقليل الأخطاء وتعزيز مستويات السلامة المهنية.
- قياس الأداء الكلي استناداً إلى أربعة محاور رئيسية وهي: النتائج السريرية، الكفاءة، تجربة المريض ومقدم الرعاية، والقدرات المؤسسية.

هـ.نموذج معهد تحسين الرعاية الصحية:(IHI) يُعد معهد تحسين الرعاية الصحية(Institut D'amélioration Des Soins De Santé) من أبرز الهيئات العالمية الرائدة في حقل تحسين الصحة والخدمات الصحية. ويهدف هذا النموذج بالأساس إلى الارتقاء بالرعاية الصحية من خلال تحقيق حزمة من الأهداف، من أبرزها:

- ضمان توفير أعلى معايير الأمن والسلامة للمرضى.
- تحقيق الفعالية القصوى في التدخلات الطبية.
- التركيز التام على المريض وتلبية تطلعاته.
- الرفع من مستويات الكفاءة المهنية.

- تكريس مبدأ الإنصاف في تقديم الرعاية.[1]

و تتسم الأنماط البريطانية المستخدمة في قياس الأداء الطبي بالخصائص الآتية:

- حصر وتعميم أجود الأساليب المهنية في الحقل الصحي، عبر استيعاب ودعم عمليات التقصي والابتكار.
- إتاحة الفرصة للعاملين في القطاع لبناء تصور واضح وجليّ من خلال توظيف منهجية المقارنة المعيارية.
- تقوية المهارة في صياغة الغايات الاستراتيجية على نطاق المنظومة بالكامل.
- تقديم رؤية متكاملة لفاعلية الخدمات العلاجية، بالارتكاز على مقاييس الجدوى، والإنتاجية، والاتساق، والسرعة، ومدى الشمولية في تلبية المتطلبات الصحية للسكان.
- مساندة مسارات صناعة القرارات الحكيمة وتطوير سبل التحكم في الأزمات والمخاطر ضمن البناء الصحي.

2.5.1. النظام الصحي السويدي:

يُصنف الهيكل الصحي في السويد ضمن أرقى المنظومات الطبية عالمياً، إذ تتبوأ مخرجاته العلاجية مراكز ريادية دولياً، وخلال الثمانينيات كانت السويد في طليعة الدول بفضل الاستثمارات الضخمة في القطاع الطبي، وصرامة السياسات المالية مع تفويض الصلاحيات لجهات غير مركزية ...ولا تزال تكاليف الرعاية الطبية تستهلك قرابة 10% من إجمالي الناتج القومي، وهي نسبة إنفاق صحي مرتفعة، ومن خصائص النظام السويدي اعتماده على اللامركزية في تدبير شؤون الأقاليم والمحافظات، ويجري تمويله عبر ضرائب تجبيها تلك المقاطعات، كما يمتلك كل فرد هناك الحق في العلاج بما في ذلك غير المستقرين (السائحين). ويتمتع قطاع الرعاية في السويد بمستوى رفيع من الجودة دفع عدة دول لتمثل هذا النموذج الصحي، ويتألف النظام الصحي السويدي من ثلاث مستويات:

أ. المستوى الوطني:

تتجلى المسؤولية الرئيسية والمحورية على هذا الصعيد التسييري في الدور الاستراتيجي الذي تضطلع به الحكومة المركزية، والتي تعمل جنباً إلى جنب مع شبكة من الهيئات والمؤسسات الحكومية المتخصصة لضمان السير الحسن للمنظومة الصحية. وتتمثل هذه الكيانات والهيئات الفاعلة فيما يلي:

- المجلس السويدي لتقييم التكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية.
- المعهد السويدي لتطوير الخدمات الصحية.
- وكالة المنتجات الطبية.
- المجلس الوطني للتأمين الاجتماعي والتأمين الوطني للصحة الاجتماعية.
- اتحاد مجالس المقاطعات.

[1] ماتن زينب،**مرجع سابق**،ص:91-92 -93-95-96.

ب. المستوى الإقليمي:

يُدار هذا المستوى الإداري من خلال هيئة حكومية إقليمية تتمتع بالاستقلالية التامة في تسيير شؤونها. وتخضع هذه الهيئة لعملية ديمقراطية حيث يُنتخب أعضاؤها بصفة دورية كل أربع (4) سنوات، وتُجرى هذه العملية الانتخابية بالتزامن والتوافق التام مع مجريات الانتخابات البلدية على الصعيدين الوطني والمحلي. وتتميز تركيبة هذا المجلس بأن أعضاءه يمثلون امتداداً لنفس التشكيلات والأحزاب السياسية المتواجدة تحت قبة البرلمان الوطني. ويضم هذا الهيكل الإداري اللامركزي 23 مجلس مقاطعة، وتتمتع هذه المجالس بصلاحيات قانونية وحق صريح يخول لها فرض ضريبة دخل نسبية ومباشرة على السكان القاطنين ضمن حيزها الجغرافي (والتي تُقدر بحوالي 2/3 من الدخل).

وفي شهر جانفي من عام 1984، وضمن مساعي الدولة لتعزيز كفاءة الإدارة الصحية، تم إقرار خطوة تنظيمية هامة تقضي بتجميع ودمج مجالس المقاطعات البالغ عددها 23 مجلساً، إلى جانب البلديات الثلاث، لتنضوي جميعها تحت لواء 6 هيئات طبية كبرى تُعرف بـ "مناطق الرعاية". وتتوزع هذه المناطق جغرافياً على النحو الآتي: منطقة ستوكهولم، المنطقة الجنوبية الشرقية، المنطقة الجنوبية، المنطقة الغربية، منطقة(Uppsala-Örebro) ، وأخيراً المنطقة الشمالية. وقد سُطرت هذه الهيكلة الاستراتيجية بهدف تذليل العقبات الإدارية، وتسهيل سبل التعاون، وضمان التنسيق الفعال والمشترك بين مجالس المقاطعات والمجالس البلدية الثلاثة.

ج.المستوى المحلي:

على الصعيد المحلي، يضم التقسيم الإداري في دولة السويد ما مجموعه 288 بلدية، والتي تتمتع بهامش واسع وجوهري من الاستقلالية الإدارية والمالية، وتضطلع بمهام ومسؤوليات حصرية وخاصة بها. وتجدر الإشارة إلى أن هذه البلديات لا تخضع إطلاقاً لسلطة أو وصاية مجالس المقاطعات الإقليمية، ولا تتحمل هذه الأخيرة أي مسؤولية إدارية تجاهها. وبدلاً من ذلك، تخضع البلديات لسلطة المجالس المحلية الخاصة بها، والتي تنبثق عن مسار ديمقراطي حيث يتم انتخاب أعضائها بصفة دورية كل عام. وعلاوة على ذلك، يُخول القانون لهذه المجالس البلدية حقاً سيادياً يتمثل في فرض ضرائب ورسوم مباشرة على السكان التابعين لنطاقها الجغرافي، وذلك بهدف تعبئة الموارد المالية اللازمة لتمويل مختلف أنشطتها ومشاريعها وضمان استمرارية تقديم خدماتها العامة.

وفيما يتعلق بالهيكل التنظيمي والإداري التقليدي المعتمد داخل هذه البلديات، فإنه يتشكل أساساً من مجلس تنفيذي للبلدية، ومجلس محلي يمثل الإرادة الشعبية، إلى جانب تفرع عدة لجان محلية حكومية متخصصة. وتُسند إلى المجلس التنفيذي للبلدية مهمة محورية تتمثل في القيادة الفعلية والتنسيق المحكم لمختلف الأعمال والمشاريع المنوطة بالبلدية، بالإضافة إلى توليه مسؤولية الرقابة والإشراف المباشر على عمل اللجان المحلية لضمان حسن سيرورتها والرفع من مستوى أدائها العام.

أما على صعيد التمويل، فيرتكز تمويل المنظومة الصحية في السويد بشكل جوهري ورئيسي على ميزانية القطاع العام والموارد الحكومية. غير أن هذا التوجه العام لا ينفي وجود مساهمة مادية يتحملها المريض المستفيد، حيث يُلزم بدفع جزء يسير ومحدود جداً من التكلفة الإجمالية للخدمات الطبية والعلاجية المقدمة له، وهو الإجراء المالي والتنظيمي الذي يُصطلح على تسميته بـ "مستحقات المريض" أو الرسوم التساهمية.

ومن أبرز المبادئ الأساسية التي يرتكز عليها النظام الصحي في السويد نجد ما يلي:

- **الكرامة الإنسانية** :وهو مبدأ أسمى يضمن احترام حقوق المريض، وتوفير رعاية صحية وطبية لائقة تحفظ كرامته وإنسانيته في جميع مراحل مساره العلاجي.
- **الحاجة والتضامن** :حيث تُمنح الأولوية القصوى في تقديم الرعاية الطبية لمن هم في أمس الحاجة الماسة إليها، مع تكريس وترسيخ قيم التكافل والتضامن المجتمعي الشامل في تحمل الأعباء والمخاطر الصحية.
- **الفعالية من حيث التكلفة** :التوجه الدائم نحو تحقيق أفضل النتائج الصحية السريرية الممكنة، وذلك من خلال الاستغلال الأمثل والعقلاني للموارد المالية المتاحة، وتقديم خدمات ذات جودة بأقل التكاليف الممكنة لتجنب الهدر المالي.
- **تقديم العلاج للمرضى المقيمين وغير المقيمين** :التزام النظام الدائم بتوفير التغطية الصحية وتقديم الرعاية الطبية اللازمة لكافة الأفراد المحتاجين إليها، سواء كانوا من المواطنين والمقيمين بصفة قانونية ودائمة، أو من الوافدين والمرضى غير المقيمين على التراب السويدي.[1]

كما تبنت السلطات السويدية نموذج يسمى"الجودة والكفاءة في الرعاية الصحية" ويهدف هذا النموذج الي ما يلي:

- العمل على إرساء رعاية طبية ترتكز في جوهرها على ركائز علمية متينة ومنبثقة من الطب القائم على الأدلة والبراهين، بما يضمن فاعليتها وقدرتها على تحقيق النتائج المرجوة، مع كفالة إتاحتها ووصولها لجميع فئات المجتمع دون استثناء.
- السعي الحثيث نحو الاستجابة الفعالة والشاملة لكافة الاحتياجات الصحية المتغيرة والمتطلبات المتزايدة للمرضى والمستفيدين من المنظومة.
- الالتزام بتقديم مختلف الخدمات الصحية والعلاجية ضمن بيئة مؤسساتية آمنة، تضمن توفر كافة الظروف المثالية ومعايير السلامة القصوى للمرضى والكوادر الطبية على حد سواء.

[1] لويزة مباركي،عبد الحميد لوناس،**الاقتصاد البنفسجي والرعاية الصحية–النظام الصحي السويدي نموذجا**–،مجلة الاستراتجية والتنمية،الجلد10،عددخاص،2020،ص:10-11-12-13-14-15-16.

ويرتكز هذا النموذج على أربعة أبعاد اساسية هي :تتمثل الركيزة الأولى في نتائج الرعاية الصحية وما تحققه من أثر فعلي على الحالة المرضية، تليها تجربة المريض التي تقيس مستوى التفاعل والرضا الشخصي عن الخدمة، ثم بُعد التكاليف والإنتاجية الذي يركز على الكفاءة الاقتصادية والاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، وصولاً إلى بُعد إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الذي يضمن تذليل العقبات الجغرافية والزمنية أمام طالبي العلاج.[1]

و النموذج السويدي يتميز بعدة خصائص وهي كالتالي:

- يتسم النموذج السويدي بقدرته العالية على خلق وإحداث ديناميكية إيجابية ومستمرة داخل أروقة المؤسسات الاستشفائية، مما يساهم في تطوير بيئة العمل.
- يرتكز النظام بشكل جوهري على اعتماد آلية المقارنة المنهجية، باعتبارها أداة فعالة لإعلام الجمهور وتنشيط وتحفيز النقاش العمومي حول معايير جودة وكفاءة الرعاية الصحية المقدمة.
- يحرص النظام على النشر الدوري والشفاف لمعطيات وبيانات المقارنة، وذلك بهدف خلق روح التنافس الإيجابي وتشجيع كافة المرافق على تحسين أدائها وتجويد خدماتها.
- يتيح النموذج للفاعلين وصناع القرار في قطاع الرعاية الصحية إمكانية استخدام بيانات المقارنة الدقيقة لتحديد مواطن القوة لتعزيزها، وتشخيص نقاط الضعف في المنظومة الصحية لمعالجتها.

1.5.3.النظام الصحي الدنماركي:

يُصنف النظام الصحي في دولة الدنمارك كواحد من أرقى وأجود الأنظمة الصحية على مستوى العالم؛ إذ يرتكز على بنية عامة ديمقراطية تضمن مجانية الخدمات الصحية لكافة المواطنين والمقيمين المتواجدين على أراضيها دون استثناء. وتتوسع هذه التغطية الشاملة لتمتد إلى العلاجات الطبية المتخصصة، وتوفير الأدوية الضرورية، وتقديم الرعاية النفسية، بالإضافة إلى البرامج المكثفة للعلاج الوقائي.

وبمجرد حصول الفرد على تصريح الإقامة الرسمي في الدنمارك، تتولى البلدية المختصة تزويده ببطاقة صحية وتعيين طبيب عام خاص به. ويُعد استخدام هذه البطاقة الصحية إجراءً إلزامياً وضرورياً في كل زيارة يقوم بها الفرد إلى عيادة الطبيب، أو غرف الطوارئ، أو عند دخول المستشفيات؛ حيث تشتمل هذه البطاقة على بيانات حيوية تتضمن الاسم الكامل، ورقم الضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى معلومات الاتصال الدقيقة الخاصة بالطبيب المعالج.

ويخضع النظام الصحي في الدنمارك لمنظومة رقابية وتنظيمية مشددة تشرف عليها وزارة الصحة مباشرة، وهو ما يضمن جودة أداء شبكة واسعة النطاق من العيادات الصحية العامة والمستشفيات التابعة للقطاعين الحكومي والخاص. وإلى

[1] ماتن زينب،**مرجع سابق**،ص:98.

جانب ذلك، تتوفر في الدنمارك خيارات متعددة لمزودي الرعاية الطبية الخاصة، وخدمات طب الأسنان، فضلاً عن أشكال الرعاية غير الرسمية.

كما يرتكز جوهر المنظومة الصحية الدنماركية على مفهوم "الرعاية المتكاملة"؛ حيث يتشارك الأطباء مع فرق عمل متعددة التخصصات تضم الممرضين، والصيادلة، والمهنيين الصحيين، وكوادر المستشفيات في تقديم الخدمات العلاجية. وتعمل هذه الفرق بتعاون وثيق وتنسيق متناغم من أجل تشخيص الحالات المرضية بدقة، وعلاج المشكلات الصحية، وضمان توفير الرعاية اللازمة والمستمرة لكافة المرضى.

وبصفة عامة، فإن النظام الصحي الدنماركي يتسم بالمرونة والتيسير، ويولي أهمية كبرى للتحفيز على الوقاية من الأمراض كخطوة استباقية، مع الحرص التام على تقديم العلاجات الضرورية للمرضى في أقصر آجل زمني ممكن وبأعلى مستويات السرعة. وبناءً على ما سبق، يُعتبر نظام الرعاية الصحية في الدنمارك نموذجاً رائداً يتصف بالجودة العالية والفعالية الميدانية الملموسة.[1]

1.3.5.1.النموذج التقييمي الصحي الدنماركي:

قامت الدنمارك بحلول عام 2006 بإرساء وتفعيل ما يُعرف بنموذج "المؤشر الوطني الدنماركي(NIP) "، وذلك ضمن سياق تعاوني وشراكة مؤسسية موسعة ضمت وزارة الصحة، والمجلس الوطني للصحة، والمقاطعات، بالإضافة إلى رابطة مستشاري المقاطعات. كما شارك في هذا المسار التنسيقي كل من الرابطة الطبية الدنماركية، وجمعية الممرضين، والعديد من الجمعيات العلمية المتخصصة، والجمعية الدنماركية للمعالجين. ويسعى هذا النموذج الاستراتيجي إلى بلوغ مجموعة من الغايات والمقاصد الجوهرية، والتي يمكن إجمال أبرزها فيما يلي:

- إرساء دعائم ومنهجيات وطنية موحدة لتوثيق مسارات جودة الرعاية الصحية وتطويرها المستمر بما يخدم مصلحة المرضى بالدرجة الأولى.
- العمل على الارتقاء بمستويات الوقاية، ودقة التشخيص، وفعالية العلاج، وبرامج إعادة التأهيل الطبي.
- توفير القاعدة المعلوماتية والوثائقية الضرورية التي تُمكّن صناع القرار من تحديد الأولويات الصحية بدقة.
- صياغة وتوحيد المؤشرات والمعايير على المستوى الوطني لتقييم كفاءة الخدمات الصحية المقدمة.
- المساهمة الفعالة في بلورة السياسات الصحية وتطويرها بما يضمن رفع كفاءة ونجاعة النظام الصحي الوطني ككل.
- إتاحة مصادر معلوماتية شفافة وموثوقة للمرضى وكافة المستفيدين من الخدمات الصحية لتعزيز وعيهم بالمنظومة.

[1] https://www.ejaba.com/question.27و22 على الساعة 2026/01/26 اطلع عليه يوم:

وعلاوة على ذلك، تتحدد ميكانيزمات تحسين جودة الرعاية الصحية وفقاً لهذا النموذج الدنماركي من خلال سلسلة متتابعة ومنظمة من المراحل والمطالب المنهجية، والتي تبدأ بإعداد مقدمة عامة وخلفية للعمل، تليها بلورة رؤية شاملة تجمع بين المعرفة النظرية والممارسة الميدانية. ثم يتم الانتقال إلى مرحلة تحديد المعايير والمؤشرات بدقة، لتبدأ بعدها عملية جمع البيانات ذات الصلة وإخضاعها للتحليل المعمق. وتلي ذلك مرحلة المراجعة السريرية الدقيقة، التي تمهد الطريق لتنفيذ الإجراءات الفعلية لتحسين الجودة وتطوير الأداء، وصولاً في نهاية المطاف إلى مرحلة نشر النتائج والمخرجات وإتاحتها للجمهور والمجتمع بكل شفافية[1].

ويتميز النظام الصحي في الدنمارك بالخصائص التالية:

- تحقيق تحسن ملموس وطفرة نوعية في عدد معتبر من المؤشرات الصحية الحيوية التي تعكس سلامة المجتمع.
- الالتزام بتوفير منظومة دعم لوجستي متكاملة وشاملة لفائدة المؤسسات الاستشفائية، بما يضمن سلاسة تقديم الخدمات الطبية.
- الاعتماد على مقاربة شمولية واستراتيجية في تقييم مستويات الجودة على صعيد النظام الصحي الكلي، بدلاً من حصر عملية التقييم في الأداء الفردي فقط.
- كفالة وجود طرق ومنهجيات موحدة ومعيارية لتوثيق جودة الرعاية الصحية والعمل على تطويرها الدائم بما يحقق المصلحة الصحية العليا للمرضى.
- السعي المستمر للارتقاء بمستويات الوقاية الأولية، ودقة التشخيص الطبي، وفعالية المسارات العلاجية، وصولاً إلى برامج إعادة التأهيل الصحي المتطورة.

المساهمة الفعالة في إيجاد وتوفير مصدر معلوماتي صحي يتسم بالموثوقية والشفافية، ويكون موجهاً بالأساس لخدمة المرضى ومختلف شرائح المجتمع لرفع مستوى الوعي الصحي العام.

2 .النظام الصحي النموذج البسماركي (Systèmes Bismarckiens):

يقوم نموذج بيسمارك في جوهره على عقيدة إلزامية كفالة الحقوق الاجتماعية وتوفير أقصى درجات الحماية الممكنة للأفراد، حيث ترتبط الاستفادة من المنظومة بمساهمة الشخص المؤمن له عبر آلية الاقتطاعات الاجتماعية المباشرة، وهو ما سنقوم بتفصيله وتوضيحه في العناصر التالية:

1.2 .مفهوم النظام الصحي النموذج البيسماركي (Bismarckiens):

يعود تاريخ ظهور هذا النظام إلى القانون الصادر عام 1883 في ألمانيا، والذي فرض بموجبه على فئة العمال ذوي الدخول والأجور المنخفضة ضرورة التأمين ضد المرض. ويُعرّف هذا النموذج بأنه نظام إلزامي للتأمين الاجتماعي

[1] ماتن زينب،**مرجع سابق**،ص:99-100.

يرتكز على انضواء المهنيين وانتمائهم إلى صناديق تأمين خاصة، ولذلك يُطلق عليه في الكثير من الأدبيات تسمية "الأنظمة المهنية". ويجد نظام بيسمارك تطبيقاً واسعاً في ألمانيا ودول أوروبا الوسطى؛ حيث يعتمد بشكل أساسي على آلية سداد التعويضات والاستحقاقات عن الخدمات التي يقدمها الممارسون الصحيون الذين يتم اختيارهم بحرية تامة من قِبل المرضى.

ويكفل هذا النظام للمستفيدين الحصول على دخل تعويضي وبديل في حالات فقدان القدرة على الكسب نتيجة تحقق أحد المخاطر الاجتماعية المحتملة، مثل الإصابة بالمرض، أو التعرض لحوادث العمل، أو بلوغ سن الشيخوخة. وفيما يخص الجانب المالي، يتم تمويل هذا النظام عن طريق اشتراكات ومساهمات مالية تتناسب طردياً مع قيمة الراتب، ويتم تقاسم أعبائها وتوزيعها بين الموظفين وأرباب العمل.

كما تتسم المنظومة البيسماركية بإعطاء أهمية بالغة لمشاركة المرضى في تحمل جزء من تكاليف حصولهم على الخدمة الصحية؛ إذ تتراوح نسبة مساهمتهم المباشرة عادةً ما بين 10% إلى 15% من التكلفة، وقد تتجاوز هذه النسبة ذلك بكثير في حالات معينة. أما بالنسبة لفئة البطالين وغير القادرين على العمل، فإن الدولة هي الجهة التي تتكفل وتتحمل مسؤولية تأمينهم ودمجهم في المنظومة الصحية.[1]

كما تدور هذه السياسة الاجتماعية حول مجموعة من الإجراءات التي تمس الجوانب التالية:

- إقرار منظومة التأمين ضد المخاطر المرضية في عام 1883).
- استحداث نظام التأمين ضد حوادث العمل في عام (1884).
- وضع أسس التأمين ضد العجز ومخاطر كبار السن في عام (1889).
- وبداية من عام 1890، شهدت هذه المنظومة توسعاً نوعياً حيث امتدت مظلة التغطية التأمينية لتشمل عائلات وأسر المساهمين والمشتركين.

2.2.مبادئ وأهداف النظام الصحي النموذج البسماركي: يسعى النموذج البسماركي من خلال هندسته الاجتماعية إلى بلوغ حزمة من الغايات الاستراتيجية، نورد أبرزها فيما يلي:

- كفالة وصون حقوق الأفراد العاطلين عن العمل عبر ضمان حصولهم على دخل تعويضي وبديل يغطي فترات تعطلهم المحددة.
- العمل الجاد على الحفاظ على استقرار المستوى المعيشي للأفراد الذين فقدوا وظائفهم، وحمايتهم من الانزلاق نحو الفقر.

[1] خلاصي عبد الاله، **العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990– 2018)**،أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه،ل.م.د،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان،2020، ص: 32

- توفير آليات لتعويض الأجراء والعمال عن الخسائر المالية الناجمة عن انقطاع الدخل لأسباب صحية أو مهنية.
- ضمان تغطية المخاطر الاجتماعية لمختلف الفئات، بمعزل عن تفاوت مستويات دخلهم المادي.

2.3.مبادئ النموذج الصحي البيسماركي:يرتكز النموذج البسماركي على جملة من المبادئ الراسخة التي صاغت هويته كنظام تأمين اجتماعي "مهني–تضامني" متفرد، وهي :

أ .مبدأ الارتباط بالعمل:تتأسس الحماية في هذا النظام على قاعدة النشاط المهني؛ فالحق في الضمان الاجتماعي مكتسب ومستمد من المشاركة الفعلية في سوق العمل، وليس مجرد حق عام يُمنح لكل مواطن بصفة آلية بغض النظر عن وضعه الوظيفي

ب. إلزامية الحماية:تتسم الحماية في هذا الإطار بكونها إجبارية بقوة القانون وليست اختيارية، وهي تستهدف بشكل مباشر فئات العمال وأصحاب العمل في القطاعات المنظمة، مما يعزز روح التضامن الجماعي ويضمن انتقاءً صحيحاً للمخاطر .

ج. الاستناد على فلسفة التأمين:وتعني أن الحماية تقوم على عقيدة "التأمين الاجتماعي"؛ حيث يتم استقطاع نسب مئوية (اشتراكات) محددة من الأجور والمداخيل، تقابلها حزمة من المنافع والخدمات. وتُدار هذه المخاطر بصفة مشتركة داخل صناديق متخصصة، مع ربط جزئي بين الاستحقاقات وقيمة المساهمات السابقة.

د .لامركزية تسيير الحماية:يعتمد نمط التسيير على الإدارة المشتركة واللامركزية من قِبل ممثلي العمال وأرباب العمل؛ فالدولة يقتصر دورها على وضع الإطار التشريعي والرقابي العام، دون التدخل في الإدارة المباشرة كما هو الحال في النماذج المركزية .

هـ .**تمويل الحماية**:يستمد النظام تمويله بشكل أساسي من المساهمات المالية المباشرة (الاقتطاعات الاجتماعية) التي يقدمها الأجراء وأصحاب العمل، ولا يعتمد في جوهره على الضرائب العامة، وهذا ما يجعله نقيضاً لنموذج "بيفريدج ."

و .مبدأ المواطنة:ويُقصد به النظر إلى جميع الأفراد العاملين بوصفهم متساوين في الحقوق والواجبات المتعلقة بالتأمين الاجتماعي، دون تمييز بناءً على الكفاءات أو المواهب. ومع التطورات المعاصرة (كما في فرنسا وألمانيا)، تحول النموذج إلى نظام "شبه شامل" يمتد ليشمل غير العاملين عبر آليات الدعم والمساعدة الحكومية.

3.2.خصائص النموذج الصحي البيسماركي:يتميز هذا النموذج بمجموعة من الخصائص التنظيمية والفنية التي تحدد معالمه، وهي:

- **التأمين الإلزامي**:يُلزم القانون الجميع بالحصول على تغطية تأمينية، مما يساهم في تكريس العدالة الاجتماعية وتوزيع أعباء المخاطر على كافة السكان.
- **نظام الدفع المتعدد**:تُدار التغطية الصحية عبر شبكة متنوعة من شركات وصناديق التأمين غير الربحية المعروفة بـ "صناديق المرض"، والتي تتنافس فيما بينها تحت إشراف تنظيمي صارم من الدولة.
- **نهج التمويل التساهمي**:يتم تمويل المنظومة أساساً عبر اشتراكات الرواتب المتقاسمة بين أصحاب العمل والموظفين، مع تدخل الدولة لتقديم الدعم المالي للفئات الأكثر هشاشة وضعفاً.
- **تقديم الخدمات عبر القطاعين**:تُقدم الرعاية الصحية في الغالب عبر مزودين من القطاع الخاص (ربحي أو غير ربحي)، مع وجود تنظيم صارم وحازم لمعدلات السداد والمدفوعات المالية.
- **التناسب بين المساهمة والمنفعة**:تعتمد الحماية على تقنية تأمينية تضمن وجود تناسب بين حجم المساهمات والمنافع المحصلة، مع منح العمال والموظفين صلاحية إدارة شؤون حمايتهم بأنفسهم.
- **ارتباط الاقتطاعات بالدخل**:يتم تحديد قيمة الاقتطاعات الاجتماعية بصفة تناسبية وفقاً لمستوى الراتب أو الأجر أو الدخل الإجمالي للفرد.[1]

4.2. تمويل وتسيير النموذج الصحي البيسماركي:

1.4.2. أسلوب تمويل النموذج البيسماركي :يرتكز النموذج البيسماركي في دعائمه التمويلية بشكل جوهري على آلية الاقتطاعات أو الاشتراكات الاجتماعية؛ وهي مبالغ مالية يتم تحصيلها وتوزيع أعبائها بصفة تشاركية بين العمال، والأجراء، وأرباب العمل. وتجدر الإشارة إلى أن المنهجية المعتمدة في توزيع هذه التأمينات وتحديد قيمتها تتباين وتختلف بوضوح تبعاً لطبيعة الخطر المضمون ونوع التغطية المراد توفيرها، سواء تعلق الأمر بمخاطر المرض، أو حوادث العمل المهنية، أو حالات العجز، وصولاً إلى تأمينات الشيخوخة والتقاعد.

2.4.2. هيكل تسيير النموذج البيسماركي :إن طبيعة أسلوب التمويل القائم على الاشتراكات الاجتماعية تترك أثراً مباشراً وانعكاساً جلياً على هيكلة تنظيم وتسيير النظام ككل؛ إذ تقتضي هذه المنظومة ضرورة إشراك كافة الشركاء الاجتماعيين والمساهمين في عملية إدارة وتدبير شؤون التأمينات الاجتماعية.

وفي الدول التي تتبنى هذا النهج "البسماركي"، تُوكل مهمة إدارة صناديق التأمين الاجتماعي إلى هيئات ومؤسسات تتمتع باستقلالية نسبية عن سلطة الحكومة المركزية. ويقوم نموذج التسيير داخل هذه الهيئات على مبدأ التمثيلية الثلاثية؛ حيث يشارك ممثلو العمال وأرباب العمل في عملية الإدارة والقرار على قدم المساواة، جنباً إلى جنب مع

[1] https://pchhealth-global.translate.goog/glossary/social-insurance-bismarck-model.اطلع عليه يوم 2026/01/28 على الساعة16و22

ممثلين تعينهم الدولة، لاسيما الكوادر التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية. ويستهدف هذا النمط التسييري ضمان رقابة عمومية فعالة من جهة، وكفالة ديمومة واستمرارية نظام التأمين الصحي واستقراره المالي من جهة أخرى.[1]

وفي الجزائر، يُعتبر نظام الضمان الاجتماعي المتمثل في هيئات مثل الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS) والصندوق الوطني لغير الأجراء (CASNOS) وغيرها، نظاماً مستلهماً في جذوره العميقة من النموذج البسماركي، وذلك منذ إرساء لبناته الأولى عام 1949 إبان فترة الاستعمار الفرنسي. ومع مرور الوقت، شهد هذا النظام تحولات جوهرية جعلته يتطور إلى نموذج "هجين" يمزج بين خصائص الأنظمة المختلفة، وتتجلى أبرز مميزاته الحالية فيما يلي:

- تكريس مبدأ إلزامية التأمين الصحي، مع الاعتماد الكلي في التمويل على آلية الاقتطاعات والاشتراكات المشتركة.
- دمج عناصر ذات طابع شمولي، مثل توسيع نطاق التغطية لتشمل الفئات غير المأجورة عبر صندوق CASNOS، وتقديم إعانات ومنح للفئات الهشة والضعيفة، وهو ما يجعله يقترب نسبياً في بعض جوانبه من فلسفة نموذج "بيفريدج."

5.2.حالات بعض الدول المطبقة للنموذج البيسماركي :اتجهت مجموعة من الدول نحو تبني النموذج البيسماركي كقاعدة لتنظيم وتمويل قطاعاتها الصحية، إلا أن تطبيق هذا النموذج شهد تباينات ملموسة من دولة إلى أخرى تبعاً للمحددات الاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية الخاصة بكل بلد. وفي هذا الإطار، سنستعرض تجارب بعض الدول الرائدة مع تسليط الضوء على الخصائص النوعية لكل تجربة:

1.5.2. النموذج الصحي الألماني:يرتكز النظام الصحي في ألمانيا على هيكلية تجمع بين التأمين الصحي العمومي الإلزامي وتأمين صحي خاص مكمل له؛ حيث يتمتع السكان بحق الوصول السلس إلى حزمة متكاملة من الخدمات الطبية التي يقدمها القطاعان العام والخاص في آن واحد. وتستحوذ النفقات الصحية في هذا النظام على حصة كبيرة تُقدر بنحو 10,5% من إجمالي الناتج المحلي الخام لألمانيا.

ويُعد النظام الصحي الألماني نظاماً فدرالياً بامتياز، تمنح فيه الولايات (Länder) استقلالية واسعة النطاق في رسم وتنفيذ السياسات الصحية المحلية. ويندرج هذا النظام تاريخياً ضمن نموذج الحماية الاجتماعية البسماركي، الذي يعتبر الرائد والأول من نوعه في القارة الأوروبية، حيث يتأسس على المرتكزات الجوهرية للضمان الاجتماعي وهي: التأمين الصحي، التأمين ضد حوادث العمل، والتأمين ضد مخاطر العجز والشيخوخة، بالإضافة إلى التأمين ضد البطالة الذي أُدرج ضمن المنظومة سنة 1927.

[1] ماتن زينب،**مرجع سابق**،ص:66-67.

ويعتمد تمويل النظام الألماني بشكل أساسي على الاقتطاعات الاجتماعية الإجبارية؛ حيث تتولى صناديق التأمين الصحي الإلزامي تغطية الغالبية العظمى من السكان بنسبة تقارب 90%، بينما تنضوي النسبة المتبقية البالغة 10% تحت مظلة التأمين الصحي الخاص. ويقوم هذا النظام العريق على ثلاثة مبادئ توجيهية:

أ. **مبدأ التأمين:** يمثل الحجر الزاوية للمنظومة والأساس الفعلي للتضامن الاجتماعي؛ إذ يقوم على فكرة تجميع الاشتراكات المالية من المؤمن لهم لمواجهة الأخطار الصحية الممكنة، مما يساهم في تفتيت العبء الفردي للمخاطر ويضمن الحق في العلاج. ويعتمد تمويله على اقتطاعات قسرية تُحسب نسبياً بناءً على الدخل، ويتم تقاسمها بين الأجير وصاحب العمل.

ب .**مبدأ الوقاية:** ينبثق من روح التكافل العام بين كافة أطياف المجتمع، ويتجسد في تخصيص جزء من العائدات الضريبية لتلبية الحاجيات الصحية للمواطنين أو لفئات مهنية محددة، خاصة تلك المرتبطة بالخدمات الحيوية التي تقدمها الدولة.

ج .**مبدأ المساعدة الاجتماعية** : يمثل شبكة الأمان الأخيرة التي يتم تفعيلها في حال عدم قدرة المبدأين السابقين على الاستجابة للاحتياجات؛ حيث يعتمد على التمويل الجبائي (الضرائب) ويستهدف الفئات الأكثر احتياجاً، أو التدخل في الحالات الاستثنائية كالكوارث وحالات الطوارئ الكبرى.

ويتميز النظام الصحي الألماني بمجموعة من الخصائص التنظيمية الفريدة، أبرزها:

- توجيه الحصة الأكبر من الاشتراكات الاجتماعية للأجراء وأرباب العمل نحو تمويل صناديق التأمين الصحي.
- إسناد تسيير الموارد المالية لصناديق تأمين صحي مستقلة، يشارك في مجالس إدارتها ممثلون عن العمال وأصحاب العمل.
- التنوع المؤسساتي؛ حيث بلغ عدد صناديق التأمين الصحي 123صندوقاً وفق إحصائيات فاتح جويلية 2015.
- التطبيق الواسع لنظام "الدفع من الغير" (الطرف الثالث)، الذي يعفي المريض من الدفع المباشر للخدمة.
- تقاسم المسؤولية السياسية والتنظيمية بين وزارة الصحة الفدرالية وسلطات الولايات، لضمان تحقيق الأهداف الصحية الوطنية والجهوية.

- خضوع عملية توزيع وتخصيص الموارد المالية لمفاوضات تعاقدية بين صناديق التأمين من جهة، ومقدمي الخدمات الطبية والمؤسسات الاستشفائية من جهة أخرى.[1]

تتوزع المؤسسات الاستشفائية ضمن المنظومة الصحية إلى ثلاث تصنيفات جوهرية: المستشفيات التابعة للقطاع العام (العمومية)، والمستشفيات التابعة للقطاع الخاص ذات الطابع غير الربحي، والمستشفيات الخاصة التي تهدف إلى تحقيق الربح. وتعتمد الفئتان الأولى والثانية (العمومية والخاصة غير الربحية) نظام الأجور الثابتة لتعويض أطبائها، كما تتحصل هذه المؤسسات من صناديق التأمين الصحي على مبالغ مالية جزافية يومية عن كل مريض مُقيم، بحيث تغطي هذه المبالغ أتعاب الطاقم الطبي. أما في النوع الثالث، وهو المستشفيات الخاصة الربحية، فإن الصناديق تدفع مبالغ جزافية يومية لا تشتمل على أجر الطبيب؛ إذ يتم تعويض الأطباء في هذا الصنف بناءً على "الأداء" أو "الدفع مقابل الخدمة" من قِبل الصناديق مباشرة، مع إلزامهم في الغالب بتحويل حصة من هذه الأتعاب لصالح إدارة المستشفى.

وفيما يخص التغطية المالية، تقع مسؤولية تمويل نفقات التسيير اليومي للمستشفيات على عاتق صناديق التأمين الصحي والتأمينات الخاصة. وفي المقابل، تتولى حكومات الولايات مهمة تمويل نفقات الاستثمار الرأسمالي والبنى التحتية، ويشمل هذا الدعم الحكومي حتى المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص.

2.5.2 النظام الصحي الهولندي:

يرتكز البناء الهيكلي للنظام الصحي في هولندا على فلسفة التأمين الاجتماعي ذات الجذور البيسماركية. ولم يكتسب هذا النظام طابع الشمولية والتعميم إلا في عام 1941 تحت تأثير ضغوط الاحتلال الألماني؛ حيث كان مقتصرًا في بداياته الأولى على تأمين ثلثي الساكنة من أصحاب المداخيل المحدودة. وفي تلك المرحلة، كانت السمة الغالبة على تقديم الخدمات الصحية هي سيطرة الهيئات غير الربحية، وشركات التأمين، والممارسين الطبيين المستقلين، مقابل دور رقابي وإشرافي محدود للحكومة المركزية.

ومن الخصائص المتفردة التي تميزت بها الصيغة الهولندية للتأمين الاجتماعي، هو إسناد دور "حارس البوابة " (Gatekeeper) للأطباء العامين، بالإضافة إلى الدور المحوري للقابلات المستقلات ضمن منظومة الرعاية الصحية الأولية، واللواتي يتولين حصرياً إدارة حالات الولادة الطبيعية غير المعقدة. وبحلول عام 1967، شهد النظام

[1] Safa Lechab, **Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de sante Algérien ?,** Revue Innovation, Volume: 12, N°: 01,2022,P :500

تحولاً مفصلياً باستبدال نظام الإعانات بنظام تأمين اجتماعي شامل مخصص لتغطية الرعاية الطويلة الأمد داخل المستشفيات، وخدمات الصحة النفسية، ورعاية ذوي الإعاقة، مع توسيع مظلة الاستفادة لاحقاً لتشمل رعاية المسنين.

ومنذ مطلع السبعينيات، ركزت التوجهات السياسية للدولة على استراتيجية "احتواء التكاليف" المتزايدة، عبر آليات تقييدية مثل فرض سقوف مالية لميزانيات المستشفيات، ومعالجة مشكلة تجزؤ الخدمات الصحية. كما جرت عدة محاولات لإلغاء الازدواجية القائمة بين التأمين الاجتماعي والتأمين الخاص، إلا أنها لم تكلل بالنجاح في تلك الفترة.

وظل هذا النظام محافظاً على ركائزه التقليدية دون تحولات هيكلية كبرى حتى صدور إصلاح الرعاية الصحية لعام 2006، والذي يُعد تطويراً متقدماً للنموذج البيسماركي الكلاسيكي؛ حيث أقر هذا الإصلاح نظام تأمين إلزامي وموحد، تفتح فيه أبواب المنافسة بين شركات تأمين صحي خاصة لاستقطاب المؤمن لهم. وقد أسفر هذا التحول عن تغيير جذري في موازين القوى وأدوار الفاعلين، خاصة شركات التأمين والمرضى (كمستهلكين واعين). كما تم تفويض صلاحيات الإشراف والتسيير من الحكومة المركزية إلى هيئات مستقلة متخصصة، في حين نُقلت مسؤولية تنظيم وتقديم الدعم الاجتماعي لتصبح من الاختصاصات الأصيلة للبلديات.[1]

-تمويل النظام الصحي الهولندي:تعتمد هندسة التمويل في منظومة الرعاية الصحية الهولندية على توليفة متوازنة وهيكل تمويلي "مختلط" يجمع بين عدة مصادر وقنوات مالية لضمان استدامة النظام، وتتمثل هذه المصادر فيما يلي:

- **الاشتراكات الشهرية للتأمين الصحي**:يلتزم الأفراد بدفع مبالغ مالية دورية (اشتراكات شهرية) لصالح شركات التأمين الخاصة التي ينضوون تحت مظلتها. وتتفاوت قيمة هذه الاشتراكات وتختلف نسبياً تَبَعاً لسياسة كل شركة تأمينية ومستوى التغطية، غير أن الحكومة تتدخل بشكل تنظيمي من خلال وضع "حد أدنى" إلزامي لا يمكن النزول عنه، وذلك لضمان جودة الخدمة واستقرار التمويل.
- **الضرائب العامة**: تساهم الدولة في تمويل جزء محوري من النظام الصحي عبر العائدات الضريبية؛ ويستهدف هذا التمويل العمومي بشكل أساسي تحقيق العدالة الاجتماعية من خلال تغطية التكاليف والأعباء الصحية للأفراد ذوي الدخل المحدود، أو أولئك الذين يعانون من ظروف اجتماعية وصحية خاصة تتطلب دعماً حكومياً مباشراً.
- **المساهمات الشخصية (الرسوم التساهمية)**:يتحمل المرضى والمستفيدون مسؤولية دفع جزء من تكاليف بعض الخدمات الطبية المحددة من مالهم الخاص، ويشمل ذلك -على سبيل المثال- حصصاً من أثمان الأدوية

[1] Willemijn Schäfer,**The Netherlands Health system review**.**nivel**,2010,P13.

أو تكاليف جلسات العلاج الطبيعي. ويهدف هذا الإجراء المالي إلى ترشيد الاستهلاك الصحي، والمساهمة الفعالة في ضبط والتحكم في إجمالي الإنفاق الصحي الوطني لتحقيق الاستخدام الأمثل للموارد.[1]

3.5.2.النموذج البلجيكي:يتميز النظام الصحي في بلجيكا بإجبارية التأمين الصحي و التغطية الصحية في بلجيكا شبه شاملة، حيث يستفيد 99% من السكان من التغطية الخاصة بالخدمات الصحية، أما النسبة المتبقية من السكان فتتكوّن من أشخاص لم يستوفوا المتطلبات الإدارية (مثل عدم توفر عنوان إقامة منتظم)، ويتم تطبيق نظام التأمين الصحي من خلال خمس اتحادات وطنية خاصة غير ربحية لصناديق التأمين الصحي، إضافة إلى صندوق خاص بموظفي السكك الحديدية وصندوق عمومي للتأمين الصحي، ويُدار هذا النظام من قبل المعهد الوطني للتأمين الصحي و تأمين العجز

(National Institute of Health and Disability Insurance – INAMI-RIZIV)

كما تتولى هذه الهيئة العمومية تحديد معايير التعويض ووضع الميزانية ومراقبتها، وإعلام مقدّمي خدمات الرعاية الصحية، وتعزيز جودة الرعاية وتنظيم المفاوضات بين مختلف الأطراف المعنية.

وتتوزع المسؤوليات في المجال الصحي بين السلطات الفدرالية والكيانات الاتحادية، إذ تتكفل السلطات الفدرالية بتنظيم التأمين الصحي الإجباري والمنتجات الصحية والمهن الصحية، إضافة إلى تحديد ميزانيات الرعاية الصحية في العيادات الخارجية والمستشفيات.

أما الكيانات الاتحادية (الأقاليم والمجتمعات) فتضطلع بمسؤولية تعزيز الصحة والوقاية وتنظيم الرعاية الصحية الأولية والخدمات الاجتماعية ورعاية المجتمع وتمويل البنية التحتية الاستشفائية والتجهيزات الطبية الثقيلة ووضع معايير اعتماد المستشفيات وتُنظَّم مؤتمرات وزارية مشتركة بصفة منتظمة لتسهيل التعاون بين السلطات الفدرالية والكيانات الاتحادية، كما تم اعتماد آليات حوكمة خاصة خلال جائحة كوفيد-19 من أجل تسيير الأزمة الصحية.

وقد بلغت نسبة الانفاق الحكومي على المجال الصحي ما نسبته 10.7% من الناتج المحلي الإجمالي سنة 2019، وهي نسبة تفوق متوسط الاتحاد الأوروبي البالغ 9.9%، كما بلغ الإنفاق الصحي 3,773 يورو للفرد الواحد سنة 2019 (بعد التعديل وفقًا لاختلافات القدرة الشرائية)، وهو مستوى أعلى بقليل من متوسط الاتحاد الأوروبي (3,523 يورو).

مما شكّل التمويل العمومي والتغطية الإلزامية للتأمين الصحي الخاص77% من إجمالي الإنفاق الصحي سنة 2019، مقارنة بمتوسط الاتحاد الأوروبي (80%)، في حين مثّلت المدفوعات المباشرة من جيوب الأفراد 18% من إجمالي الإنفاق الصحي، بينما شكّل التأمين الصحي الطوعي التكميلي النسبة المتبقية والمقدّرة بـ5%.[1]

[1] https://www.hellobreda.com/ar/posts/het-zorgsysteem-in-nederland2026/02/01:اطلع عليه يوم

ويعتمد التقييم للنموذج الصحي البلجيكي على ثلاثة أنواع وهي نماذج حكومية، نماذج خاصة، نماذج مختلطة، فالنماذج الحكومية تضم ثلاث نماذج وهي: نموذج التغذية العكسية (EPF-SCAE) وله ثلاث مرتكزات متمثلة في الأداء السريري، الأداء المالي،القدرات الابتكارية، التركيز على المريض.

بينما نموذج عقد تنسيق الجودة وسلامة المرضى، يهدف إلى تحفيز ودعم وتنسيق جودة الرعاية وسلامة المرضى في المستشفيات البلجيكية.

ونموذج التغذية العكسية لمؤشرات السلامة للمرضى، يهدف الى توعية المستشفيات بسلامة المريض، وله مجموعة من المرتكزات المتمثلة في:مضاعفة التخدير، معدل الوفيات في المستشفيات، الإنعاش الناجح، بعض الالتهابات الناجم عن عدم التكفل الطبي.

وأما النماذج الخاصة فهي كذلك تضم ثلاث نماذج متمثلة في:

– نموذج التحليل الآلي للمستشفيات (MAHA): حيث يقوم بتحليل البيانات المالية وبعض بيانات الأنشطة لكل المستشفيات ببلجيكا ويغطي ثلاث قطاعات المتثملة في المستشفيات العمومية، المستشفيات الجامعية، مستشفيات الأمراض النفسية، ويعتمد على مؤشرات خاصة متثملة في:

- حالة الميزانية السنوية وحسابات النتائج الختامية.
- بيانات الموارد البشرية (من حيث التعداد، النفقات، السرير، والوحدة الطبية).
- دراسة طبيعة المنشأة استثمارياً (استمرار الاستثمار، إحلال الأصول الجديدة محل القديمة، والعمر الزمني للاستثمارات).
- مؤشرات السيولة النقدية.
- الملاءة المالية ومعدلات الربحية.
- نسب النشاط لكل قسم (عدد الأيام، فترة الإقامة، ونسبة إشغال الأسرة).
- تقييم المؤشرات الأربعة الكبرى: السيولة، التدفقات النقدية، ديمومة الاستثمار، وفحص التطور النوعي لعدد المستشفيات التي تحقق معياراً واحداً أو أكثر من هذه المعايير.

[1] State of Health in the EU Belgium Country Health Profile 2021, European Observatory on Health Systems and Policies 2021,P 8.

– **نموذج القياس بالمقارنة (3M)**: فهو عبارة عن برنامج متكامل يساعد المستشفى في جميع عمليات الترميز ويسمح بالعمل مع القواعد والمصطلحات،كما يهدف هذا النموذج إلى تزويد الأطباء والمديرين بتقارير موحدة من قواعد البيانات تسمح لهم بالتحليل ومقارنة لوضعياتهم سابقا ومعرفة نقاط القوة والضعف.

– **نموذج بيانات الرعاية الصحية (Athéna)**:وهو نموذج يعتمد على قاعدة بيانات للحد الأدنى من بيانات الأدوية وتم إنشاء رابط لها وتتمثل أهم المعايير المعتمدة من قبل المركز فيما يلي:

– الجانب المالي، الجانب السريري، الجودة ، المراجعة، العناية المركزة، الاستشفاء النهاري، الاستعجالات، البحث والتطوير.

أما النوع الثالث فيتمثل في النماذج المختلطة، والتي يندرج ضمنها نموذجان، وهما كما يلي:

– **نموذج القياس بالمقارنة لجمعية سانتا (Santhea)** :يتمثل دوره في جمع بيانات الفواتير والمحاسبة وبيانات الأمراض من المستشفيات الأعضاء، ويقوم بإرسال الملاحظات المالية بشكل أساسي كل سنة إلى أعضاء الجمعية،كما يقدم نموذج الوكالة الوالونية للمساعدة على تسيير مؤسسات الرعاية(AWAGES) تحليلا لمختلف البيانات الروتينية المرسلة إلى السلطات وتمويلها، ومن ثم حقنها في مستودع البيانات بشكل أساسي لإنتاج التقارير والمعايير المخصصة للمستشفيات،ومن أهدافه مايلي:

وتتمثل أهدافه فيما يلي:

- استكمال وجمع كافة البيانات الإدارية المتاحة للمستشفى.
- تأسيس قاعدة بيانات إقليمية للنشاطات المالية والاستشفائية.
- استخراج مجموعة من المؤشرات القطاعية ذات الأهمية.
- تمكين المراكز الصحية من مقارنة أدائها مع مؤسسات مماثلة في الحجم أو التنظيم.
- توفير المعلومات للجمعية والمؤسسات لإجراء بحوث تخصصية دقيقة.
- إتاحة الاطلاع على التكاليف الطبية للمرضى من قِبل مقدمي الخدمة المسؤولين، ويعتمد النموذج مؤشرات تشمل: تحليل الموارد المالية بالميزانية، دراسة الحزم الصيدلانية، فحص الأرقام المرجعية، تحليل السجلات النفسية، والدراسات المتعلقة بالطب الخاص.

أما النموذج الثاني فيتمثل في مؤشرات الجودة: طُرح هذا النموذج أواخر عام 2012 كثمرة لمبادرة تنسيقية بين مختلف شبكات الرعاية والروابط الاستشفائية في بلجيكا. استهدف هذا النظام تطوير آليات الرقابة على الجودة عبر تشجيع وتبسيط توظيف المؤشرات الميدانية، حيث يستفيد منها الممارسون الصحيون والجهات الحكومية لأغراض إعلامية

وتفتيشية، وهي تُعد نوعاً من الاعتمادات التي تشرف عليها الإدارة البلجيكية .وتتحدد مجالات الرعاية المعتمدة بناءً على المعايير التالية:

- انعكاس الأمراض على الصحة العامة (الانتشار، المراضة، الوفيات، والعبء الاقتصادي).
- قوة البراهين والحقائق العلمية المتاحة.
- الارتباط الوثيق بين الإجراءات الطبية ونتائج العلاج المحققة.
- فرص وإمكانات التطوير الفعلي للجودة.
- القدرة التأثيرية لمقدمي الرعاية على النتائج
- فرص وإمكانات التطوير الفعلي للجودة. [1]

4.5.2. النموذج الصحي الفرنسي.يعدّ النظام الصحي الفرنسي نموذجًا للتأمين الصحي الوطني (NHI) الذي يوفّر تغطية صحية لجميع المقيمين القانونيين، وهو لا يُمثّل نموذجًا للطب المؤمَّم كما هو الحال في كوبا، ولا نموذجًا لخدمة صحية وطنية كما في المملكة المتحدة، كما أنه لا يُعدّ نظام رعاية صحية تديره الحكومة مباشرة مثل نظام إدارة شؤون المحاربين القدامى في الولايات المتحدة، وعلى العكس من ذلك فإن التأمين الصحي الوطني الفرنسي يُجسّد نموذجًا يجمع بين التمويل العمومي، وتمويل الضمان الاجتماعي، والتمويل الخاص إلى جانب مزيج من القطاعين العام والخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية.

ويعكس النظام الصحي الفرنسي ثلاث قيم سياسية أساسية متمثلة في:

أ.الليبرالية، بمعنى منح المرضى حرية اختيار الأطباء والمؤسسات الاستشفائية؛

ب.التعددية، من خلال توفير خيارات متنوعة لتقديم الرعاية الصحية، تمتد من الممارسة الخاصة القائمة على الدفع مقابل الخدمة، إلى المراكز الصحية والاستشارات الاستشفائية الخارجية للرعاية المتنقلة، وصولًا إلى مستشفيات عمومية، وغير ربحية، وربحية؛

ج.التضامن، بمعنى أن يساهم الأشخاص الأكثر ثراءً والأفضل صحة في تمويل الخدمات الصحية المقدَّمة للفئات الأقل حظًا والأضعف صحة.

عمليًا، يُمثّل النظام الصحي الفرنسي توازنًا دقيقًا بين التأمين الصحي الوطني والممارسة الطبية الخاصة القائمة على الدفع مقابل الخدمة، المعروفة بالطب الليبرالي، وغالبًا ما تُبرز الدراسات التوترات المرتبطة بالسعي إلى تحقيق الشمولية،

[1] ماتن زينب،**مرجع سابق ذكره**،ص:70 الى- 79.

واحترام مبادئ الليبرالية، ومواجهة تحدّي تزايد اللامساواة الاجتماعية والصحية وآخرون، كما يتكرر التساؤل بانتظام حول مدى استدامة هذا النظام وآخرون،

ولقد مر نظام التأمين الصحي الوطني الفرنسي بعدة مراحل، استجابةً لمطالب توسيع التغطية، فبعد إقراره لأول مرة سنة 1928، كان يغطي الأجراء العاملين في الصناعة والتجارة الذين تقل أجورهم عن سقف محدد منخفض، وفي سنة 1945 الى 1955 تم توسيع التغطية لتشمل جميع عمال الصناعة والتجارة وعائلاتهم بغضّ النظر عن مستوى الأجور، واستغرق استكمال تعميم التغطية بقية القرن العشرين.

وفي سنة 1961 شُمِل الفلاحون والعمال الزراعيون بالتغطية، وفي سنة 1966، أُدرج المهنيون المستقلون ضمن النظام وفي سنة 1974، نص قانون جديد على شمولية التأمين الصحي الوطني، غير أنّه لم يتم إقرار تغطية صحية شاملة كاملة لبقية السكان غير المؤمنين إلا في يناير 2000، وذلك على أساس الإقامة في فرنسا.

ويعد التأمين الصحي الوطني جزءًا لا يتجزأ من نظام الضمان الاجتماعي الفرنسي، الذي يُوصَف غالبًا باستعارة زراعية باعتباره يتكوّن من ثلاثة فروع رئيسية:

- التقاعد؛
- الإعانات العائلية؛
- التأمين الصحي والتغطية ضد حوادث العمل ويدار الفرعان الأولان من قبل صندوق وطني واحد، في حين يُدار الفرع الثالث من قبل ثلاثة صناديق رئيسية للتأمين الصحي الوطني:

- صندوق الأجراء(CNAMTS) ؛
- صندوق الفلاحين والعمال الزراعيين(MSA) ؛
- صندوق المهنيين المستقلين(RSI) .

كما توجد أحد عشر صندوقًا أصغر مخصّصًا لمهن معيّنة ولمستحقيها، يدافع كل منها عمّا يعتبره حقوقًا مكتسبة، ويغطي صندوق CNAMTS نحو 86% من المقيمين القانونيين في فرنسا، بمن فيهم الأجراء، والأشخاص الذين أُدرجوا حديثًا في النظام لكونهم غير مؤمَّنين سابقًا، إضافة إلى المستفيدين من سبعة من الصناديق الصغيرة التي يُشرف عليها CNAMTS.

جميع صناديق التأمين الصحي الوطني هي من الناحية القانونية منظمات خاصة مكلّفة بتقديم خدمة عمومية، لكنها في الواقع تُعدّ هيئات شبه عمومية تخضع لإشراف الوزارة الحكومية المكلّفة بالضمان الاجتماعي، وتمتلك الصناديق الرئيسية شبكة واسعة من الصناديق المحلية التي تتولى معالجة ملفات التعويض لفائدة مقدّمي الخدمات الصحية أو المرضى، ومكافحة الغش وسوء الاستعمال، وتقديم خدمات متعددة للمؤمنين.

ويغطي التأمين الصحي الوطني الفرنسي خدمات تشمل: الرعاية الاستشفائية، والخدمات الطبية الخارجية، والأدوية الموصوفة (بما في ذلك المنتجات المثلية)، والعلاج بالمياه المعدنية، ورعاية دور المسنين، والتعويضات النقدية، وبدرجة أقل، رعاية الأسنان والبصر. ولا تزال هناك فروق طفيفة في التغطية بين الصناديق المختلفة. وتستفيد الصناديق الصغيرة التي تضم فئات أكبر سنًا وأكثر عرضة للمخاطر، مثل الفلاحين والعمال الزراعيين وعمال المناجم، من إعانات يقدمها صندوق CNAMTS والدولة في إطار ما يُعرف بـ«التعويض الديمغرافي». كما يُغطّى المتقاعدون والعاطلون عن العمل تلقائيًا وفقًا لفئاتهم المهنية السابقة.[1]

يتميز بإلزامية دفع مستحقات التأمين بالنسبة للسكان، وتشارك شركات التأمين و وكالات الغير ربحية سنويًا في المفاوضات مع الدولة فيما يتعلق بالتمويل الإجمالي للرعاية الصحية في فرنسا، حيث توجد ثلاثة صناديق رئيسة،تغطي أكبرها 84% من السكان ويغطي الآخران 12%، ويتم خصم قسط التأمين من رواتب الموظفين تلقائيًا، حيث حدد قانون تمويل الضمان الاجتماعي لعام 2001 معدلات التأمين الصحي التي تغطي خطة الرعاية الصحية القانونية بنسبة 5.25% على الدخل المكتسب ورأس المال والمكاسب الآتية من القمار و3.95% على الاستحقاقات (المعاشات التقاعدية والإعانات) .

وبعد دفع رسوم الطبيب أو طبيب الأسنان، تُعوَض نسبة 70% عادة، ولكن يمكن أن تصل النسبة إلى 100% (في بعض المشاكل الطبية المزمنة – مثل السرطان والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية). ما يتبقى يدفعه المريض، ويمكنه استرداده أيضًا إذا اشترك في خطة تأمين صحي مكملة (أكثر من 99% من السكان إذ يحق لكل عامل، بموجب القانون، الحصول على خطة مدعومة من شركة)، ويدار معظمها من قبل مجموعات غير ربحية تسمى شركات تأمين متبادل.[2]

كما يسعى النظام الصحي في فرنسا إلى تجسيد المبادئ التالية:

- **الشمولية:** عبر إدماج كافة الفئات المهنية تدريجياً ضمن منظومة واحدة، بعدما كانت تعتمد على صناديق مستقلة، كأصحاب الحرف، والمشتغلين بالزراعة، وأصحاب المهن الحرة، وصولاً إلى الأفراد المتطوعين ممن ليس لديهم دخل وظيفي ثابت، وبالرغم من ذلك، يظل هذا المسار التطويري قيد الاستكمال.

[1] VICTOR NRODWI, **The French health care system**, **World Hospitals and Health Services – Universal Health Coverage** (**UHC**): Making progress towards the 2 030 targets V ol 5 4 ,N°1.P49-50-51

[2] ttps://ar.wikipedia.org/wiki الرعاية الصحية في فرنسا

- **التوحيد:** من خلال منح التعويضات الخاصة بالنفقات العلاجية والمساعدات العائلية للجميع بمعايير موحدة دون النظر لمستوى الدخل، غير أنه تم إقرار تحسينات لاحقة مثل "المساهمة المالية للمستفيد (ticket modérateur)" وآلية "الحصص العائلية "(quotient familial) لضبط التوازن.
- **الوحدة:** وتتمثل في وجود مؤسسة مالية مركزية تُدير الفروع الأربعة الكبرى للنظام العام وهي (المرض والأمومة، إصابات العمل، التقاعد، والمنح العائلية)، مع ملاحظة خروج التأمين ضد البطالة عن إطار هيكلة الضمان الاجتماعي.

ويستمد هذا النظام جذوره بوضوح من "النموذج البسماركي" بصورة تفوق تأثره "بنموذج بيفريدج"، وإن كانت مبادئ الأخير حاضرة أيضاً؛ حيث يتم السعي للشمولية عبر توسيع مظلة الضمان الاجتماعي، استناداً لافتراض أن العمالة المأجورة هي الأساس، ومن خلالها يحصل الجميع على الحماية، سواء بصفتهم مشتركين دافعين أو كمستفيدين تابعين للمشترك الأصلي.

1.4.5.2.تنظيم النظام الصحي الفرنسي: يقوم على توزيع المهام بين جهات متعددة، حيث تُصاغ الاستراتيجيات الصحية وتُطبق على النطاقين القومي والمحلي، وذلك تبعاً للاختصاصات والمسؤوليات الموكلة لكل منظمة.

- **على المستوى الوطني:** تضطلع الدولة بإدارة المنظومة الصحية بصفتها المسؤولة عن الصالح العام في تعزيز الأمان الصحي للسكان، وتتعاون ثلاث وزارات رئيسية في رسم هذه السياسات هي: الصحة، والعمل، والحسابات العامة، ومنذ سنة 1996، نال البرلمان صلاحية ضبط سقف النفقات الصحية عبر التصديق على تشريعات تمويل الضمان الاجتماعي(LFSS) .
- **على المستوى الجهوي:** قام قانون 21 يوليو 2009 بإعادة هيكلة التنظيم الإقليمي من خلال تأسيس "الوكالات الجهوية للصحة."(ARS)
- **الوكالات الجهوية للصحة:(ARS)** هي مؤسسات عامة موحدة للخدمات الصحية الإقليمية انطلقت مطلع 2010، حيث دمجت سبع كيانات إدارية كانت سابقاً هي المسؤولة عن الشؤون الصحية في المناطق والأقاليم.
- **المؤتمرات الجهوية للصحة:**تأسست بموجب قانون 9 أغسطس 2004 وتديرها وكالات(ARS) ، وتختص برسم الأولويات الصحية في منطقتها، وتقدير الاحتياجات من الكوادر البشرية والمعدات، وذلك بغرض الارتقاء بالمستوى الصحي العام.

- **على المستوى الإقليمي**: مع صدور قانون(HPST) ، غدا الإقليم يمثل الوحدة الجغرافية المعتمدة قانوناً لكافة الخدمات والتجهيزات الطبية، وهو نطاق مكاني يُفترض أن يضمن للسكان القاطنين فيه الحصول على خدمات علاجية ذات جودة عالية.

2.4.5.2.الإصلاحات الرئيسية للنظام الصحي الفرنسي: شهدت المستشفيات في فرنسا طوال العقود الثلاثة الماضية سلسلة واسعة من التعديلات الهيكلية التي تبنتها الحكومات المتعاقبة باختلاف مشاربها السياسية، وذلك سعياً وراء هدف جوهري واحد هو: ضبط وترشيد نفقات الرعاية الطبية. وفيما يلي استعراض لأهم المحطات في هذا المسار الإصلاحي المتواصل.

- **إطلاق مشروع تأهيل نظم المعلومات الطبية (PMSI) عام 1982**:تم تنفيذ هذا المشروع الاستراتيجي لغرض تقييم كفاءة ونشاط الهيئات الاستشفائية وضبط موازناتها المالية بالاستناد إلى التقارير الطبية والبيانات الإدارية الموثقة. وفي سنة 1996، جرى تدعيم هذا المسار بصدور مرسوم قانوني يسعى بوضوح إلى تقليص الفجوات والمفارقات في تخصيص الموارد بين مختلف المؤسسات الصحية.[1]
- **إدخال نظام "الميزانية اليومية" عام 1983**: في التاسع عشر من يناير لعام 1983، تم التخلي عن صيغة "سعر اليوم" واستبدالها بآلية الميزانية اليومية، وبموجبها بات يتعين على المرضى تحمل قسط من نفقات إقامتهم داخل المستشفى، وهو إجراء يهدف في جوهره إلى تخفيف الأعباء المالية المتزايدة على كاهل صندوق الضمان الاجتماعي.
- **ظهور العقود الموضوعية وعقود الوسائل عام 1991**: شهدت هذه الفترة ابتكار "الخريطة الصحية" التي تولت مهمة رسم وتوزيع الخدمات الطبية على نطاق الأقاليم، مما ساهم بفاعلية في ترقية مستوى تنظيم الرعاية الصحية وضمان توزيعها الجغرافي بأسلوب أكثر إنصافاً وعدالة بين المناطق.
- **خطة المستشفى 2007**: تضمنت هذه الخطة تحولات جوهرية شملت بناء "أقطاب النشاط" التنظيمية داخل المشافي، مع تفعيل نظام "التمويل المبني على النشاط(T2A) "؛ حيث غدا تمويل المرافق الصحية مرتبطاً بشكل مباشر بحجم ونوعية العمليات والأنشطة الطبية التي يتم تقديمها فعلياً.

[1]-Safa lechab,**Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements la modernisation du secteur de sante Algérien** ?,page 508,910**.**

- **تبسيط النظام القانوني للمؤسسات الصحية عام 2005**: تم إصدار مرسوم في الثاني من مايو لسنة 2005، تمحور هدفه الأساسي حول تيسير الإطار القانوني الناظم للمؤسسات الاستشفائية، مما أدى إلى تسهيل إجراءات التنظيم الداخلي ورفع كفاءة التشغيل الإداري والطبي.
- **قانون المستشفى، المريض، الصحة والإقليم عام 2009**: جاء هذا التشريع ليرتقي بجودة التنظيم الاستشفائي ويعزز من حقوق المرضى وصيانتها، علاوة على تطوير آليات التنسيق والترابط بين المستويات المتباينة للمنظومة الصحية الوطنية.
- **قانون (HPST) رقم 2009–879**: الصادر في 21 يوليو 2009، والذي يشتهر بلقب "قانون باشو"، ويُعد منعطفاً جذرياً في فلسفة تنظيم القطاع الصحي بفرنسا؛ إذ استهدف تعزيز معايير الجودة وتوسيع نطاق الوصول للخدمات الطبية في كافة أرجاء البلاد، مع تركيز مكثف على تكامل الأدوار بين مختلف قطاعات النظام الصحي.
- يُعرف **قانون HPST** رسمياً بـ "قانون إصلاح المستشفيات والاهتمام بالمرضى والصحة والأقاليم"، وقد استهدف إجراء إصلاحات هيكلية وعميقة في البنيان الصحي، وكان المبتغى الحكومي منه هو "تأمين القدرة مستقبلاً على نيل رعاية صحية ممتازة في كل المناطق"، و"تلبية المتطلبات الصحية للسكان بفاعلية أكبر ." ويرتكز هذا الإصلاح المقترح للمستشفيات بصورة محورية على تطوير منظومة الحوكمة بدلاً من الاكتفاء بالمنظور التنسيقي الشامل، حيث يقوم على ثلاثة محاور تركيز:
  1. **على المستوى الإقليمي**: بتأسيس الوكالات الإقليمية للصحة (ARS) .
  2. **على المستوى المحلي**: عبر تشكيل التجمعات الاستشفائية الإقليمية (CHT) .
  3. **على المستوى الداخلي**: من خلال تقوية صلاحيات المدير ضمن مجلس إداري مصغر، وتحويل دور مجلس الإدارة من سلطة اتخاذ قرار إلى دور رقابي وتوجيهي فقط.
- **قانون LMSS لعام 2016**: القانون رقم 2016–41 الصادر في 26 يناير 2016 بخصوص تحديث المنظومة الصحية. ومن بين غايات قانون "LMSS" الرامية لتطوير الرؤية الإقليمية لصحة المجتمع، تم إنشاء "التجمعات الاستشفائية الإقليمية (GHT) "كأداة تنفيذية؛ حيث تلتف هذه التجمعات حول مؤسسة طبية مرجعية، وقد تم التخطيط لإنشاء 135 تجمعاً لتنظيم عرض الرعاية العامة وربطها بالخدمات الأولية، لخدمة كتل سكانية تقدر وسطياً بنصف مليون نسمة لكل تجمع.

5.5.2. النموذج الصحي السويسري:

يعتبر النظام الصحي في سويسرا جد متطوّر بحيث جميع السكان مؤمّنون بشكل شامل وإجباري ضد الحوادث والمرض، والعديد من العيادات الطبية والصيدليات والمستشفيات تضمن الرعاية، وفي عام 1994 أقرت سويسرا قانون التأمين الصحي الذي فرض منذ عام 1996 التأمين الصحي الأساسي الإلزامي على جميع المقيمين في سويسرا،كما يُلزم غير المقيمين الذين يمارسون نشاطًا مدرًا للدخل بانتظام، وغير المقيمين العاملين لدى شركة (OECD) بالحصول على تأمين صحي وتخضع ديناميكيات هذا السوق المنظم بقانون التأمين الاجتماعي لثلاثة مبادئ رئيسية:

- لا يجوز لشركات التأمين الصحي تحقيق أرباح من عقود التأمين الصحي الإلزامي؛
- يتمتع المستهلكون بحرية اختيار شركة التأمين؛
- الزامية شركات التأمين(OECD) بقبول أي طالب للتأمين.

كما تُحدَّد سلة الخدمات الصحية التي يغطيها التأمين الصحي من قبل المكتب الفدرالي للصحة العمومية على المستوى الوطني (الحزمة الأساسية)، ويجب أن تكون موحّدة لدى جميع شركات التأمين، وتشمل جميع العلاجات وخدمات التشخيص المرتبطة بالمرض والحوادث والأمومة، ويجب أن تستوفي ثلاثة مبادئ: الفعالية، والملائمة، والكفاءة، على أن يتم إدراج بعض العلاجات المزمنة جزئيًا، في حين لم تعد رعاية الأسنان وكذلك الأطراف الاصطناعية وفحوصات العيون منذ يناير 2011 مشمولة، مما يؤدي إلى ارتفاع حصة التمويل المباشر على حساب المرضى.

وتوجد ثلاثة أنواع من التأمين تختلف بحسب قيمة القسط، ونسبة التحمل (الخصم)، وحرية اختيار الأطباء والمستشفيات:

- التأمين الصحي الأساسي العادي؛
- التأمين مع اختيار محدود لمقدمي الخدمات؛
- التأمين مع اختيار مبلغ التحمل (الخصم).

1.5.5.2.قانون لامال (القانون الفدرالي السويسري للتأمين الصحي):

يخضع مقدمو الرعاية الصحية في سويسرا لتنظيم صارم للغاية، فهو محمي بدرجة كبيرة خاصة من منطلق حماية المرضى، إذ يُعد ذلك من أهم القضايا وبهذه الطريقة يتم أيضًا حماية مقدمي الخدمات القائمين من المنافسين الخارجيين المحتملين.

علاوة على ذلك يقيّد القانون المبادرات الريادية؛ فعلى سبيل المثال تُحدَّد أسعار خدمات الرعاية الصحية على مستوى الدولة، وبذلك تصبح المنافسة متمحورة أساسًا حول جودة الخدمات بدل كميتها.

إن الإطار التشريعي المنظم لقطاع الرعاية الصحية في سويسرا معقد جدًا، غير أن الركيزة الأساسية فيه هي القانون الفدرالي السويسري للتأمين الصحي قانون لامال (القانون الفدرالي السويسري للتأمين الصحي) الذي اعتُمد سنة 1996 والذي ينظم مجمل النظام الصحي في سويسرا ويبرز قضاياه الرئيسية، مثل التأمين الإجباري لجميع المقيمين.

وفي السنوات الأخيرة خضع القانون لعدة إصلاحات هدفت إلى معالجة نقاط ضعف النظام، مثل نقص الشفافية فيما يتعلق بالتكاليف وجودة مقدمي الخدمات وأوجه عدم الكفاءة وضعف التنسيق بين مختلف الجهات، حيث تم إجراء أول تعديل سنة 2001 وركز أساسًا على الجوانب التقنية لقطاع الرعاية الصحية.

ويرتكز التعديل الثاني على الجوانب الكمية التي كان من المفترض أن تؤدي إلى خفض التكاليف، أما التعديل الثالث والأخير الذي أُجري في عام 2007، فهو يتعلق بالتنظيم الجديد للنظام الصحي لكنه كان موضوعًا للعديد من النقاشات في سويسرا، لذلك تم تقسيمه إلى عدة حزم، إحداها ما يتعلق بطريقة تمويل المستشفيات الجديدة.

وبوجه عام منذ عام 2011 بدأت الحكومة تميل إلى تحديث قانون الرقابة على مقدمي التأمين الصحي، بحيث يلعب المكتب الفدرالي للصحة العمومية دورًا رئيسيًا أيضًا في الموافقة على مستويات الأقساط ، وهدف هذا القانون الجديد مرة أخرى هو زيادة الشفافية من أجل حماية المرضى.

2.5.5.2.التركيز على تكاليف النظام الصحي:

في عام 2011 احتلت سويسرا المرتبة الثالثة بين أكثر أنظمة الرعاية الصحية تكلفةً من بين 34 دولة عضوًا في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، بعد الولايات المتحدة والنرويج، وفقًا للإنفاق الصحي للفرد، كما احتلت المرتبة السادسة من حيث نسبة الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي.

وقد بلغ إجمالي الإنفاق الصحي أكثر من 68 مليون فرنك سويسري، وهو ما يمثل 11.5% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2013، بينما أظهر متوسط منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) 9.5% فقط من الناتج المحلي الإجمالي سنة 2014.

وشهدت السنوات الأخيرة زيادات إضافية (بملايين الفرنكات السويسرية): فقد رفعت المستشفيات تكاليفها من 23,206 في 2011 إلى 25,491 في 2012 ، وارتفعت تكاليف مقدمي خدمات التمريض ودور الرعاية من 11,311 إلى 11,78 ومقدمي خدمات العيادات الخارجية من 19,937 إلى 20,614 .وفي عام 2012 شكّلت المستشفيات (37.5%)، ودور رعاية المسنين (13.3%)، ومؤسسات الأشخاص ذوي الإعاقة (4.1%) أكثر من نصف تكاليف النظام الصحي (54.8%). بينما مثّل مقدمو الخدمات الخارجية (الأطباء وطب الأسنان، وأخصائيو العلاج الطبيعي والنفسي، والرعاية التمريضية المنزلية، والخدمات شبه الطبية الأخرى، والمختبرات، وغيرهم) نحو 30.3% من التكاليف .

3.5.5.2. كيفية تمويل الرعاية الصحية.

يوجد نوعان من تمويل الرعاية الصحية في سويسرا: التمويل العام والتمويل الخاص، حيث يقدم التمويل العام ثلاث حزم:

- التأمين الصحي القانوني الإلزامي(SHI) ؛
- التمويل المباشر من الحكومة لمقدمي الرعاية الصحية؛
- التأمين الاجتماعي القائم على الاشتراكات، الذي يغطي تكاليف العلاج في حالات الحوادث، والتأمين ضد الإعاقة، والتأمين العسكري.

ووفقًا للمكتب الفدرالي للإحصاء (2014) بلغت نسبة تغطية الدولة حوالي 20% من إجمالي تكاليف الرعاية الصحية في سويسرا (بملايين الفرنكات السويسرية)، ففي 2011 بلغت 12,566 وفي 2012 بلغت 13,795، أما الجزء الأكبر من التمويل فهو التأمين الاجتماعي، حيث بلغ 26,761 مليون فرنك في 2011 و28,568 مليون فرنك في 2012 ، ويشكل هذا الجزء 41% من إجمالي تمويل الدولة.

يُشترى التأمين الصحي الإلزامي(SHI) ، الذي ينظمه القانون ويشرف عليه المكتب الفدرالي للصحة العمومية، على أساس فردي من عدد من شركات التأمين غير الربحية المتنافسة، ويعاد توزيع التكاليف بين شركات التأمين من خلال صندوق مركزي تُديره المؤسسة المشتركة وفقًا لقانون التأمين الصحي الفدرالي، وطبقًا لنظام معادلة المخاطر الذي يُنظم على مستوى الكانتونات،كما تمول المستشفيات العامة للرعاية العاجلة جزئيًا من قبل الكانتونات وجزئيًا من مساهمات شركات التأمين، أما إذا كانت الكانتونات في إحتاج إلى دعم فيمكن للدولة توفيره لضمان توافر خدمات الرعاية العاجلة بشكل كافٍ ضمن الكانتون.

وتدعم حكومات الكانتونات أيضًا الرعاية الخارجية، وبرامج الصحة العامة والمراكز الطبية المحلية، ويتم تمويل جميع إنفاقات الحكومة من الضرائب العامة، كما توفر الحكومة السويسرية للأشخاص ذوي الدخل المنخفض إمكانية الوصول إلى سوق التأمين التنافسي، مع تحديد سقف للتكاليف بناءً على الدخل أو الثروة.

أما التمويل الخاص أو التأمين الصحي الطوعي(VHI) ، فيُنظّم من قبل هيئة الرقابة على السوق المالية السويسرية، ويشمل التأمين الخاص والأسر الخاصة، وفقًا للمكتب الفدرالي للإحصاء 2014 وبالمقارنة مع عام 2011 فقد انخفض تمويل شركات التأمين الخاصة بنسبة 12.2% من 5,536 إلى 4,863 مليون فرنك في 2012، بينما ارتفع تمويل الأسر الخاصة من 16,159 مليون فرنك في 2011 إلى 17,045 مليون فرنك في 2012. ويشكل هذان المصدران معًا 32.2% من إجمالي التمويل.

وأظهرت دراسة لـ Camenzind (2013) أن شركات التأمين الصحي التي تقدم خدمات التأمين على الحياة قد ترفض قبول المتقدمين بسبب تاريخهم الطبي، كما أن منتجات التأمين الخاص التكميلي والإختياري في سويسرا، بخلاف المنتج الشامل يمكن بيعها على أساس معدّل المخاطر بهدف الربح حتى عندما تعمل شركة التأمين في سوق التأمين الشامل على أساس غير ربحي، ويُسمح لشركات التأمين برفض قبول المشتركين.[1]

6.2.خصائص النموذج البسماركي:

تعددت الدول التي إستلهمت أنظمتها من النموذج البسماركي، وقد تباينت النتائج بين مكاسب وتحديات تبعاً لخصوصية كل تجربة وطنية. ويمكن استعراض المزايا الجوهرية وفقاً للدول التي طبقت هذا النمط على النحو الآتي:

- إلزام المرافق الاستشفائية بتوثيق وإعلان كافة أنشطتها عبر منصاتها الرقمية، وذلك كخطوة أساسية للارتقاء بمعايير الجودة.
- إمداد الكوادر المسؤولة عن مراقبة جودة وفاعلية الخدمات الطبية ببرامج تقنية متطورة، تتيح تبويب المرضى وفقاً لطبيعة الحالة الصحية، وحجم التدخلات الجراحية، وغيرها من الضوابط المرجعية.
- تعزيز مبدأ الشفافية في المنظومة العلاجية عن طريق إتاحة بيانات دقيقة وتتسم بالموثوقية العالية لكافة الأطراف.
- تمكين الإدارات الاستشفائية من فحص الوثائق والمؤشرات المتعلقة بوحدات طبية محددة خلال العام الجاري، لاستخلاص الدروس ووضع الخطط الاستباقية للعام القادم.
- ترسيخ الوعي داخل الأقسام المختلفة حول أمن المرضى، ومستوى الرعاية، وفنون القيادة في الهيئات التي لم تكن تمنح هذه المفاهيم صبغة رسمية في السابق.
- الاستفادة من آلية التغذية الراجعة (Feedback) في دراسة المؤشرات واستيعابها، مما يسمح بصياغة وتنفيذ الخطوات التصحيحية في آجال زمنية وجيزة.
- تحديد الغايات والمقاصد ذات الأولوية القصوى بشكل مسبق لضمان تركيز الجهود.
- تحقيق التكامل والانسجام مع المنظومات الصحية المطبقة فيما يتعلق بمنح شهادات الاعتماد والبرامج الصحية القومية.
- تنمية الإدراك الجماعي بضرورة ضبط الجودة وإدارة المخاطر المحتملة داخل البيئة الاستشفائية.
- تأسيس ثقافة المساءلة المهنية وتطبيقها فعلياً في الممارسات الطبية والإدارية داخل المستشفيات.

[1] Report_Switzerland_Healthcare_2015,**The Swiss Healthcare System**,Universitat J K U L i n z,p:8-9-10-11.

- تطوير قنوات التواصل ومشاركة التوجهات الاستراتيجية مع الأطقم الطبية، والمرضى، والمجتمع الخارجي بوضوح.
- رسم رؤية شاملة تغطي كافة الأبعاد المكونة للهيئة الصحية، بما في ذلك مستوى رضا المتعاملين، والملاءة المالية، وكفاءة الإجراءات الداخلية، وفرص الإبداع والنمو.
- كفالة استعراض كافة جوانب الكفاءة في المؤسسة الصحية بأسلوب يتسم بالعدالة ويسمح بإجراء مقارنات معيارية مع مرافق علاجية أخرى.
- إشراك كافة الفاعلين والشركاء في المستشفى في عمليات انتقاء وبناء المؤشرات، ضمن رؤية تقييمية شاملة لأداء النظام الصحي ودعم مبادرات التطوير المستمر.

3. المنظومة الصحية الليبرالية: تعدّ المنظومة الصحية الليبرالية أحد الأنماط الرئيسية للأنظمة الصحية المعتمدة عالميًا، حيث تقوم على مبادئ اقتصاد السوق وآليات العرض والطلب في تقديم الخدمات الصحية. وتُعدّ الولايات المتحدة الأمريكية من أبرز الدول التي تتبنى هذا النهج، إذ يعتمد نظامها الصحي بدرجة كبيرة على القطاع الخاص والتأمين الصحي كآلية أساسية لتمويل الرعاية الصحية وتوفيرها.

1.3.هيكلة المنظومة الصحية للولايات المتحدة الأمريكية:

تعتبر هذه المنظومة هي النموذج السائد في الولايات المتحدة ودول أوروبا الشرقية وبعض أجزاء أمريكا اللاتينية، حيث ترتكز بصفة أساسية على القطاع الخاص في إطار سوق تنافسية حرة لتقديم الخدمات العلاجية، مع غياب تام لنظام وطني إجباري وشامل للتأمين الصحي لجميع المواطنين. ويعد الدور الحكومي في الحماية ضد مخاطر المرض ثانوياً أو هامشياً، إذ تقتصر المساعدات العامة على فئات معينة كالفقراء وذوي الإعاقة، بينما يضطر سائر الأفراد للتعاقد مع شركات التأمين الخاصة. ويترتب على ذلك بقاء شريحة واسعة من السكان دون أي تغطية صحية، نظراً لأن عرض العلاج محصور تقريباً في يد القطاع الاستثماري. وبناءً عليه، ينقسم نظام الحماية في أمريكا إلى ثلاثة محاور:

- مساعدة طبية موجهة لفئة المعوزين.
- تأمين صحي مخصص لكبار السن.
- تأمين خاص موجه للطبقات المتوسطة والميسورة (يُمول من الأجراء أو الأفراد بصفة مباشرة).[1]

وعند تحليل هذه المنظومة، نجد أن التأمين لا يضمن تغطية شاملة لكافة أطياف المجتمع ولا يعتمد على تمويل مركزي من الاقتطاعات الإجبارية العامة، بل نجد ثلاث مستويات للتغطية؛ مستويان يتبعان القطاع العام وهما:

[1] علي دحمان محمد،**تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر**،أطروحة دكتوراه،جامعة أبوبكر بلقايد-تلمسان،2017/2016،ص:92-93.

- نظام التأمين المخصص للمسنين والمعاقين والمسمى "برنامج الرعاية الطبية(Medicare) ".
- برنامج المعونة الطبية المجانية المخصص لذوي الدخل المحدود(Medicaid) .
- أما المستوى الثالث فهو برنامج تأمين صحي خاص تقدمه الشركات والمؤسسات الاقتصادية لموظفيها بشكل اختياري كجزء من المزايا الوظيفية.

وعلى العموم يمكن توضيح آلية عمل المنظومة الصحية الأمريكية من خلال ثلاث برامج أساسية :

أ. **برنامج المساعدات الطبية المجانية**:يستهدف هذا البرنامج الفئات الأكثر احتياجاً، حيث يغطي حزمة واسعة من الخدمات تشمل تحمل أعباء الإقامة في المستشفيات لهذه الشريحة، والفحوصات الطبية المتنوعة. ويقتصر الاستحقاق في هذا البرنامج على الأفراد الذين يقل دخلهم عن "عتبة الفقر" التي يتم تعديلها سنوياً بناءً على مستويات الأسعار؛ ففي عام 1999، حُددت هذه العتبة بمبلغ 8667 دولاراً للفرد، مما سمح لـ 30 مليون نسمة (حوالي 11% من السكان) بالاستفادة. ومع ذلك، فإن هذه النسبة لا تعكس الاستفادة الفعلية بدقة، لأن جانباً كبيراً من المخصصات يذهب لرعاية المسنين المعاقين، مما يعني أن الفقراء من غير هذه الفئة قد لا يحصلون على دعم كافٍ.

ب. **برنامج الرعاية الاجتماعية**:أُسس هذا النظام في عام 1965 لتقديم الرعاية الطبية للمسنين، ثم جرى توسيعه ليشمل ذوي الإعاقة. وبحلول عام 2024، تشير الإحصائيات إلى أن عدد المستفيدين بلغ 40 مليون أمريكي، مما يبرز الأهمية الحيوية لهذا البرنامج وحاجة الفئات المستهدفة الماسة للعلاج، وتتوزع خدماته وفق ثلاثة مستويات:

1. **المستوى الأول**:يخص التأمين الاستشفائي الإلزامي لتغطية تكاليف المكوث بالمستشفى، ويمول من خلال مساهمات اجتماعية يدفعها العامل وصاحب العمل. وتغطي هذه الحماية فترة 150 يوماً، ويتوجب على المريض تحمل المصاريف من ماله الخاص بدءاً من الشهر الذي يلي انقضاء هذه المدة.
2. **المستوى الثاني**:يُعرف بالتأمين الجزئي على الأدوية، حيث يتحمل المريض 25% من قيمة العلاج، بينما تلتزم الدولة بدفع الـ 75% المتبقية.
3. **المستوى الثالث**:تأمين تكميلي اختياري يغطي الخدمات خارج المستشفيات كالتحاليل المخبرية؛ وفي هذه الحالة، يدفع المريض 25% من التكاليف وتتولى الحكومة الفيدرالية سداد 75% منها.

جـ. **التأمينات المرتبطة بالعمل**:يعد هذا النمط هو الأكثر انتشاراً في أمريكا، حيث تمثل تأمينات المؤسسات (العامة والخاصة) نسبة ضخمة تصل إلى 90%، وهو ما يفسر تراجع الإقبال على التأمينات الفردية المستقلة.

وتصل نسبة التغطية في القطاع العام إلى 87%، بينما تتفاوت في القطاع الخاص بناءً على سياسات دعم المؤسسات واعتبارات أخرى مثل مستوى الأجر والسن.

2.3. التنظيمات المسؤولة عن عرض ومراقبة العلاج على مستوى المنظومة الصحية:

تعتمد الدول التي تتبنى النهج الليبرالي على مجموعة من النماذج المختلفة في تنظيم ومراقبة القطاع الصحي، والتي يمكن تصنيفها إجمالاً ضمن ثلاث فئات رئيسية:

1.2.3.المنظمات الخاصة بصيانة الصحة (Health Maintenance Organization): تعد من الأشكال الأولى للمؤسسات الصحية، حيث أنشأتها الهيئات الاقتصادية لخدمة أعضائها المنخرطين. وكان المريض ملزماً بمراجعة أطباء متعاقدين مع هذه المنظمة حصراً. وبمرور الوقت، انفتحت على عموم الجمهور مقابل دفع اشتراكات ثابتة. ويتميز هذا النموذج بتكامله العالي، وينقسم بدوره إلى:

– **النموذج الشبكي**:حيث تبرم شركات التأمين اتفاقات مع تجمعات من الأطباء والمنشآت الصحية لتقديم الخدمة للمؤمنين.

– **جمعية الممارسين المستقلين**:تعاقد شركات التأمين مع أطباء يديرون عياداتهم الخاصة بصفة مستقلة.

– **نموذج المستخدمين**:إنشاء شركات التأمين لمراكزها ومستشفياتها الخاصة، مع توظيف أطباء بعقود دائمة تمنعهم من العمل في أي جهة خارجية أخرى.

– **المنظمات المانحة ذات الأولوية**:يهدف هذا النمط إلى الموازنة والتنسيق بين الشبكات التابعة لشركات التأمين وبين الكيانات الصحية الحرة كالعيادات المستقلة، عبر عقود شراكة تستند إلى تسعيرة محفزة تشجع الممارسين على الانخراط في هذا النظام التعاوني.

– **نموذج الخدمة حسب المكان**:يجمع هذا النموذج بين النظامين السابقين، إذ يُمنح المريض الحرية الكاملة في اختيار العلاج داخل شبكة شركة التأمين أو خارجها (كالفحص لدى أخصائي غير متعاقد)، ولكن في الحالة الأخيرة، يتحمل المريض جزءاً أكبر من التكاليف والتبعات المالية.

3.3.الإنفاق الصحي في المنظومة الصحية الأمريكية.

يرتكز تمويل الرعاية في الولايات المتحدة بصفة أساسية على التأمين الخاص الذي يغطي نحو 74% من السكان، وغالبيتهم ممن هم دون سن الخامسة والستين. وتنشط في السوق حوالي 1000 شركة تأمين خاصة، تتفاوت جودة خدماتها، حيث تقدم الشركات الكبرى عادةً أفضل التغطيات تحت رقابة حكومية تهدف لضبط معايير نظم تأمين العلاج الطبي.

تعتمد الولايات المتحدة الأمريكية في إدارتها للقطاع الصحي العمومي على برنامجين تأمينيين أساسيين، يضطلع كل منهما بدور محوري في تغطية فئات مجتمعية محددة، وهما:

أ.برنامج الميديكير (Medicare): يُمثل هذا البرنامج نظاماً تأمينياً استراتيجياً يستهدف بصفة رئيسية فئة كبار السن الذين تجاوزت أعمارهم عتبة الخمسة وستين (65) عاماً. وفي هذا الإطار، تتكفل الحكومة الفيدرالية بتغطية كافة الأعباء والنفقات المترتبة على الرعاية، حيث تستند هيكلية تمويله على مزيج من الاشتراكات الاجتماعية والموارد الجبائية (الضرائب)، علاوة على المساهمات الإدارية المخصصة لتغطية تكاليف العلاجات الطبية الإسعافية.

وإلى جانب كونه مخصصاً لتوفير الرعاية الصحية لمن هم فوق سن الـ 65، فإن نطاق الاستفادة من "الميديكير" يمتد ليشمل الأفراد الذين لم يبلغوا هذا السن بعد في حال معاناتهم من حالات صحية حرجة ومحددة، مثل الإعاقات الذهنية المزمنة، أو الإصابة بالفشل الكلوي المزمن، أو مرض التصلب الجانبي الضموري. وتجدر الإشارة إلى أن الفئات المستفيدة من هذا البرنامج تشكل نسبة تقارب 15% من إجمالي تعداد السكان في الولايات المتحدة.

ب. برنامج الميديكيد (Medicaid): يُعرف هذا البرنامج بكونه نظاماً صحياً يتم تسييره وإدارته بشكل مباشر من قِبل كل ولاية أمريكية على حدة، وهو مصمم خصيصاً لتقديم مزايا وخدمات الرعاية الصحية للأسر ذات الدخل المحدود أو المتدني. وتتحدد معايير الاستحقاق فيه بناءً على سقف مالي؛ حيث يستهدف الأسر التي لا يتجاوز دخلها السنوي الإجمالي 18ألف دولار، وذلك في حال كانت الأسرة مكونة من أربعة أفراد.

ويصل عدد المستفيدين من المزايا التي يقدمها برنامج "الميديكيد" إلى نحو 53 مليون أمريكي، من بينهم ما يقارب 25 مليون طفل. وتُظهر الإحصائيات أن السواد الأعظم من هؤلاء المستفيدين ينتمون إلى الأقليات العرقية، لا سيما الأمريكيين من أصول أفريقية، وذوي الأصول اللاتينية والمكسيكية. وبشكل عام، تساهم هذه المنظومة في توفير التغطية الصحية لما نسبته 11% تقريباً من مجموع السكان.[1]

المطلب الثالث: دور المنظمات الدولية WHO، UNICEF، وغيرها في توجيه السياسات الصحية العالمية.

تضطلع المنظمات الدولية، وفي مقدمتها منظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة اليونيسيف (UNICEF) ، بدور جوهري ومحوري في صياغة وتوجيه مسارات السياسات الصحية على الصعيد العالمي؛ إذ تعمل هذه الهيئات كمرجعية دولية لسن المعايير والبروتوكولات الطبية، وتقديم الدعم الفني والتقني للدول، بالإضافة إلى تعزيز آليات

1-حوميمد براهيم،**الإنفاق الصحي وأثره في تحسين جودة الخدمات في المؤسسات العمومية من وجهة نظرالمرضى—دراسة حالة المؤسسة العمومية الاسشفائية لعين طاية**،أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل. م. د، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، شعبة علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة الجزائر3، 2023، ص: 84،85.

التعاون الدولي المشترك. وتستهدف هذه الجهود ضمان الوصول العادل والمنصف لخدمات الرعاية الصحية لكافة الشعوب، لا سيما في الأوقات التي تشهد أزمات صحية كبرى أو أوبئة عابرة للحدود.

1. منظمة الصحة العالمية:

1.1.نشأة منظمة الصحة العالمية :" Organisation Mondiale de la Santé " إن المتأمل في تاريخ التعاون الصحي الدولي يجد أنه قد سبق في وجوده الفعلي بسنوات طويلة التوصل إلى المعارف العلمية الدقيقة التي تجعل من هذا التعاون أداة فعالة؛ فمنذ نهايات القرن التاسع عشر، الذي عُرف بعصر الاكتشافات العلمية الكبرى في علم الجراثيم والميكروبات، وُضعت أدوات ومنهجيات جديدة تحت تصرف المنظومة الدولية في مجال الصحة العامة، وهو ما أسهم بشكل مباشر وفعال في بلورة تعاون دولي حقيقي ومثمر في الميدان الصحي.

وتأسيساً على هذا الزخم العلمي، شهدت تلك الحقبة التاريخية تأسيس "المكتب الدولي للصحة العمومية". ومن جهة أخرى، وفي القارة الأمريكية، أبصر "المكتب الصحي للبلدان الأمريكية" النور في عام 1902، وهو الكيان الذي تطور لاحقاً ليصبح ما يُعرف اليوم بـ "منظمة الصحة للدول الأمريكية". وفي ظل حقبة عصبة الأمم، سعت هذه المنظمات جاهدة لإيجاد حلول للمشكلات الصحية العالقة عبر تعزيز أطر التنسيق الدولي؛ فأثمرت تلك الجهود عن إنشاء "منظمة الصحة" التي تحولت رسمياً في أعقاب وضع الحرب العالمية الثانية أوزارها إلى المسمى الحالي الذي نعرفه اليوم: "منظمة الصحة العالمية" Organisation mondiale de la santé.[1]

تأسست منظمة الصحة العالمية كجزء حيوي وجوهري من منظومة الأمم المتحدة، ويُعد تاريخ إنشائها الرسمي هو الموعد السنوي الذي يُحتفل فيه بـ "يوم الصحة العالمي" عبر شتى أنحاء المعمورة. ومنذ تلك الانطلاقة التاريخية، أُسندت إلى المنظمة مهمة وتفويضاً استراتيجياً يتمثل في توجيه وقيادة وتنسيق السياسات الصحية على الصعيد الدولي. وتتنوع حزمة أنشطتها المحورية لتشمل بناء وتطوير شراكات متينة مع مختلف المبادرات الصحية العالمية الأخرى، والقيام بإجراء البحوث والدراسات العلمية المعمقة، وصياغة المعايير والبروتوكولات الطبية الموحدة، فضلاً عن تقديم الدعم الفني والتقني للدول، والاضطلاع بمسؤولية رصد وتتبع الاتجاهات الصحية والمخاطر الوبائية في مختلف أرجاء العالم.

وتجدر الإشارة إلى أن المنظمة تضم في عضويتها حالياً 194 دولة عضواً، مما يمنحها صبغة عالمية شاملة. وتتخذ المنظمة من مدينة جنيف السويسرية مقراً رئيسياً ومركزياً لإدارة عملياتها، كما تدعم هذا الهيكل المركزي بشبكة إدارية واسعة تضم ستة (6) مكاتب إقليمية موزعة جغرافياً في قارات العالم المختلفة، وذلك لضمان القرب من الاحتياجات الصحية المحلية لكل إقليم وتحقيق الاستجابة السريعة للأزمات.

[1] خالد سعد أنصاري يوسف،**الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية،الإسكندرية**،دار الجامعة الجديدة،2012،ص:12،13.

2.1. دستور منظمة الصحة العالمية:

تتعهد الدول المنضمة لهذا الدستور، استناداً إلى ميثاق الأمم المتحدة، بأن القواعد الصحية تمثل دعامة جوهرية لازدهار المجتمعات، ولتقوية أواصر الانسجام والعمل المشترك والسلام العالمي وفق الآتي:

- مفهوم الصحة :تُعرّف الصحة بأنها حالة تتسم بالرفاه والكمال المطلق على المستويات الجسدية والذهنية والاجتماعية، وليست مجرد غياب للأوجاع أو فقدان القدرة الوظيفية.
- الحق في الصحة :يُعتبر الحصول على أقصى درجات الصحة الممكنة حقاً جوهرياً ومصوناً لكل فرد، دون أي تفرقة قائمة على العرق، أو الانتماء الديني، أو التوجه السياسي، أو الظروف المالية والطبقية.
- الصحة والأمن العالمي :إن سلامة كافة الشعوب تعد مطلباً حيوياً لتحقيق الاستقرار والأمن الدوليين، وهذا المطلب يرتكز بشكل أساسي على التكاتف الوثيق بين الأفراد والحكومات.
- الأهمية المشتركة للإنجازات :إن المكاسب التي تحرزها أي دولة في ميادين الارتقاء بالواقع الصحي ووقايته تُعد منفعة عامة ذات أبعاد عالمية تهم الجميع.
- مخاطر التفاوت الصحي :يمثل التباين في قدرات الدول فيما يخص تعزيز الجوانب الصحية ومواجهة الأوبئة، وبالأخص الأمراض المعدية والعابرة للحدود، تهديداً مباشراً يطال المجتمع الإنساني بأسره.
- تنشئة الطفولة :تُعد الرعاية الصحية السليمة للطفل مسألة في غاية الحيوية، كما أن قدرته على التكيف والتناغم مع محيطه المتطور باستمرار تعتبر ركيزة أساسية لنموه المتوازن.
- تعميم المعرفة الطبية :إن تمكين كافة المجتمعات من الوصول إلى ثمرات العلوم الطبية والنفسية والمعارف المرتبطة بها يُعد أمراً ضرورياً للارتقاء بالمستوى الصحي العام.
- دور الوعي المجتمعي :يكتسي الرأي العام الواعي والمشاركة الفعالة والإيجابية من جانب الأفراد أهمية استثنائية في مسيرة تطوير الوضع الصحي للبشرية.
- مسؤولية الدولة :تقع على عاتق الحكومات المسؤولية المباشرة عن سلامة مواطنيها، ولا يمكن تحقيق هذا الالتزام إلا عبر صياغة وتنفيذ إجراءات صحية واجتماعية شاملة ووافية.
- إذا تقبل الأطراف هذه المبادئ، توافق على الدستور وتنشئ وكالة متخصصة وفقا لأحكام المادة 57 من ميثاق الأمم المتحدة.[1]

[1] هذا الدستور أقره مؤتمر الصحة الدولي الذي عقد في نيويورك من 19جوان 1946إلى 22جويلية 1946ووقعه ممثلو) 61دولة (السجلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية رقم2 ، ص 100) ودخل حيز النفاذ في 7 أفريل1948والتعديلات التي أقرتها جمعيات الصحة العالمية 26 و29 و 39 و51) أصبحت نافذة في 03فيفري 1977و 20جانفي 1948 و 01جويلية 1994و 05 سبتمبر 2005على التوالي.

3.1.إقرار اللوائح الصحية الدولية:لقد بذل المجتمع الدولي جهوداً حثيثة ومتواصلة لتعزيز أطر التعاون العالمي في مجال مكافحة الأمراض المعدية والحد من انتشار الأوبئة العابرة للحدود. وتعود البدايات الأولى لهذا المسار التنسيقي إلى عام 1851، حين انعقد أول مؤتمر صحي دولي في العاصمة الفرنسية باريس، والذي تمخض عنه الاتفاق على حزمة من التدابير الوقائية والإجراءات الاحترازية الرامية إلى كبح جماح وباء الكوليرا ومنع تفشيه. وبحلول عام 1892، جرى اعتماد مجموعة متطورة من الأنظمة الصحية التي فرضت تدابير وقائية صارمة، واشترطت اتخاذ أقصى درجات الحيطة والحذر المطلوبين في التعامل مع التهديدات الصحية.

وفي مرحلة لاحقة ومفصلية من تاريخ التنظيم الصحي العالمي، خضعت هذه اللوائح لعملية تنقيح وتطوير شاملة في عام 1969، حيث تم تغيير مسماها رسمياً لتصبح "اللوائح الصحية الدولية (IHR) ". وقد حملت هذه النسخة المطورة في طياتها تحولاً استراتيجياً في الفلسفة الوقائية؛ إذ تم توسيع نطاق تطبيقها من مجرد التركيز على قائمة مغلقة ومحددة من الأمراض المعدية، إلى نطاق مفتوح وشامل يستجيب لكافة الأحداث والطوارئ الصحية الطارئة. ويهدف هذا التوسع النوعي إلى توفير مظلة حماية قانونية وتقنية متكاملة لكافة دول العالم، وضمان استجابة دولية منسقة وسريعة لمواجهة أي خطر صحي قد يهدد الأمن الصحي العالمي.[1]

تُمثل اللوائح الصحية الدولية لعام 2005 صكاً قانونياً دولياً ملزماً لـ 196دولة عبر العالم، حيث تتمحور غايتها الجوهرية حول تمكين المجتمع الدولي من التنبؤ والوقاية، ثم الاستجابة الفعالة للأخطار الصحية الحادة التي تتجاوز الحدود الوطنية وتُشكل تهديداً مباشراً لحياة الأفراد. وتتضمن هذه اللوائح جملة من الالتزامات والتدابير الاستراتيجية، وهي:

- **بناء القدرات الأساسية:**إلزام كافة الدول الأعضاء بتطوير وتعزيز حد أدنى من القدرات الهيكلية والأساسية في مجالات الصحة العمومية لضمان الجاهزية.
- **واجب الإخطار الدولي:**الالتزام الصارم بإخطار منظمة الصحة العالمية بأي أحداث صحية قد تُمثل طارئة صحية عمومية تثير قلقاً دولياً (PHEIC) .
- **إدارة الطوارئ الصحية:**اعتماد بروتوكولات واضحة لإعلان حالة الطوارئ الصحية العالمية، وإصدار التوصيات اللازمة بعد إجراء المشاورات الفنية الدقيقة.
- **صون حقوق الإنسان:**كفالة حماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية الخاصة بالأفراد والمسافرين أثناء تنفيذ التدابير الصحية.

[1] الأمم المتحدة، الجمعية العامة، حماية البشرية من الأزمات الصحية في المستقبل. تقرير الفريق الرفيع المستوى الاستجابة العالمية للأزمات الصحية، 09 فيفري2016،ص:63-64 .

- **هيكلة التواصل السريع**: إنشاء مراكز اتصال وطنية مخصصة للوائح الصحية الدولية، وتفعيل نقاط اتصال تابعة للمنظمة لضمان انسيابية الرسائل العاجلة والتنسيق اللحظي بين الدول والمنظمة.

ومن بين أهم الإجراءات العملياتية والمنهجية المنصوص عليها في هذه اللوائح، نجد ما يلي:

- **آلية الترصد**: تلتزم كل دولة باكتساب وتطوير قدراتها الذاتية في الكشف المبكر عن الأحداث الصحية وتقييم مخاطرها؛ وفي المقابل، تتولى منظمة الصحة العالمية مسؤولية مراقبة انتشار الأمراض دولياً، مع تقييم ضرورة التدخل في حركة المرور والتجارة بين الدول بما يحمي الصحة العامة.
- **نظام الإخطار السريع**:في حال ظهور طارئة صحية، يتعين على الدول إبلاغ المنظمة رسمياً عبر مراكز الاتصال الوطنية المعنية في غضون فترة زمنية لا تتجاوز 24 ساعة من تقييم الحدث.
- **بروتوكول التشاور**: يُمنح لكل دولة عضو، في حال وقوع حدث صحي مع نقص في المعطيات المتوفرة، الحق في التشاور مع منظمة الصحة العالمية لطلب المشورة الفنية وتحديد التدابير الصحية الملائمة للسيطرة على الموقف.
- **حق التحقق الميداني**: تمنح اللوائح منظمة الصحة العالمية الحق القانوني في طلب التحقق من الدولة المعنية بشأن التقارير والبيانات الواردة من مصادر أخرى غير رسمية، وذلك لضمان شفافية ومصداقية المعلومات المتعلقة بالأمن الصحي العالمي.[1]

4.1.دور منظمة الصحية في التصدي لجائحة كورونا(كوفيد 19):

صرّح تيدروس أدهانوم غيبريسوس، المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، بأن جائحة كورونا تعد أزمة صحية استثنائية لا تتكرر إلا مرة كل قرن، مشبهاً إياها بجائحة الإنفلونزا العظمى عام 1918 التي طالت ثلث سكان الأرض وأودت بحياة ما لا يقل عن 50 مليون إنسان. وفي هذا المحور، نركز الضوء على بدايات تفشي الوباء وآليات التصدي له؛ ففي 31 ديسمبر 2019، أخطرت الصين المنظمة بظهور حالات التهاب رئوي غامض في مدينة ووهان، حيث سُجلت 44 إصابة منها 11 حالة غير مستقرة. وعقب تتبع انتشار المرض السريع عالمياً، أعلنت المنظمة في 11 فبراير 2020 تسمية المرض الناتج عن الفيروس المستجد بـ "كوفيد-19"، وقد اختير الاسم بدقة لتجنب الوصم، فلا يشير إلى جغرافيا أو حيوان أو فئة بشرية. وفي 11 مارس 2020، صنفت المنظمة كوفيد-19 كجائحة عالمية، وحثت الدول الأعضاء على تسريع البحث والتطوير لإنتاج وتوزيع العلاجات واللقاحات بإنصاف. وتتمثل أبرز الإجراءات التي اتخذتها المنظمة عقب الإعلان الرسمي للجائحة فيما يلي:

1 World health Organisation, International health 2005,edetion 2008, p:3–11

- عقد المدير العام والمدير التنفيذي لبرنامج الطوارئ الصحية 120 مؤتمراً صحفياً، مع إتاحة الكلمات الافتتاحية والمحاضر والتسجيلات المرئية والصوتية لهذه الإحاطات عبر الموقع الإلكتروني للمنظمة.
- تنظيم 38 جلسة إحاطة إعلامية موجهة خصيصاً للدول الأعضاء.
- انضمام أكثر من 4.7 مليون شخص للدورات التدريبية عبر منصة"Open WHO" ، التي وفرت 149 مساقاً تعليمياً لدعم الاستجابة للجائحة، شملت 22 موضوعاً وتُرجمت إلى 44 لغة.
- انعقاد 53 اجتماعاً للفريق الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني بالمخاطر المعدية، الذي يتولى تقديم المشورة والتحليلات المستقلة لبرنامج الطوارئ حول التهديدات التي تمس الأمن الصحي العالمي.
- بحلول 8 ديسمبر 2020، ضمت قائمة اللقاحات المرشحة لدى المنظمة 52 لقاحاً في مرحلة التقييم السريري، و162 لقاحاً في مرحلة ما قبل السريري.
- عيّن المدير العام ستة مبعوثين خاصين بملف كوفيد-19 لتقديم المشورة الاستراتيجية والدعم السياسي رفيع المستوى عالمياً، وهم:
  - الدكتورة مها الرباط (وزيرة الصحة المصرية السابقة).
  - الدكتور ديفيد نابارو (المستشار الخاص السابق للأمين العام للأمم المتحدة للتنمية المستدامة).
  - الدكتور جون نكينغاسونغ (مدير المراكز الأفريقية لمكافحة الأمراض).
  - الدكتورة ميرتا روزز (المديرة السابقة للمكتب الإقليمي للأميركيتين).
  - الدكتور شين يونغ-سو (المدير السابق لمكتب غرب المحيط الهادئ).
  - البروفيسور سامبا سو (مدير مركز تطوير اللقاحات في مالي).
- أطلقت المنظمة والأمم المتحدة "صندوق الاستجابة لتفشي كوفيد-19" لجمع التبرعات. وخلال 10 أيام فقط، جمع الصندوق ما يزيد عن 70 مليون دولار من 187,000 متبرع (أفراد ومؤسسات) لدعم الكوادر الصحية، وعلاج المرضى، ودعم أبحاث العلاجات واللقاحات.
- تدشين "منصة الشركاء لمواجهة كوفيد-19" لتمكين الدول والمانحين من تنسيق جهود الاستجابة العالمية، وتتيح المنصة تتبعاً لحظياً لدعم تخطيط وتنفيذ أنشطة التأهب الوطنية.
- إطلاق "تجربة التضامن" بالتعاون مع الشركاء، وهي تجربة سريرية دولية تهدف لجمع بيانات موثوقة عالمياً لتحديد العلاجات الأكثر فاعلية ضد الفيروس.
- تفعيل خدمة "التنبيهات الصحية لمنظمة الصحة العالمية" عبر تطبيق "واتساب"، لتقديم معلومات فورية ودقيقة بلغات متعددة للمستخدمين حول العالم.

- إرسال قرابة مليوني قطعة من معدات الحماية الشخصية إلى 74 دولة من الدول الأكثر احتياجاً للدعم الطبي.
- تسيير أولى "رحلات التضامن الجوية" من أديس أبابا، بالتعاون مع برنامج الأغذية العالمي والشركاء، لنقل شحنات طبية حيوية إلى الدول الأفريقية.
- تنظيم حفل موسيقي عالمي بعنوان "عالم واحد، معاً في المنزل" بالتعاون مع منظمة "المواطن العالمي"، احتفاءً بالعاملين في الخطوط الأمامية. وجمع الحفل 127.9 مليون دولار (خُصص منها 55.1 مليون دولار لصندوق الاستجابة، و72.8 مليون دولار للمستجيبين المحليين والإقليميين).
- إطلاق "بوابة الإمدادات الخاصة بكوفيد-19" لتسهيل وتوحيد طلبات المستلزمات من السلطات الوطنية والشركاء، ويمكن الوصول إليها عبر منصة الشركاء.
- أعلن المدير العام نداءً لجمع 76 مليون دولار لمساعدة لبنان عقب انفجار مرفأ بيروت في 4 أغسطس، لدعم رعاية المصابين، والصحة النفسية، وإعادة بناء المستشفيات، ومكافحة كوفيد-19 عبر توسيع الفحوصات وتوفير الأدوية وحماية الطواقم الطبية.
- الشراكة بين المنظمة ومجموعة البنك الدولي في تأسيس "المجلس العالمي لرصد التأهب" (الذي أعلن عنه رسمياً في مايو 2018)، وهو هيئة مستقلة للرصد والمساءلة لضمان الجاهزية للأزمات الصحية.
- إطلاق حملة "مصيرنا مشترك (We Are In This Together) "لتعزيز التعاون والالتزام بخمسة تدابير وقائية: نظافة اليدين، ارتداء الكمامات، آداب السعال والعطس، والحفاظ على المسافة الآمنة.[1]

2. منظمة اليونيسيف UNICEF:

تُعرف منظمة اليونيسيف (UNICEF) باختصارها الشهير المستمد من مسمّاها القديم باللغة الإنجليزية، وهي الاسم المختصر لـ صندوق الأمم المتحدة للطفولة .تُعد اليونيسيف منظمة دولية إنسانية تابعة للأمم للامم، أنشأتها رسمياً في 11ديسمبر 1946 بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم:(57 د-1)، وذلك كاستجابة إنسانية طارئة لإغاثة ملايين الأطفال الذين عانوا من التبعات الكارثية ودمار الحرب العالمية الثانية في أوروبا وآسيا، حيث حملت في البداية اسم "صندوق الطوارئ الدولي للأطفال التابع للأمم المتحدة."

ومع حلول عام 1950، ونظراً لنجاعة برامجها الميدانية واتساع رقعة الاحتياجات الإنسانية، تم تعديل وتوسيع عهدتها لتشمل تقديم إغاثات وطويلة الأمد للأطفال والنساء في الدول النامية والمناطق التي تعاني من المجاعات والأوبئة.

[1] د.إنيجي أحمد عبد الغني مصطفى،**أثر السياسات الدولية على ادراة منظمة الصحة العالمية لأزمة كورونا**،2021،جامعة سعود ،المملكة العربية السعودية،ص:315-320.

وفي عام 1953، تحولت إلى جهاز دائم ضمن منظومة الأمم المتحدة، وجرى اختصار اسمها رسميًا إلى (منظمة الأمم المتحدة للطفولة) مع الاحتفاظ بالاختصار الشهير .(UNICEF) وتتويجاً لجهودها الدؤوبة في تعزيز السلم العالمي وحماية الأجيال الناشئة، مُنحت المنظمة جائزة نوبل للسلام في عام 1965.

تستند المنظمة في رسم سياساتها وتنفيذ برامجها الحمائية إلى اتفاقية حقوق الطفل الدولية الصادرة عام 1989، والتي دخلت حيز التنفيذ في عام 1990. وتلعب اليونيسيف دوراً محورياً حددته المادة 45 من هذه الاتفاقية، والتي تمنح المنظمة الحق الحصري في المساعدة التقنية وتقديم المشورة والتقارير الفنية ورفع التقارير الميدانية لـ "لجنة حقوق الطفل الدولية"، بهدف تقييم مدى التزام الدول الأطراف بتطبيق بنود حماية الطفولة.[1]

1.2. أهداف منظمة الونيسيفUNICEF:

منذ تأسيسها، قامت هذه المنظمة بعدة أدوار هامة، من بينها حقوق الأطفال، حيث تجلى عملها وجهودها في محاور متعددة، نوردها كالتالي:

- حماية الأطفال :تسعى اليونيسف جاهدة لتحصين الأطفال ضد العنف وكل أشكال الاستغلال والتعديات، مع الحرص على إمدادهم بالدعم اللازم خلال الظروف الطارئة.
- الصحة: تولي المنظمة عناية خاصة بصحة الأطفال ونظامهم الغذائي، وتتكفل بتأمين اللقاحات الضرورية وخدمات الرعاية الصحية الأولية لهم.
- ضمان وصول الغذاء الصحي ذو الجودة العالية للطفل، ولا سيما أولئك الذين يعيشون في بؤر الفقر والحرمان.
- الذود عن الأطفال وحمايتهم ضد جرائم الإبادة الجماعية التي تقع عادة في الدول التي تشهد حروباً ونزاعات مسلحة متكررة.
- منح الأطفال حقوقهم الكاملة ونصيبهم المستحق في تغطية التأمين الصحي.
- –التعليم: تساهم اليونيسف في إتاحة التعليم النوعي للأطفال، والعمل على صقل مهاراتهم وتنمية قدراتهم الشخصية.
- ضمان التمتع بحق التعليم للأطفال في كافة أرجاء المعمورة دون استثناء.
- تأمين السلامة والحماية والسكينة للأطفال الذين لا مأوى لهم (المشردين).
- السعي الدؤوب لتشييد المدارس والمرافق الصحية في المناطق المحرومة التي تفتقر لهذه البنى التحتية.
- تقديم تعليم ذو معايير جودة عالية للطلاب.

[1] علوي نوال،**محاضرة:وحدة منظمة حماية الطفولة**،جامعة الجزائر2،ص:2-3.

- المياه والصرف الصحي :تعمل اليونيسف على تأمين مياه الشرب الآمنة ومرافق الصرف الصحي في المناطق التي تعاني ندرة في هذه الخدمات.
- **المساواة بين الجنسين** :تبذل المنظمة جهوداً حثيثة لإرساء المساواة بين الجنسين والعمل على تمكين كافة الفتيات والنساء.
- **توفير الإغاثة الإنسانية**:تقديم العون الإنساني للأطفال والمجتمعات الأهلية التي تضررت بفعل النزاعات المسلحة أو الكوارث الطبيعية.
- **العدالة الاجتماعية والاحتياجات الأساسية**:العمل الحثيث على استئصال شأفة الفقر بكافة أشكاله ومظاهره في المجتمعات، والسعي نحو القضاء التام على الجوع وتحقيق الأمن الغذائي المستدام.
- **الرعاية الصحية والرفاه**:وضع ملف الصحة الجيدة والعافية للأطفال كأولوية قصوى، مع ضمان الاستجابة الفورية والفعالة للاحتياجات الأساسية للأطفال وأمهاتهم عبر تقديم برامج مساعدة ودعم تقني للحكومات.
- **الطاقة والبيئة المستدامة**:كفالة حق الوصول العالمي إلى مصادر الطاقة النظيفة، والمستدامة، والمنخفضة التكلفة، بالإضافة إلى حماية النظام البيئي من خلال صون الحياة الفطرية "تحت سطح البحر" وضمان العيش الكريم على "اليابسة."
- **التنمية الاقتصادية والابتكار**:تعزيز فرص الحصول على العمل اللائق وتحفيز معدلات النمو الاقتصادي، مع التركيز على تطوير القطاع الصناعي، ودعم القدرة على الابتكار، وتحديث البنى التحتية لتكون أكثر مرونة واستجابة للمتطلبات الحديثة.
- **التنمية الحضرية والاستهلاك المسئول**:السعي نحو إرساء مدن ومجتمعات محلية تتسم بالتطور والاستدامة، مع تبني أنماط استهلاك وإنتاج مسؤولة تُسهم في دفع عجلة التطور الاقتصادي دون الإضرار بالبيئة.
- **حقوق المرأة والمساواة**:تكريس مبدأ المساواة الكاملة في الحقوق للنساء والفتيات، ودعم مشاركتهن الفاعلة والشاملة في مسارات التنمية السياسية والاجتماعية والاقتصادية داخل مجتمعاتهن.
- **الاستقرار والمؤسسات القوية**:العمل على تجسيد رؤية السلام العالمي، وتحقيق العدالة الناجزة، وبناء مؤسسات قوية وشفافة قادرة على تحقيق التقدم الاجتماعي المنشود.
- **التعليم والظروف الطلابية**:تطوير القدرة على التكيف والتعامل المرن مع كافة الظروف والمتغيرات التي قد تؤثر سلباً على الوضع التعليمي والصحي للطلبة في مختلف دول وبلدان العالم.

- **الآليات التنفيذية والشراكة الدولية:** تحديث وتطوير طرق التنفيذ الميدانية، وتنشيط الشراكات العالمية الفاعلة كأداة أساسية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة على أرض الواقع.[1]

2.2.جهود منظمة اليونيسيف في مجال الصحة:

تنشط منظمة اليونيسيف (UNICEF) في إطار شراكات استراتيجية مع الحكومات لتنفيذ برامج تنموية طويلة الأمد، تستهدف بالدرجة الأولى الارتقاء بمستوى جودة حياة الأطفال؛ وتغطي هذه المبادرات مجالات حيوية تشمل الرعاية الصحية المتكاملة، حملات التطعيم الشاملة، تحسين النظم الغذائية، وبرامج الوقاية الصحية المستدامة.

وتضطلع المنظمة بدور لوجستي محوري عبر توفير الإمدادات الطبية الضرورية، وفي مقدمتها اللقاحات الأساسية للأطفال الرضع في الدول النامية، مع إيلاء عناية فائقة لضمان حصول كافة الأطفال على حقوقهم الصحية، لا سيما في المناطق التي ترزح تحت وطأة النزاعات المسلحة. وحسب البيانات الرسمية الصادرة عن المنظمة لعام 2022، فقد نجحت اليونيسيف في تقديم دعم صحي هائل؛ حيث تم تحصين 77.9 مليون طفل ضد مرض الحصبة، من بينهم أكثر من 27 مليون طفل في بلدان تعاني من أزمات إنسانية حادة، فضلاً عن تقديم خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي لنحو 2.25 مليون طفل ومراهق ومقدم رعاية.

– التحديات الراهنة: مأساة أطفال غزة.

إلا أن المشهد المأساوي الذي يعيشه الأطفال في فلسطين، وتحديداً في قطاع غزة منذ السابع من أكتوبر 2023، وضع المنظمة أمام عجز قسري في تأمين الدواء والاحتياجات الأساسية؛ وذلك جراء الاستهداف المباشر للمنشآت والمستشفيات من قِبل الاحتلال الإسرائيلي، والتعنت في منع دخول المساعدات الإنسانية والطبية.

وفي هذا السياق المتأزم، أطلقت اليونيسيف نداءات متكررة لوقف إطلاق النار دون استجابة فعلية؛ حيث حذر "تيد شيبان"، نائب المديرة التنفيذية للعمل العمل الإنساني، في تصريح له بتاريخ 22فبراير 2024، من مغبة استمرار الوضع الحالي، مؤكداً أن قطاع غزة بات على شفا "كارثة تغذية" حقيقية. وأوضح شيبان أن استمرار النزاع سيؤدي إلى انحدار مستمر في مستويات تغذية الأطفال، مما سيفضي حتماً إلى وفيات كان يمكن الوقاية منها، أو نشوء معضلات صحية مستدامة ستلازم أطفال غزة طيلة حياتهم، وتورث عواقبها الوخيمة للأجيال القادمة.[2]

---

[1] https://mawdoo3.com/ تاريخ الاطلاع:2025/06/05 ، الساعة:13:50سا.

[2] بن عجيلة حياة،عبدلي حبيبة،**دور منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف في حماية الأطفال(أطفال غزة نموذجا)**،مجلة الباحث للدراسات الاكادمية،2024 ص:795،796

3.منظمة الأمم المتحدة ودورها في مكافحة جائحة كوفيد-19:

تتألف عضويتها حالياً من 193 دولة. وتسترشد هذه المنظمة في أداء مهامها وتنفيذ أنشطتها بالمقاصد والمبادئ المنصوص عليها في ميثاقها التأسيسي. وفي ظل تفشي جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)، سخرت الأمم المتحدة جهوداً مكثفة وحثيثة على كافة الأصعدة والمستويات للتصدي لهذه الأزمة الصحية التي عصفت بالعالم.

وقد أفردت المنظمة عبر بوابتها الإلكترونية الرسمية قسماً متخصصاً يحمل عنوان "فيروس كورونا المسبب لكوفيد-19"، وهو عبارة عن منصة تفاعلية تستعرض آخر الأنباء والمستجدات المتصلة بالجائحة، فضلاً عن تسليط الضوء وتوضيح المساعي التي تبذلها مختلف هيئات الأمم المتحدة المعنية، وصناديقها، ووكالاتها المتخصصة، والبرامج المنضوية تحت مظلتها. ويمكن إيجاز أهم التدابير والإجراءات التي اتخذتها الأمم المتحدة لمجابهة هذه الجائحة في النقاط التالية:

- تدشين خطة استجابة إنسانية عالمية لمعالجة تداعيات وآثار فيروس كورونا، وترتكز هذه الخطة على استراتيجية جماعية دولية بدلاً من الاعتماد على الجهود الفردية المنعزلة لكل دولة. وتعكف وكالات المنظمة، بالتنسيق مع تحالف واسع من المنظمات غير الحكومية، على تطبيق هذه الخطة في شتى بقاع الأرض، بما يشمل أمريكا الجنوبية، وقارة إفريقيا، وآسيا، ومنطقة الشرق الأوسط.
- رصد مبلغ 15 مليون دولار أمريكي من الصندوق المركزي لمواجهة الطوارئ (CERF) التابع للأمم المتحدة، لغرض إسناد الدول الأكثر هشاشة وعرضة للمخاطر، وذلك بهدف تحجيم واحتواء تفشي الفيروس والمشاركة الفعالة في تمويل المساعي الدولية لمقاومته.
- طرح مجموعة من النصائح والإرشادات العامة المتعلقة بفيروس كورونا، والعمل على تصويب المفاهيم والمعلومات الخاطئة عبر سلسلة من "الأسئلة والأجوبة" التي يتولى إعدادها وتقديمها خبراء مختصون في الصحة العالمية، وذلك بالتعاون والتنسيق الوثيق مع منظمة الصحة العالمية.
- اعتماد قرار صادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في شهر أبريل 2020 موسوم بـ "التضامن العالمي لمكافحة مرض كوفيد-19"، إذ حث الأمين العام من خلاله على ضرورة التصدي لحالة الطوارئ الصحية، مع التركيز المباشر على الانعكاسات الاجتماعية والاقتصادية، والسعي الدؤوب نحو تحقيق تعافٍ شامل ومستدام يضمن عدم تهميش أي أحد أو تركه خلف الركب. كما ناشدت الجمعية بضرورة الوحدة والتكاتف وإحياء التعاون متعدد الأطراف بين الدول.

ومن بين الإسهامات الخاصة بالمنظمة مايلي:

- المبادرات الدبلوماسية والأمن الصحي: تم إطلاق نداء استراتيجي موحد من قبل مبعوثي الأمين العام للأمم المتحدة في منطقة الشرق الأوسط، تضمن دعوة صريحة للوقف الفوري وغير المشروط للأعمال العدائية، والحث على

الانخراط الجاد في مسارات تفاوضية تفضي إلى وقف دائم لإطلاق النار، وإيجاد تسويات جذرية وشاملة للنزاعات القائمة في المنطقة. وفي سياق متصل، أطلق الأمين العام نداءً عالمياً عبر تقنية الفيديو، دعا فيه إلى هدنة شاملة ووقف إطلاق النار في كافة بقاع المعمورة لتركيز الجهود الدولية على مواجهة الأخطار المشتركة.

– مواجهة الوباء المعلوماتي والجريمة الإلكترونية:كثفت الأمم المتحدة جهودها لمكافحة تصاعد وتيرة المعلومات المضللة والجريمة الإلكترونية التي استغلت ثغرات أزمة كوفيد-19؛ حيث شملت هذه الجرائم ترويج أدوية ومستحضرات وهمية عبر الفضاء الرقمي، وشن هجمات سيبرانية استهدفت البنى التحتية للمستشفيات. وقد حذر الأمين العام "أنطونيو غوتيريش" من خطورة ما أسماه بـ "الوباء المعلوماتي "، الذي يسعى لزعزعة الثقة في المؤسسات الصحية العامة ونشر حالة من التشكيك والحيرة الجماعية، مؤكداً أن التصدي لهذا الوباء الرقمي لا يقل أهمية عن مواجهة الفيروس نفسه.

– حماية الفئات الهشة (الأطفال):تصدرت قضية حماية الأطفال المتضررين من التداعيات العميقة لأزمة كوفيد-19 أجندة الاهتمامات الأممية؛ إذ وجه الأمين العام مناشدة عاجلة للمجتمع الدولي لتبني تدابير استثنائية وفورية لدعم وحماية الأطفال حول العالم، وضمان استمرارية حصولهم على حقوقهم الأساسية في ظل الأزمة العالمية الحادة التي أثرت بشكل مباشر على أمنهم الصحي والغذائي والتعليمي.[1]

[1] بوكورو منال،منصوري محمد،**دور الجهود الدولية في مكافحة فيروس كورونا المستجد (covid-19)**،حوليات جامعة الجزائر1، 2020 ،ص:103-104.

المبحث الثاني:النظام الصحي في الجزائر.

لا تُصنف الصحة بوصفها حقاً إنسانياً أساسياً فحسب، بل تُعد ركيزة جوهرية ومصدراً لا غنى عنه لتحقيق التطور الشامل على الأصعدة الاجتماعية والاقتصادية والفردية. وتأسيساً على هذه الرؤية الاستراتيجية، حرصت الدولة الجزائرية في كافة دساتيرها المتعاقبة على دسترة هذا الحق، حيث جعلت من "مبدأ حماية صحة المواطنين"ركيزة دستورية ثابتة وحقاً أصيلاً لا يمكن إنكاره أو تجاهله في السياسات العامة للدولة.[1]

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي:

لقد شهد قطاع الصحة في الجزائر تعاقب حقبات تاريخية متباينة، شكّلت في مجملها منعطفات حاسمة في بلورة ملامح المنظومة الصحية الوطنية. وفيما يلي استعراض لأبرز المراحل التي صاغت مسار النظام الصحي الجزائري:

1. مرحلة ما قبل الاستقلال (الحقبة الاستعمارية):

اتسمت حالة الصحة العمومية في الجزائر إبان العهد الاستعماري بترد كارثي وتهميش ممنهج؛ حيث رزح الشعب الجزائري تحت وطأة الفقر والحرمان وظروف معيشية قاسية فرضها الاحتلال الفرنسي. وقد تمحورت السياسة الصحية الاستعمارية أساساً حول رعاية مصالح المستوطنين الأوروبيين، مع إقصاء متعمد للسكان الأصليين من الخدمات الصحية الأساسية.

وقد أفرز هذا الواقع المأساوي نتائج وخيمة، تجسدت في:

- **تفشي الأوبئة:** إنتشار واسع للأمراض المعدية والفتّاكة مثل الملاريا، السل، الكوليرا، التيفوئيد، وأمراض الإسهال الحادة.
- **إرتفاع معدلات الوفيات:** حصدت هذه الأمراض أرواح أعداد هائلة من الجزائريين، لا سيما فئة الأطفال التي سجلت معدلات وفيات تُصنف ضمن الأعلى عالمياً في تلك الفترة.
- **المركزية الاستيطانية:** تركزت المرافق الصحية القليلة في المدن الكبرى ذات الكثافة الأوروبية (الجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، عنابة)، بينما ظلت المناطق الريفية والنائية، حيث تقطن الأغلبية الساحقة خالية تماماً من المنشآت الطبية الحديثة.
- **الاعتماد على الطب التقليدي:**أمام غياب الرعاية الرسمية، اضطر الجزائريون للجوء إلى التداوي بالأعشاب والطب التقليدي رغم محدودية فاعليته في مواجهة الأوبئة المستعصية.

[1] République Algérienne Démocratique et populaire, Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives, Alger, 2001, p:4.

- **انعدام الوقاية:** غياب تام لخدمات الطب الوقائي وبرامج التلقيح الوطنية، مما أعاق أي فرصة للتنمية البشرية وأدى إلى تدهور مستمر في جودة حياة المواطنين.

2. مرحلة ما بعد الاستقلال (بناء الدولة الوطنية):

عقب نيل الاستقلال واستعادة السيادة الوطنية، وجدت الدولة الجزائرية نفسها أمام إرث صحي مثقل بالأزمات، مما جعل من إعادة هيكلة القطاع ضرورة قصوى وأولوية وطنية. وقد تم رسم سياسة صحية سيادية تهدف إلى مواجهة التحديات الكبرى وتحديد المستهدفات التالية:

- **اجتثاث الأوبئة:** وضع خطط استعجالية للقضاء على الأمراض المعدية التي ورثتها البلاد عن الاستعمار.
- **حماية الطفولة:** العمل على خفض النسب المرتفعة لوفيات الرضع والأطفال عبر برامج رعاية وطنية.
- **توطين الهياكل الصحية:** الانطلاق في ثورة عمرانية طبية لبناء المستشفيات والمراكز الصحية وتوزيعها بعدالة جغرافية.
- **تكوين الكوادر البشرية:** الاستثمار في التعليم العالي الطبي لتخريج دفعات من الأطباء والممرضين الجزائريين لتعويض الفراغ الذي خلفه رحيل الكوادر الأجنبية.

وقد مرت هذه المرحلة بعدة مراحل نذكرها فيما يلي:

أ.المرحلة الأولى: مرحلة تسيير الأزمة الصحية (1962-1973).

اتسمت تلك الحقبة بتركة استعمارية ثقيلة في المنظومة الصحية الجزائرية، تميزت بانحيازها الواضح للسكان القاطنين في الحواضر الكبرى المتركزة في الجزائر العاصمة، قسنطينة، ووهران. وغداة الاستقلال، لم يتجاوز التعداد الإجمالي للأطباء في البلاد 500 طبيب، يشكل الجزائريون منهم النصف فقط، وكان عليهم تلبية المتطلبات الصحية لساكنة قوامها 10.5 مليون نسمة. وقد اتسمت المؤشرات الصحية آنذاك بارتفاع مقلق في معدلات وفيات الرضع، إذ تخطت حاجز 180 حالة وفاة لكل ألف ولادة، بينما لم يتعد متوسط العمر المأمول 50 سنة، فضلاً عن التفشي الكبير للأمراض المعدية المتوطنة، مما شكل مصدراً رئيساً للوفيات وحالات الإعاقة.

وأمام هذا الواقع الصعب، وبالنظر لشح الموارد المتاحة، سطرت وزارة الصحة غايتين جوهريتين: أولاهما، تقليص الفوارق في توزيع الطواقم الطبية (بين القطاعين العام والخاص) لتيسير بلوغ الخدمات العلاجية، وتم ذلك عبر إلزام الممارسين الخواص بالعمل بنظام نصف الدوام في المؤسسات العمومية، واستحداث فرق صحية متنقلة؛ وثانيهما، التصدي للوفيات والأمراض المترتبة عن الأوبئة المعدية. وقد تميزت هذه المرحلة بتنفيذ حزمة من البرامج الصحية الرامية لحماية الشرائح السكانية الهشة وضمان الوقاية من الأمراض المستشرية.

ونوجز فيما يأتي أبرز السمات التي ميزت تلك الحقبة:

- **إقرار إلزامية التطعيم لكافة الأطفال**، وتكللت حملة القضاء على الملاريا بالنجاح.في الوقت ذاته، تولت الشركات الوطنية وبالأخص الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) مهام تصنيع الأدوية، واستيرادها، وتوزيعها بالجملة، في حين كان التوزيع بالتجزئة مشتركاً بين القطاع الخاص والعام ووكالات (PCA). وبحلول عام 1969، أُسست لجنة وطنية لتصنيف الأدوية بغية تحديد قائمة العقاقير الضرورية، ولم تكن ثمة إجراءات تسجيل مفروضة آنذاك، حيث كانت مسؤولية الرقابة والتحكم في المنتجات الصيدلانية تقع على عاتق الصيدلية المركزية (PCA)

- **تفعيل التعاون الدولي**: سعت السلطات الجزائرية إلى استقطاب الدعم الخارجي والخبرات الطبية، لا سيما من القطب الاشتراكي (الاتحاد السوفياتي والصين)، لسد العجز في التأطير الطبي.

- **الرقابة الوبائية**: إقرار إلزامية التبليغ عن الأمراض المتنقلة ابتداءً من سنة 1963 كأداة للرصد والوقاية.

- **رعاية الفئات الهشة**: تعميم الاستفادة المجانية من خدمات مراكز حماية الأمومة والطفولة(P.M.I) ، وإطلاق أول برنامج وطني متخصص لمكافحة الملاريا ورمد الأعين.

- **الهيكلة الإدارية**: تنظيم القطاع عبر إنشاء "وزارة الصحة العمومية" كوزارة مستقلة بذاتها سنة 1965، مما أعطى للقطاع ثقلاً سياسياً وإدارياً.

- **الطب الوقائي**:إصدار أمر قانوني سنة 1965 يقضي بإلزامية ومجانية التطعيم ضد الأمراض المعدية، وتأسيس المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1966 ليكون الذراع العلمي للمنظومة.

- **التوسع في الحماية**:توالت التدابير النوعية لتشمل التوزيع المجاني لموانع الحمل، وتكفل الدولة الكامل بتبعات الكوارث الطبيعية (1969)، مع تركيز الجهود الميدانية لمكافحة السل (1969-1970) وشلل الأطفال (1973-1974). كما عُزز البناء المؤسساتي بإنشاء اللجنة الوطنية للنظافة ومجلس مكافحة الأمراض المهنية.

ب.المرحلة الثانية: عهد مجانية العلاج والتطبيب:(1974–1989) تعتبر هذه المرحلة العصر الذهبي للتوجه الاجتماعي للدولة الجزائرية في المجال الصحي، وتمثلت معالمها الكبرى في:

- **إعلان "مجانية العلاج" (جانفي 1974)**:وهو قرار تاريخي كفل لكل مواطن حق الولوج إلى الخدمات الصحية دون مقابل مادي في جميع المؤسسات والقطاعات الصحية التابعة للدولة.

- **التمويل المركزي**:تكفلت الخزينة العمومية للدولة بالتمويل الكامل والمباشر للميزانيات التشغيلية والاستثمارية للقطاعات الصحية، مما جسد مفهوم "الدولة الراعية" بمفهومها الشامل.

- **توطين الرعاية:** تزامنت هذه المرحلة مع توسيع شبكة الهياكل الصحية (قطاعات صحية، عيادات متعددة الخدمات) لتغطي كافة التراب الوطني، وضمان توزيع عادل للخدمة الطبية.[1]

لقد تركت هذه الخطوة أثراً بالغاً، نظراً لما حظيت به من اهتمام واسع وما فجرته من جلسات تفسيرية ونقاشات مستفيضة، واستناداً إلى ديناميكيتها الذاتية، لم ينحصر تأثيرها في الخدمات الصحية فحسب، بل امتد ليشمل طبيعة العلاقات التي تربطها بالمجتمع المحلي.

إن تحديد الجوهر الحقيقي لمجانية العلاج هو الشرط الأساسي الذي يجب أن يسبق أي تصور دقيق لآليات تمويل القطاع الصحي، وليس العكس؛ إذ يستحيل صياغة أي تعريف إجرائي بمعزل عن الواقع أو بأسلوب تجريدي. وعليه، يتحتم أن يكون مفهوم المجانية في الرعاية الطبية مقترناً بصورة وثيقة بالأهداف الصحية التي يتم تسطيرها مسبقاً.

وبناءً على ذلك، شهدت أعداد المشتغلين في الحقل الطبي وشبه الطبي قفزة نوعية (ارتفعت من أقل من 5000 سنة 1962 لتتجاوز 75,500 سنة 1991)، وهو ما أفرز تحولاً جذرياً في التركيبة البشرية للمنظومة الصحية. غير أن النتائج الفعلية لهذا التنامي في الكوادر الطبية تستوجب التقييم من منظور التوزيع الجغرافي، ولا سيما فيما يتعلق بالأطباء الجزائريين؛ فعلى سبيل المثال، في شهر نوفمبر 1979، كان 73% من الأطباء الجزائريين يتمركزون في الحواضر الثلاث الكبرى للبلاد. ومن أصل 800 طبيب أخصائي تم إحصاؤهم في تلك الفترة، كان 700 منهم يزاولون عملهم بدوام كامل في المراكز الاستشفائية الجامعية، في حين اقتصر عمل 140 طبيباً فقط على نظام الوقت الجزئي.

وبعد انقضاء عقد من الزمن، ظلت فجوات التفاوت تراوح مكانها تقريباً، على الرغم من الزيادة المعتبرة في أعداد منتسبي القطاع الصحي. ويبدو جلياً أن ممارسة مهنة الطب لا تستهوي الجزائريين إلا إذا كانت في رحاب المستشفيات الجامعية أو ضمن العيادات الخاصة.

ولئن سجلت أعداد الكوادر العاملة في الرعاية الصحية نمواً متسارعاً، فإن البنية التحتية للصحة العمومية لم تواكب هذه الوتيرة، بل بقيت في حالة ركود شبه تام حتى أواخر السبعينيات. وشهدت حقبة الثمانينيات تفعيل برنامج استثماري لتشييد أربعين مستشفى بصيغة "تسليم المفتاح"، أوكلت مهام إنجازها لشركات أجنبية.

إلا أن العقبات المرتبطة بصيانة التجهيزات التقنية المعقدة التي تم تركيبها، فضلاً عن تعذر تأمين فرق طبية وتقنية متخصصة ومستقرة، أدت إلى ضعف مردودية وتشغيل هذه المنشآت. إذ تعاني العديد من المستشفيات من عجز مزمن في الإمكانيات والوسائل، وتشتغل بطاقة فعلية تقل عن 60% من قدرتها التشغيلية الكامنة.

[1] الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973،**المتضمن تأسيس الطب المجاني في القاعات الصحية**،الصادر بالجريدة الرسمية رقم 01 المؤرخة في 01 جانفي 1974.

- **سنة 1983**:جرى إقرار القانون رقم 83-11 الصادر في 2 جويلية والخاص بالتأمينات الاجتماعية، حيث قنّن العمل بنظام "التعريفة الجزافية" داخل المستشفيات. وقد جاء هذا النظام ليُرسّخ مبدأ مجانية العلاج الذي كان مُطبّقاً فعلياً في الميدان قبل صدور هذا النص التنظيمي الرسمي.
- **سنة 1984**:شُرع في تصميم وتطبيق البرنامج الوطني الرامي لمكافحة وفيات الرضّع والأطفال، بشراكة استراتيجية مع منظمة اليونيسف(UNICEF) ، بغية الارتقاء بالوضع الصحي للطفولة والحد من معدلات الوفيات ضمن هذه الفئة.
- **سنة 1986**: تم إصدار المرسوم رقم 86-25 المؤرخ في11 فيفري، والذي أقرّ منح الاستقلالية التامة للمستشفيات الجامعية (CHU) لتصبح كيانات قائمة بحد ذاتها؛ إذ لم تكن تحظى قبل هذا القرار بأي استقلالية، بل كانت الخدمات الطبية الجامعية مندمجة كلياً داخل القطاعات الصحية العامة.

- التسيير المرتكز على المركزية الشديدة للسلطة، حيث انحصرت مهام مديري المؤسسات الصحية في التطبيق الحرفي للميزانيات فحسب، في حين تكفلت ميزانية الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي بتحمل كافة الأعباء والنفقات الخاصة بقطاع الصحة.
- تشييد مجموعة واسعة من المنشآت الصحية القاعدية، وفي مقدمتها المستشفيات العامة وباقي المرافق (كالعيادات متعددة الخدمات، والمراكز الصحية، والمستشفيات الجامعية)، بغرض توسيع دائرة التغطية الصحية عبر كامل التراب الوطني؛ ليقفز عددها من 558 منشأة سنة 1974 إلى 1147 منشأة بحلول سنة 1986.
- الارتفاع الملحوظ في تعداد الموارد البشرية العاملة بقطاع الصحة، والذي انتقل من 57,872 موظفاً سنة 1973 ليصل إلى 124,728 موظفاً سنة 1987، كنتيجة مباشرة للاستثمارات المالية الهائلة التي ضختها الدولة في هذا المجال.
- تنامي القدرة الاستيعابية بزيادة عدد الأسرة من 42,450 سريراً خلال سنة 1973 إلى 62,500 سريراً في سنة 1987، مع تضاعف عدد المرافق الصحية من 558 مركزاً سنة 1974 إلى 1147 مركزاً في سنة 1986.
- التحسن الإيجابي على صعيد المؤشرات الصحية العامة؛ إذ لُوحظ انخفاض واضح في نسب وفيات الرضع وتراجع في انتشار الأمراض المعدية، فضلاً عن ارتفاع متوسّط العمر المتوقع (أمل الحياة) من 51 سنة في عام 1965 إلى 65 سنة بحلول عام 1987.

- على مستوى الجانب التشغيلي: تكفلت ميزانية الدولة وهيئات الضمان الاجتماعي بتغطية مجمل النفقات الصحية، حيث تم توزيع أعباء التمويل وفق الهيكل التالي: 60% تتحملها ميزانية الدولة من إجمالي النفقات، و30% تُغطيها صناديق الضمان الاجتماعي، بينما تقتصر مساهمة المريض المباشرة على 10% فقط.

انتهاج سياسة التأميم منذ فجر الاستقلال، والتي بلغت ذروتها مع قرار تأميم المحروقات في 24 فيفري 1971، مما أتاح للدولة تحصيل سيولة مالية ضخمة. وقد أفضى ذلك إلى برمجة وإطلاق حزمة من الإجراءات لصالح قطاع الصحة الوطني، إلى جانب تبني سياسة التخطيط التنموي التي مهدت الطريق لبناء مؤسسات صحية وبنى تحتية قاعدية كبرى (بدءاً من المخطط الثلاثي 1967-1969 وصولاً إلى المخطط الرباعي الأول 1970-1973).

-1987: تم التوجه نحو الاستدانة قصيرة الأجل بفوائد مركبة، مع إعادة تقييم الكثير من المخططات التنموية بغرض تقليصها، أو حتى إلغاؤها نهائياً وبشكل صريح. ولقد عرف المجال الصحي تراجعاً ملحوظاً انطلاقاً من سنتي 1986 و1987، الأمر الذي أغرق المؤسسات الاستشفائية العمومية في أزمات خانقة (سواء فيما يتعلق بإدارة المستشفيات أو صيانة التجهيزات) .كما اتُخذ قرار يقضي بمساهمة المنتفعين (المرضى) بما نسبته 20% (وهو ما يصطلح عليه بـ "تذكرة الدفع المعتدلة") من أعباء الكشوفات الإشعاعية، والاختبارات المخبرية، والفحوصات الوظيفية، وذلك احتساباً بناءً على مدونة تصنيف الأعمال الطبية المقرة سنة 1987.

-1988: تأسيس نظام "لوحة القيادة الصحية(TBS) "، وهي آلية تسمح بتجميع البيانات عبر كافة مستويات المنظومة الصحية فيما يخص مردودية الهياكل (المرافق الصحية) وكيفية سير عملها.[1]

ج.المرحلة الثالثة 1989-1999:مرحلة التقويم وإعادة الهيكلة.

أهم ما ميز هذه المرحلة هو:

في هذه المرحلة عرفت الجزائر أزمة اقتصادية وسياسية غير مسبوقة ،مما أدى إلى تدهور الأوضاع الأمنية والسياسية،وللاستقرار في كل المجالات مما نتج عنه تخريب مجمل الهياكل والبني التحتية التربوية والتجارية والصناعية والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة،فضلا عن استفحال البطالة والمحسوبية والبيروقراطية،ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة اعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية ،فمعظم المراسيم تم اصدارها في هذه الفترة وأهم ما ميز هذه المرحلة هو:

- المرسوم التنفيذي رقم 05/53 المؤرخ في 1993/01/02 والمتعلق بإعادة تنظيم المعهد الوطني للصحة العمومية؛
- المرسوم التنفيذي رقم 140/93 المؤرخ في 1993/3/30 والمتعلق بإنشاء المخبر الوطني لرقابة المواد الصيدلانية؛

[1] ABDERAHMENE Djoher,**Le Système de Santé Algérien face à la crise sanitaire du Covid-19 à Oran**,**2023**, p:132-133.

- المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1993/03/9 والمتعلق بإنشاء الديوان الوطني للدم؛

- المرسوم التنفيذي رقم 47/94 المؤرخ في 1993/03/30 والمتعلق بتحويل معهد باستور الجزائري الى مؤسسة ذات طابع تجاري وصناعي؛

- المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 1994/9/25 والمتعلق بإنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات؛

- المرسوم التنفيذي رقم 108/95 المؤرخ في 1995/4/9 والمتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للدم؛

- المرسوم التنفيذي رقم 68/86 المؤرخ في 1996/1/27 والمتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزراة الصحة والسكان؛

- المرسوم التنفيذي رقم 355/96 المؤرخ في 1996/10/19 والمتعلق بإنشاء شبكة المخابر للتجارب والتحليلات القيمة ؛

- المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 1998/7/13 والمتعلق بالنفقات لتجهيزات الدولة ومن بينها التجهيزات الصحية والعمليات المركزية.

- تأسيس الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي(ANDS) ، والتي أُوكلت إليها مهام ترقية وتطوير مجالات التوثيق، ونظم المعلومات، والاتصال الصحي.

- استحداث المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد الطبي(CNPM) ، حيث كُلّف أساساً بتتبع ومراقبة الآثار الجانبية الناجمة عن استهلاك الأدوية واستخدام المستلزمات الطبية.

- إصدار المرسوم التنفيذي رقم 97-465 بتاريخ 02 ديسمبر 1997، والذي يحدد ضوابط وقواعد إنشاء وتنظيم سير المؤسسات الاستشفائية. وبموجبه، تم تقسيم المؤسسات الصحية العمومية الموزعة عبر كامل الإقليم الجغرافي الوطني إلى: مراكز استشفائية جامعية، قطاعات صحية، ومؤسسات استشفائية متخصصة.

أما على صعيد الموارد البشرية، فقد شهدت هذه الفترة تنامياً ملحوظاً في الكوادر الطبية وشبه الطبية الجزائرية؛ إذ سُجل خلال سنة 1997 إحصاء ما يقارب 28,274طبيباً، و 7,966جراح أسنان، و 4,022صيدلياً .وقد بلغت التغطية الصحية معدل طبيب واحد لكل 1,123نسمة، وجراح أسنان لكل 4,033نسمة، وصيدلي لكل 7,818نسمة، مما يعكس مستوى تغطية مُرضٍ لتلبية احتياجات السكان آنذاك. وفيما يتعلق بالسلك شبه الطبي، فقد تم إحصاء 41,657 تقنياً سامياً، و 30,048 تقنياً للصحة، بينما بلغ عدد أعوان الصحة حوالي 14,206 عوناً خلال السنة ذاتها.

وبالموازاة مع ذلك، لُوحظ توسع إيجابي في شبكة الهياكل القاعدية، وتوزعت كالتالي:

- عيادة متعددة الخدمات لكل 70,441 نسمة.
- مركز صحي لكل 28,599نسمة.

- قاعة علاج لكل 9,433 نسمة.

علاوة على ذلك، سُجل تحسن ملموس في المؤشرات الحيوية الديموغرافية المتعلقة بالولادات والوفيات، وذلك على النحو الآتي:

- نسبة الزيادة في المواليد: 25.3 في الألف.
- معدل وفيات الأطفال: 44 في الألف.
- معدل الوفيات العامة: 6.4 في الألف.
- متوسط العمر المتوقع (أمل الحياة): 68 سنة.[1]

المطلب الثاني: تزايد دور القطاع الخاص في المنظومة الصحية.

أمام التزايد الديموغرافي المستمر، والنمو الملحوظ في أعداد الممارسين الطبيين عبر مختلف التخصصات، وتنامي رغبة الكفاءات الطبية في الاستثمار ضمن العيادات الخاصة، وجدت الدولة نفسها أمام حتمية استراتيجية لفتح المجال أمام القطاع الخاص. ويهدف هذا التوجه إلى الدفع بعجلة التنمية في القطاع الصحي جنباً إلى جنب مع القطاع العام، وتخفيف الضغط الهائل المفروض على المؤسسات الاستشفائية العمومية من جهة، فضلاً عن تقليص الأعباء المالية الثقيلة الملقاة على عاتق الخزينة العمومية من جهة أخرى، باعتبار أن الدولة كانت تمثل الممول الأساسي والوحيد لكافة الأنشطة الصحية في البلاد.

وفي هذا السياق، مرّ هذا التوجه بعدة مراحل أساسية يمكن عرضها كما يلي:

أ. المرحلة الأولى: الاتجاه نحو الانفتاح وليبيرالية العلاج.

(2000-2004) تُعد هذه المرحلة فترة انتقالية مفصلية لترسيخ الثقة واستعادة الأمن والاستقرار في الجزائر عقب حقبة "العشرية السوداء"، مما مثّل خطوة إيجابية للحكومة لإنعاش مختلف الميادين، لا سيما الاقتصادية والاجتماعية منها. ومع ذلك، أشارت تقارير متعددة إلى أن القطاع الصحي ظل يعاني من نقائص واضحة رغم الإصلاحات السابقة؛ وذلك نتيجة لمحدودية الخدمات وتخبط المؤسسات في اختلالات هيكلية وتنظيمية عميقة.

وأمام هذا الوضع، بادرت السلطات العمومية باتخاذ قرارات سياسية حاسمة لإصلاح المستشفيات، بهدف إعادة تخطيط وتنظيم مسارات العلاج، وعصرنة الأنشطة الصحية بما يتوافق مع متطلبات المرحلة. كما سعت السياسة الجديدة إلى رسم "خريطة صحية" دقيقة تراعي الخصوصيات الإقليمية والاحتياجات الملحة لكل جهة، مع معالجة

[1] خلاصي عبد الاله،**مرجع سابق** ص: 74،75،76.

مكامن الخلل في التنظيم والتنسيق. وفي هذا السياق، تم تحديد حزمة من المحاور الأساسية الواجب إعدادها وتنفيذها بشكل متزامن، والتي تتلخص فيما يلي:

- إطلاق مشاورات موسعة مع كافة الفاعلين والشركاء في قطاع الصحة لبلورة رؤية مشتركة حول مشروع الإصلاح.
- تصميم وتنفيذ برنامج تفاعلي للاتصال الاجتماعي، يهدف إلى إشراك المواطنين في المباحثات والنقاشات المتعلقة بالسياسة الصحية، وتعزيز مساهمتهم لإيجاد حلول ناجعة للمعضلات الصحية في الجزائر.
- إعادة النظر في الاتفاقيات المبرمة مع صناديق الضمان الاجتماعي الخاصة بالمرضى، مع تحيين وتحديث مدونة العقود الطبية وشبه الطبية.
- إجراء دراسات معمقة لإعداد وضبط الحسابات الوطنية للصحة.
- فتح قنوات الحوار والتشاور مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي لإصلاح مسارات الدراسات الطبية والشبه طبية، وضبط المناهج التكوينية، مع منح الأولوية لتكوين الأطباء الأخصائيين لتغطية العجز وتلبية الاحتياجات الوطنية.
- صياغة الخريطة (البطاقة) الصحية، ودراسة المخططات الصحية على المستويين الوطني والجهوي.
- خوض مفاوضات حثيثة بهدف مسح وإلغاء الديون المتراكمة على المؤسسات الصحية.
- إصدار التعليمة الوزارية رقم 15، التي تنص على إرساء نظام لمحاسبة التكاليف داخل المؤسسات الاستشفائية لضبط وترشيد النفقات.[1]
- مراجعة القوانين الأساسية للمستخدمين في القطاع الصحي حتى يتم جذب المتخصصين المؤهلين إلى القطاع العمومي، ومن ناحية تشجيع الأطباء والشبه طبيين على العمل في المناطق المعزولة.[2]

- فضلًا عن تعديل التسمية الرسمية للوزارة الوصية على الخدمات الصحية في الجزائر ابتداءً من شهر جوان 2002، لتصبح "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات"، بعد أن كانت تقتصر تسميتها السابقة على "وزارة الصحة والسكان"، وهو ما يعكس التوجه الجديد والإرادة السياسية نحو إعطاء الأولوية لمشروع الإصلاح الاستشفائي.

[1] وزارة الصحة والسكان،التعليمة الوزارية رقم 15،**المتعلقة بوضع محاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية**،المؤرخة في:2000/12/03.

[2] خروبي بزارة عمر،**اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999-1909)،دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف**،مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير،كلية العلوم السياسية والإعلام،تخصص رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر03،2021، ص: 77،78.

أما على صعيد القطاع الخاص، والذي عانى من التهميش طيلة الحقب التاريخية السابقة، فقد بدأ يشهد ديناميكية وتطوراً ملحوظاً؛ حيث برز دوره الفعال والمحوري كشريك استراتيجي في تقديم الرعاية، مساهماً بقوة في تغطية الاحتياجات عبر خدمات الطب الوقائي والطب الاستشفائي على حد سواء.

ب. المرحلة الثانية: بوادر النظام التعاقدي (2004 – إلى يومنا هذا).

اتسمت هذه الحقبة الزمنية بانتعاش وتحسن ملموس في حجم الموارد المالية الموجهة لقطاع الصحة. ويرجع هذا التحسن بالأساس إلى الارتفاع المعتبر في المخصصات الميزانياتية، بشقيها المتعلقين بميزانية التسيير وميزانية التجهيز والاستثمار، مستفيدة في ذلك من العوائد المالية للريع النفطي، وذلك على الرغم من توالي الأزمات المالية والاقتصادية على الصعيد العالمي. وقد انعكست هذه الوفرة المالية إيجاباً على أرض الواقع، مما أدى إلى تسجيل تحسن كبير وواضح في مختلف المؤشرات الصحية العمومية.

وقد تميزت هذه المرحلة المحورية بجملة من الإجراءات، أبرزها:

صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، والذي استهدف إعادة الهيكلة الجذرية للمرافق الصحية من خلال إقرار إنشاء "المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) "و"المؤسسات العمومية للصحة الجوارية " (EPSP)، مع وضع الأطر التشريعية المحددة لقواعد تنظيمها وضمان حسن سير أنشطتها.[1]

- **سنة 2008**:إجراء تعديل تشريعي بموجب القانون رقم 85-05 المؤرخ في 20 جويلية، والذي أفضى إلى التأسيس الرسمي للوكالة الوطنية للمنتجات الصيدلانية.
- الشروع التدريجي في تجسيد "النظام التعاقدي" لتمويل العلاج داخل المؤسسات الاستشفائية، ليتم تطبيقه بصفة نهائية ورسمية خلال سنة 2009؛ حيث أصبحت النفقات العمومية الخاصة بتغطية المريض تُوزع عبر صناديق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء (CNAS) ولغير الأجراء (CASNOS). أما بالنسبة للفئات المعوزة وعديمة الدخل، فتتكفل الدولة بتغطية نفقات علاجهم مباشرة من خلال مديريات النشاط الاجتماعي.
- **سنة 2010**:تنصيب لجنة خبراء متخصصة أُوكلت إليها مهمة صياغة وإعداد مسودة قانون صحي وطني جديد، وقد تكللت أعمالها بتسليم مشروع هذا القانون إلى وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في شهر جانفي من نفس السنة.
- **سنة 2011**:إطلاق وزارة الصحة للمخطط الوطني لمكافحة السرطان. وقد تزامنت هذه الفترة مع استمرار التحولات الوبائية والديموغرافية العميقة؛ إذ سُجل تصاعد متسارع في معدلات انتشار الأمراض غير المعدية

[1] الجريدة الرسمية رقم 33 الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007.

(أو ما يُعرف بـ "أمراض العصر")، كالأمراض العصبية والنفسية، الأورام السرطانية، داء السكري، واعتلالات الجهازين التنفسي والهضمي، فضلاً عن أمراض القلب والشرايين، وذلك كنتيجة حتمية لتغير الأنماط المعيشية للمواطنين. كما لُوحظ تسارع في وتيرة شيخوخة المجتمع، وهو مؤشر يرتبط بارتفاع متوسط العمر المتوقع والانخفاض الحاد في معدلات الخصوبة منذ فترة التسعينيات (حيث استقرت خلال العقد الأخير عند عتبة تقل عن 2.5 طفل لكل امرأة). ورغم تراجع الخصوبة، عاود النمو الديموغرافي الطبيعي مساره التصاعدي في السنوات الأخيرة مدفوعاً بارتفاع معدلات الزواج عقب انفراج الأزمة الأمنية (نهاية العشرية السوداء)، مما أبقى نسبة النمو السكاني في الجزائر عند مستويات مرتفعة تقارب 2% سنوياً.

- **سنة 2012**:صدور القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012، والذي يضبط ويحدد بدقة المعايير المعتمدة في تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP).
- **سنة 2013**:استحداث نظام شامل للتدقيق والرقابة على المؤسسات العمومية للصحة، شمل إجراء تقييم وتدقيق معمق للموارد البشرية من قِبل الوزارة الوصية، بالموازاة مع بلورة خطة استراتيجية جديدة لإصلاح القطاع.
- **سنة 2014**:تأسيس "الوكالة الوطنية لتسيير الإنجازات والتجهيزات الصحية"، إلى جانب تشكيل لجنة وطنية مشتركة ومتعددة القطاعات أُسندت إليها مهام الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها.
- **سنة 2016**:إقرار واعتماد خريطة صحية وطنية جديدة في شهر مارس، وذلك ضمن مساعي إعادة الهيكلة الشاملة للمنظومة الصحية. وتهدف هذه الخريطة إلى إرساء آليات حديثة تكفل تسييراً عقلانياً وأكثر نجاعة للهياكل الصحية، مع الارتقاء بمستوى الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين. وقد أسفرت هذه المسارات التحديثية عن تطور ملموس استجاب للتغيرات الطارئة على صحة السكان، على الرغم من استمرار وجود بعض النقائص الميدانية التي تتطلب المعالجة.

وقد تم من خلال هذه الخريطة والإصلاحات المرافقة تحديد ثلاثة أهداف رئيسية واستراتيجية:

1. إرساء هيكل تنظيمي مرن يتيح لمختلف الفاعلين التدخل والتفاعل الإيجابي لتنفيذ إجراءات ميدانية واضحة المعالم ترمي إلى تحسين الصحة العامة للسكان.
2. بناء نظام معلوماتي صحي متكامل وفعال، يُشكل أداة حقيقية وموثوقة لدعم الإدارة في عملية اتخاذ القرار.

3. تأطير وتنظيم شتى الأنشطة والممارسات الصحية بالاستناد إلى نصوص تشريعية وقانونية صارمة، مدعومة بأدلة تقنية، وتوافقات، وبروتوكولات علمية دقيقة[1].

- صدور قانون الصحة الجديد رقم 18-11 المؤرخ في 29 جويلية 2018،الهادف إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفة شاملة، مستمرة ومنسجمة وفي كل الأوساط، وكذلك التنظيم والتكفل بمهني قطاع الصحة.[2]

وعلى صعيد المؤشرات الصحية التي ميزت هذه المرحلة، سُجل تحسن إيجابي بارز تجلى أساساً في التراجع الملحوظ لمعدلات وفيات الأطفال؛ إذ انخفضت هذه النسبة بشكل قياسي لتصل إلى 15.6حالة وفاة لكل 1000 طفل بحلول عام 2015، بعد أن كانت تقف عند عتبة 30.4حالة لكل 1000 طفل خلال سنة 2004، مما يعكس نجاعة البرامج الصحية الموجهة للطفولة.

المطلب الثالث: إنشاء الوكالة الوطنية لتسيير الإنجازات وتجهيز مؤسسات الصحة.

في إطار استكمال البناء المؤسساتي للمنظومة الصحية وضمان فاعلية الاستثمارات، بادرت الدولة الجزائرية خلال الفترة الممتدة بين (2013 – 2016) إلى تأسيس "الوكالة الوطنية لتسيير الإنجازات وتجهيز مؤسسات الصحة."

وتُعرّف هذه الهيئة بكونها مؤسسة عمومية تكتسي طابعاً صناعياً وتجارياً، وتتمتع بكامل الشخصية المعنوية والاستقلالية المالية في تسيير ميزانيتها. أما من الناحية التنظيمية والقانونية، فتتميز هذه الوكالة بـ "ازدواجية تشريعية" دقيقة؛ حيث تحتكم إلى قواعد القانون الإداري في كافة معاملاتها وعلاقاتها الرسمية مع هيئات الدولة، بينما تخضع لضوابط ومقتضيات القانون التجاري في تعاملاتها وعلاقاتها التعاقدية مع الأطراف الأخرى (الغير).[3]

1. مهام الوكالة.

تتحدد دائرة النشاط الوظيفي للوكالة وتتوزع صلاحياتها وفق المهام الآتية:

- النيابة القانونية والعملياتية عن الدولة في تنفيذ كافة الإجراءات والعمليات التي تسهم في إنجاز المشاريع الاستثمارية ضمن القطاع الصحي.
- إعداد دراسات الجدوى والدراسات التقنية–الاقتصادية، وتولي مهام المتابعة الميدانية لمشاريع القطاع، مع تنفيذ جميع الأشغال التأسيسية المرتبطة بها، أو إبرام عقود مع مكاتب خبرة متخصصة للقيام بذلك.

[1] ABDERAHMEN E Djoher,**Le système de santé Algérien face à la crise sanitaire du Covid-19 à Oran**,**2023**, P : 134-135

[2] الجريدة الرسمية رقم 46 الصادرة بتاريخ 29 جويلية 2018.

[3] المرسوم التنفيذي رقم 13 – 220 المؤرخ في 18 جوان 2013،**المتضمن إنشاء وكالة وطنية لتسيير الإنجازات وتجهيز مؤسسات الصحة**، الصادر بالجريدة الرّسميّة للجمهوريّة الجزائريّة، العدد 33،المؤرخة في 26 جوان2013 ، ص ص:13-17.

- التكفل بالمتابعة الدقيقة لسيرورة مشاريع الدراسات والإنجازات في مختلف مراحلها.
- تقديم الإسناد التقني والمتخصص في مشاريع إعادة تأهيل وتحديث المؤسسات الصحية القائمة.
- التنسيق المحكم بين مختلف المؤسسات والهيئات المعنية بإنجاز ومتابعة المشاريع، مع تولي مسؤولية تسيير العقود والصفقات المرتبطة بها.
- الإشراف على عمليات استلام المنشآت والمشاريع المنجزة، والتأكد من مطابقتها للشروط والمعايير العادية للتسيير والاستغلال.
- إدارة عمليات اقتناء التجهيزات، والآلات، والأثاث الطبي الموجه لمرافق الصحة العمومية التابعة لوزارة الصحة، حيث تتولى الوكالة مهام الاستلام، والتنصيب، وضمان المتابعة البعدية.
- التخطيط الاستراتيجي والتنفيذ الميداني لبرامج اقتناء المعدات الطبية المدرجة ضمن المخططات الوزارية للتجهيز.
- الإشراف على برامج التكوين والتدريب الموجهة للمهنيين والكوادر المكلفة بتشغيل التجهيزات الصحية المعقدة.
- التكفل ببرامج الصيانة الدورية والوقائية للتجهيزات الصحية، من خلال إبرام عقود مع مؤسسات متخصصة في هذا المجال.
- إمكانية توسيع نطاق نشاط الوكالة لتقديم خدمات مشابهة (عن طريق التعاقد) لصالح مؤسسات صحية لا تتبع وصاية وزارة الصحة، أو تلك التابعة للقطاع الخاص.
- التمتع بصلاحية انتقاء والتعاقد مع مكاتب دراسات واستشارات متخصصة لتقديم الدعم الفني والمساعدة في أداء مهامها المعقدة.
- وباعتبارها مؤسسة ذات طابع اقتصادي، يُخول لها القانون إنشاء فروع تابعة لها، وامتلاك حصص مساهمة، وإبرام عقود شراكة استراتيجية مع مؤسسات أخرى.
- الالتزام بضمان استمرارية "الخدمة العمومية" وفقاً لبنود دفتر شروط محدد قانوناً؛ وفي المقابل، تتلقى الوكالة مساهمة مالية سنوية من ميزانية الدولة نظير هذه المهام.

ومن خلال استقراء هذه المهام المتعددة، يتجلى بوضوح اتساع نطاق تدخل الوكالة في مجال التجهيز المتخصص للمؤسسات الصحية. وتهدف هذه الشمولية إلى تحقيق الكفاءة المثلى (موازنة الجودة مع التكلفة) عبر سلسلة متكاملة تبدأ من دراسات الجدوى والمتابعة التقنية، مروراً بتنسيق الأشغال وتسيير العقود، وصولاً إلى مرحلة ما بعد الإنجاز؛

حيث تستمر الوكالة في مرافقة هذه المؤسسات عبر الإسناد التقني، وبرامج إعادة التأهيل، وتكوين المشغلين، وضمان صيانة العتاد الطبي، مما ينعكس إيجاباً على جودة التسيير والأداء الصحي.

وبصفتها ذراعاً تقنياً متخصصاً وممثلاً شرعياً لوزارة الصحة، كان من الممكن أن يُسند إلى هذه الوكالة دور استراتيجي إضافي يتمثل في "منح الاعتماد" للمؤسسات الصحية المستوفية للشروط والمعايير القياسية، مع تولي مهمة المرافقة التقنية للمؤسسات المتعثرة حتى تتمكن من بلوغ تلك المعايير.

2. حل الوكالة:

على الرغم من الأهداف الطموحة التي سُطرت لها، وبعد مرور أقل من ثلاث سنوات على تأسيسها، أصدرت الحكومة الجزائرية قراراً رسمياً بحل هذه الوكالة. وقد جاء هذا القرار الحاسم بناءً على تقرير تقييمي رفعه وزير الصحة، والذي خلص إلى انتفاء الجدوى الاقتصادية والعملياتية من استمرارية الوكالة في أداء نشاطاته.[1]

المطلب الرابع: تنظيم وهيكلة النظام الصحي في الجزائر.

لقد نصّ القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، على تعريف دقيق للمنظومة الوطنية للصحة، حيث اعتبرها: "مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها، وتُنظم على كيفية توفر حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً شاملاً ومنسجماً في إطار الخريطة الصحية". وتأسيساً على ما سبق استعراضه من مراحل تاريخية طبعت تطور النظام الصحي الجزائري وتكوينه، ننتقل الآن إلى تفصيل هيكلته التنظيمية الحالية من خلال الآتي:

1- الخريطة الصحية في الجزائر: تطبيقاً لأحكام المادة 270من القانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال 1439 الموافق لـ 2يوليو 2018 والمتعلق بالصحة، تم إرساء القواعد القانونية لضبط الخريطة الصحية. وقد تُرجم ذلك عملياً بصدور المرسوم التنفيذي رقم 373-22المؤرخ في أول ربيع الثاني عام 1444 الموافق لـ 27أكتوبر 2022، والذي يحدد بدقة كيفيات إعداد الخريطة الصحية وتقييمها وتحيينها، حيث ينص على ما يلي:

تُعد "الخريطة الصحية"، التي ترتكز عليها المنظومة الوطنية للصحة، الأداة الاستراتيجية للتخطيط الصحي الشامل لكافة الوسائل، والموارد، والنشاطات المتخذة من أجل ضمان تغطية صحية متكاملة وعادلة على مستوى كامل التراب الوطني.

وتسمح هذه الخريطة الصحية بتحقيق الغايات المحورية التالية:

- تقدير وإحداث التطورات الضرورية والملائمة في العرض العمومي والخاص للعلاجات الطبية.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 16-114 المؤرخفي26 مارس 2016،**المتضمن حل الوكالة الوطنية لتسيير الإنجازات وتجهيز مؤسسات الصحة**، الصادر بالجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، المؤرخة في 30 مارس 2016، ص:09.

- ضمان التناسق والانسجام في توزيع الموارد البشرية والمادية.
- تصحيح الفوارق ومعالجة الاختلالات التنموية على المستويين الجهوي والمحلي.
- التحكم العقلاني في التكاليف بغية التلبية القصوى للاحتياجات الصحية للسكان.
- الأخذ بعين الاعتبار كافة المعطيات الوبائية، والديموغرافية، والجغرافية، والسوسيو–اقتصادية، بما يتماشى بدقة مع التوجهات الكبرى للمخطط الوطني لتهيئة الإقليم.[1]

2. تركيبة المنظومة الصحية الوطنية:

تتألف المنظومة الوطنية للصحة في الجزائر من شبكة مؤسساتية متكاملة، تدمج بين الهياكل الإدارية والتقنية، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة، فضلاً عن الأجهزة العلمية والبيداغوجية. وتتوزع هذه المكونات هيكلياً وميدانياً على النحو الآتي:

أولاً: الهيئات الإدارية والرقابية المركزية والمحلية

- وزارة الصحة والسكان (الجهة الوصية المركزية).
- الوكالة الوطنية للأمن الصحي.
- خمسة (05) مجالس جهوية للصحة.
- ثماني وخمسون (58) مديرية للصحة والسكان موزعة على مستوى الولايات.

ثانياً: الشبكة الاستشفائية والمرافق الصحية التقنية.

- مؤسسة استشفائية جامعية واحدة.(01)
- ستة عشر (16) مركزاً استشفائياً جامعياً (CHU).
- مائة وست (106) مؤسسات استشفائية متخصصة.
- مائتان وسبع وثلاثون (237) مؤسسة عمومية استشفائية(EPH) .
- مائتان وثلاث وسبعون (273) مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP) .
- خمس (05) مؤسسات استشفائية.
- أربع (04) مؤسسات استشفائية متخصصة في طب العيون.

[1] محمد ولد قادة،**مدخل الى التسيير الاستشفائي الجزء الأول**،أندلسيات للنشر والتوزيع،الجزائر،الطبعة الأولى،2024، ص:12.

ثالثاً: الأجهزة العلمية، الوكالات التقنية، والهيئات المتخصصة.

- الوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة.
- المعهد الوطني للصحة.
- المرصد الوطني للصحة.
- معهد باستور الجزائر.
- الوكالة الوطنية للدم.
- الصيدلية المركزية للمستشفيات.
- الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري.
- المركز الوطني لعلم السموم.

رابعاً: مؤسسات التكوين البيداغوجي وإدارة التسيير.

- المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة.
- المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي.
- المعاهد الوطنية العالية للتكوين شبه الطبي.
- المعاهد الوطنية العالية لتكوين القابلات.
- المعاهد الوطنية للتكوين شبه الطبي.[1]

3.هيكلة وتنظيم النظام الصحي في الجزائر:

تصدى المشرع الجزائري لضبط المفهوم القانوني للنظام الصحي ضمن الإطار التشريعي المكرس بموجب القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها. وفي هذا السياق، أوردت المادة رقم 04 من هذا القانون تعريفاً صريحاً ومباشراً ينص على أن"المنظومة الوطنية للصحة هي مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها".[2]

كما كرّس الدستور هذا المبدأ، حيث نص دستور 2016 في مادته 66 على أن "الرعاية الصحية حق للمواطنين، وتتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها، وتسهر على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين". وفي السياق ذاته، أكد دستور 2020، ولا سيما في المادة 63 منه، على أن "الدولة الجزائرية تسهر على الرعاية الصحية، خصوصاً للأشخاص المعوزين، والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها."

[1] محمد ولد قادة،**مرجع سابق**،ص:16.

[2] المادة 04 من القانون رقم05/85 المؤرخ في 16 فبراير 1985،المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

إضافة إلى ذلك، سنّت الجزائر القانون المتعلق بالصحة رقم 11/18 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق لـ 02 يوليو سنة 2018، حيث نصت المواد من 13 إلى 20 على أن "الدولة تضمن مجانية العلاج وتكفل الحق في الحصول عليه لكافة المواطنين عبر كامل التراب الوطني". كما تلتزم بتسخير كافة وسائل التشخيص والعلاج والاستشفاء للمرضى ضمن الهياكل الصحية العمومية، وتضمن وتنظم سبل الوقاية والحماية والترقية الصحية بغية تطوير الرعاية الصحية في البلاد ومواكبة التحولات المتسارعة في عالم الطب والصحة.

أما فيما يخص النظام الصحي، فإن المنظومة الجزائرية تُدار من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)، التي تتولى بدورها تسيير مؤسسات العلاج الاستشفائي والقطاع الصحي العمومي. وتُعد الوزارة المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية والارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين، وتأتي بعدها في الترتيب الهيكلي المستشفيات الجامعية والجهوية، ثم تليها القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها.

1.المستوى الوطني:

يُعرف هذا الهيكل التنظيمي بـ "المستوى المركزي"، وتتربع على قمته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، باعتبارها الهيئة الوصية والقيادية للمنظومة الصحية في الجزائر. وتتألف هيكلتها المركزية من عشر (10) مديريات متخصصة، تتوزع مهامها كالآتي:

- المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة.
- المديرية العامة لإصلاح المستشفيات.
- المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات الصحية.
- مديرية السكان.
- مديرية الدراسات والتخطيط.
- مديرية المنازعات والتعاون.
- مديرية الموارد البشرية.
- مديرية التكوين.
- مديرية المالية والوسائل.
- مديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي.

ويتمثل قمة الهرم الإداري والسياسي لهذا المستوى المركزي في:

– **الوزير**: يضطلع بالمهمة الاستراتيجية المتمثلة في رسم سياسات تنمية القطاع وتطويره عبر مختلف المجالات وتوجيه مساراته. وتتحدد صلاحياته القانونية والمهام المخولة له رسمياً بموجب أحكام المرسوم التنفيذي رقم 11-379 المؤرخ

في 25 ذي الحجة 1432 الموافق لـ 21 نوفمبر 2011، والذي يحدد بدقة صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ومن بين المهام: [1]

إليك إعادة صياغة دقيقة ومفصلة للمتن، مع تصحيح الأخطاء المطبعية الواردة في النص الأصلي (مثل "النمو الديغرافي"، "عداد"، "الاستراتجيية"، و"الصدالانية")، والالتزام التام بالهيكلة، والتعداد النقطي، والأرقام الإدارية، مع الارتقاء بالأسلوب اللغوي ليكون أكثر رصانة وملاءمة للبحث الأكاديمي:

- السعي الدؤوب نحو تدعيم وتقوية أسس المنظومة الوطنية للصحة.
- صياغة وإعداد التدابير التنظيمية والمعايير القياسية الضرورية لضبط ممارسة الأنشطة وضمان السير الحسن لمختلف هياكل القطاع الصحي.
- السهر على حماية صحة السكان، وتوفير سبل الوقاية والرعاية الشاملة لهم.
- العمل على ترقية وتوطيد أواصر التعاون بين الهيئات الوطنية المكلفة بالبحث العلمي وقطاع الصحة.
- تأطير وتنظيم برامج الطب الوقائي، وحفظ الصحة العامة، ومكافحة تفشي الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة.
- المساهمة في ضبط النمو الديموغرافي وتفعيل برامج التخطيط العائلي.
- الإشراف المباشر على التنظيم الصحي، والسهر على إعداد وتحيين الخريطة الصحية الوطنية.
- هندسة الاستراتيجيات والسياسات الوطنية في المجال الصحي، مع الإشراف على تنفيذها، وتقييم نتائجها، وترقيتها المستمرة.
- تصميم وإعداد برامج متكاملة لتطوير خدمات الصحة الجوارية.

– ديوان الوزير: يتشكل الهيكل التنظيمي للديوان من مدير للديوان، مدعوماً بسبعة (07) مساعدين، وأربعة (04) ملحقين بالديوان. وتُناط بهؤلاء الكوادر مهام إنجاز كافة أشغال الدراسات والأبحاث ذات الصلة بمجالات تخصصهم، فضلاً عن مساعدة الوزير ومشاركته في أداء مهامه الحكومية. وتتوزع مهام المكلفين بالديوان على النحو الآتي:

- مكلف بملف الوقاية.
- مكلف بقطاع الاتصال.
- مكلف بشؤون الطب الاستشفائي.
- مكلف بملف المواد الصيدلانية والسياسة الدوائية.
- مكلف بمتابعة الهياكل الاستشفائية.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 11-379 المؤرخ في 25 ذي الحجة 1432 الموافق لـ 21 نوفمبر 2011،يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،ص:6.

- مكلف بعمليات المتابعة والتقييم المستمر.

– **الأمانة العامة:** يرتكز هذا الهيكل الإداري على أمين عام، يحظى بمساعدة اثنين من مديري الدراسات، إلى جانب مكتب مركزي للبريد. وتتمحور مهام الأمانة العامة حول ضمان التنسيق المحكم بين مختلف الهياكل المركزية والمرافق التابعة لها، فضلاً عن تولي مهام التوجيه والتقييم المؤسساتي.

– **المفتشية العامة:** يُشرف على سير هذا الجهاز الرقابي ستة (06) مفتشين، وتُسند إليهم الصلاحيات والمهام الجوهرية الآتية:

- الرقابة الاستباقية للوقاية من كافة أشكال التقصير أو التجاوزات في تسيير المصالح الصحية.
- تقديم التوجيه والإرشاد للمسيرين الميدانيين لضمان التطبيق الصارم للقوانين والامتثال للأحكام التنظيمية السارية.
- السهر على الاستعمال العقلاني والأمثل للوسائل المادية والموارد المتاحة.

2.المستوى الجهوي:

انطلاقاً من السعي الحثيث لتحقيق العدالة الاجتماعية، وتكريساً لمبدأ المساواة والإنصاف في الولوج إلى خدمات الرعاية الصحية، وبغية إحداث توازن فعلي بين حجم العرض الطبي والاحتياجات الحقيقية للسكان؛ بادرت السلطات العمومية إلى التأسيس لنظام "الجهوية الصحية" رسمياً خلال سنة 1995م.

تُعد هذه المنظومة الجهوية بمثابة هيئة تقييمية وتشاورية عابرة للقطاعات، تضطلع بمهمة تعزيز التنسيق والحوار بين مختلف الفاعلين وأطياف المجتمع المدني، وذلك فيما يتصل بتحديد الأهداف الاستراتيجية الكبرى، واتخاذ القرارات المناسبة، وتوزيع الموارد المتاحة. وتتألف هذه الهيكلة من خمس مناطق جغرافية موزعة كالتالي:

- منطقة الوسط: وتشمل 11 ولاية.
- منطقة الشرق: وتحتوي على 14 ولاية.
- منطقة الغرب: وتتكون من 11 ولاية.
- منطقة الجنوب الشرقي: وتضم 07 ولايات.
- منطقة الجنوب الشرقي: وتضم 07 ولايات.

رغم هذا التقسيم، تظل هذه المناطق الجهوية مجرد كيانات افتراضية لا تحوز على استقلالية مالية خاصة بكل جهة، كما أنها تفتقر إلى التحديد القانوني الدقيق والواضح لهويتها وصلاحياتها التنظيمية.

3. المستوى الولائي:

على الصعيد الولائي، تتمثل المنظومة الصحية في مديرية الصحة والسكان المتواجدة بكل ولاية، والتي يديرها مسؤول يعد الممثل المباشر للوزير داخل الإقليم. يخضع تنظيم وسير عمل هذه المديريات لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 261/97 الصادر في 14 يوليو 1997. وتتمحور وظائفها الأساسية حول تجميع المعطيات الصحية وتحليلها، وضمان التنسيق الفعال بين مختلف الهياكل والمؤسسات الصحية، فضلاً عن إعداد الميزانيات الخاصة بالقطاعات الصحية والسهر على تنفيذها. كما تتكفل بمهمة رصد وتوزيع الأدوية والمستلزمات الصيدلانية ومراقبة شروط حفظها وتخزينها، إضافة إلى:

- إعداد الخطط الطارئة بالتنسيق مع السلطات المختصة، والمساهمة الفعالة في تنظيم عمليات الإسعاف وتنسيق التدخلات عند وقوع الكوارث أياً كانت طبيعتها.
- إصدار التراخيص اللازمة لمزاولة المهن الطبية وشبه الطبية والسهر على مراقبة تطبيقها ميدانيًا.
- الإشراف التأطيري على الهياكل الصحية والمؤسسات العلاجية، سواء كانت عمومية أو خاصة، والقيام بمهام التفتيش والرقابة عليها.[1]

4.على المستوى المحلي (الدائرة والولاية):

يتم تنظيم الخدمات الصحية في الدوائر والبلديات ضمن قطاعات تشمل (مؤسسات عمومية استشفائية، وحدات استشفائية متخصصة، ووحدات استشفائية قاعدية). تضطلع هذه المنشآت بمسؤولية رصد وتحديد احتياجات السكان تمهيداً لتطبيق البرامج الصحية والوطنية، وذلك عبر الاستغلال الأمثل للموارد البشرية والمادية، وتخفيف العبء والضغط عن المراكز الاستشفائية الكبرى. ولهذا الغرض، تم استحداث قطاعات صحية فرعية (Sous-secteur sanitaire) تُعرف بالوحدات القاعدية أو الأولية لتوسيع التغطية المجتمعية، حيث أُسندت إليها مهام فرز الحالات المرضية بعد الكشف عنها، وتحويل الحالات التي تستدعي ذلك إلى المستشفى، بينما تتكفل هي بتقديم الرعاية الأولية والبسيطة ذاتياً. وتتألف هذه الوحدات من العناصر التالية:

- **العيادات متعددة الخدمات**:(**Polyclinique**) وتتمثل وظائفها المحورية في:
  - توفير مختلف الخدمات الاستعجالية وإجراء الفحوصات الطبية العامة والمتخصصة.
  - تولي الإشراف التقني والإداري على المراكز الصحية الموجودة في البلدية.
  - لعب دور الوسيط ونقطة الربط بين المركز الصحي والمستشفى.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 09 ربيع الاول عام 1418 الموافق لـ 14 يوليو1979، يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، ص:13.

- **المركز الصحي**:(**Centre de santé**) يتم تأسيسه في كل قرية أو تجمع سكاني، وتوكل إليه مهام الوقاية الصحية، ورعاية الأمومة والطفولة، وحملات التلقيح، وتقديم العلاجات والفحوصات العامة.
- **قاعة العلاج**:(**Salle de soin**) وهي وحدات تختص بتقديم العلاجات الأولية والبسيطة لتغطية كثافة سكانية تتراوح بين 1000 و2000 مواطن.

ومع صدور المرسوم التنفيذي لسنة 2007، طرأ تعديل جوهري على تقسيم القطاعات الصحية لتصبح مصنفة كالتالي:

- المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) .
- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP).
- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة(EHS).

كما ألغيت المراكز الصحية لتتحول الى عيادات متعدد الخدمات أو قطاعات العلاج على حسب حالتها المادية.[1]

جدول رقم(01-01):المؤسسات والهياكل العامة للمنظومة الصحية فيي الجزائر لسنة 2020.

المستوى	البيان	العدد
المركزي	وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات	--
الولائي	مديريات الصحة والسكان	48
	المؤسسات الاسشفائية الجامعية	01
	مؤسسة استشفائية (م،إ)	09
المحلي	المراكز الاستشفائية الجامعية (م،إ،ج)	15
	مؤسسة استشفائية متخصصة(م.إ.م)	79
	مؤسس استشفائية عامة(م،إ، ع)	210
	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	273

المصدر:الديوان الوطني للإحصاء بالأرقام على الموقع:www.ons.dz الاطلاع بتاريخ:2025/06/30.

المطب الخامس:أهم الإصلاحات في المنظومة الصحية في الجزائر.

مع مطلع الألفية الثالثة، أحرزت الجزائر تقدماً ملموساً في مستوى الخدمات العلاجية الموجهة للمواطنين، وقد انعكس ذلك إيجاباً على المؤشرات الصحية، إذ سُجل انخفاض في معدلات الوفيات بشكل عام، وزيادة في متوسط العمر

[1] خلاصي عبد الإله،**مرجع سابق**،ص:80،81،82،83،84.

المتوقع عند الولادة. هذا التحسن كان ترجمة فعلية لجهود السلطات العمومية الرامية لتحديث المنظومة الصحية، التي خضعت لسلسلة من الإصلاحات الجوهرية، كان في مقدمتها المشروع الجديد المسمى "مشروع إصلاح المستشفيات"، والذي توخى تحقيق جملة من الغايات، أبرزها إرساء العدالة في توزيع الخدمات الصحية، وعقلنة النفقات، وضمان جودة الرعاية المقدمة.

تتمحور المبادئ الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية حسب ميثاق الصحة فيما يلي:

- التحكم في تطور المحددات الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية والوبائية ومسايرتها؛
- معالجة الاختلالات والصعوبات التي تواجه عمل الهياكل الاستشفائية وآليات التكفل الصحي بالمواطنين؛
- مسايرة التقدم التكنولوجي والمستجدات الطبية الحديثة؛
- ملاءمة الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي تشهدها البلاد؛
- الحفاظ على القطاع العمومي والعمل على تحسين مردوديته، تكريساً لمبادئ قانون 1973 الذي أقر مجانية العلاج لكافة السكان دون أي تمييز طبقي أو جهوي؛
- إدماج القطاع الخاص بفاعلية ضمن المنظومة الوطنية للصحة؛
- مد جسور التكامل والتعاون بين القطاع العمومي، وشبه العمومي، والقطاع الخاص؛
- تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات العمومية الصحية بما يتوافق مع خصوصية مهامها ووظائفها؛
- تطوير وإثراء السند القانوني والتشريعي للمنظومة الصحية؛
- تنظيم وتوزيع خدمات العلاج الاستعجالي والجراحي وفقاً لخارطة طريق صحية مدروسة.

وعلى امتداد الفترة الممتدة من سنة 2000 حتى 2024، عرف النظام الصحي الجزائري تحولات عميقة جاءت استجابةً للتحديات الصحية الدولية والوطنية. واستناداً لما أورده الباحث مصطفى بوحنية في مؤلفه المعنون بـ "النظام الصحي في الجزائر: التطورات والتحديات"، فقد شهدت المنظومة الصحية الوطنية طيلة هذه الفترة عدة محطات إصلاحية هامة. ففي مستهل الألفية الجديدة (بين 2000 و2005)، انصب اهتمام الحكومة الجزائرية بشكل أساسي على تجويد الرعاية الصحية وتيسير سبل الوصول إليها؛ حيث تم إطلاق خطة وطنية سنة 2002 لترقية الخدمات العلاجية، مع إيلاء عناية خاصة للأمراض المزمنة وغير المتنقلة، فضلاً عن تنفيذ برامج تعنى بصحة الأم والطفل، وهو ما أثمر انخفاضاً ملحوظاً في معدلات وفيات الرضع والأمهات.[1]

[1] Amrane, Salima,"**Les réformes du système de santé en Algérie**: **Bilan et perspectives**" , Insaniyat، 35-36 ;2007 ,P:101-114

وخلال الحقبة الزمنية الممتدة ما بين سنتي 2005 و2015، كثفت الدولة الجزائرية من جهودها الرامية إلى الارتقاء بالبنية التحتية الصحية وتأهيل الموارد البشرية؛ حيث تجسد ذلك ميدانياً من خلال تشييد العديد من الصروح الاستشفائية الجديدة وتحديث وتطوير المرافق القائمة. وبالموازاة مع ذلك الاستثمار المادي، تم إطلاق حزمة من برامج التأمين الصحي الشامل بغية توسيع دائرة التغطية الصحية لتشمل مختلف فئات المجتمع وتضمن وصولهم العادل للرعاية.

أما في المرحلة الممتدة من سنة 2015 إلى غاية 2024، فقد توجهت بوصلة السياسات الصحية نحو التركيز بشكل أساسي على الارتقاء بجودة الخدمات الطبية والرفع من كفاءتها التشغيلية. وقد تميزت هذه الفترة الاستراتيجية بتحديث وتطوير نظم المعلومات الصحية، وتفعيل آليات الرقابة والمساءلة المؤسساتية، فضلاً عن اتخاذ تدابير وخطوات حاسمة لدعم مسارات البحث العلمي في الحقل الطبي، وتحفيز وتيرة الابتكار التكنولوجي والرقمي داخل المنظومة الصحية.[1]

كما تمثلت حزمة الإصلاحات الجديدة في صياغة واعتماد خارطة طريق استراتيجية، تضمنت المحاور والمبادرات الآتية:

- **ملف 24**: يُمثل البرنامج الوطني لتأهيل وتطوير المؤسسات الصحية، والذي يرمي بالأساس إلى الارتقاء بجودة الخدمات الطبية وعصرنة البنية التحتية للمرافق الاستشفائية عبر كافة جهات الوطن.
- **خطط العمل الثلاث (3P)** :وتتألف من ثلاث خطط عملياتية متكاملة:
  - **الخطة الأولى**:تُعنى بتسوية المسارات والأوضاع المهنية لكافة مستخدمي ومهنيي قطاع الصحة.
  - **الخطة الثانية**:تستهدف إجراء تصفية مالية شاملة لملف الديون المتراكمة على الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور بالجزائر العاصمة.
  - **الخطة الثالثة**:تركز على تيسير سبل ولوج المواطنين إلى الفحوصات الطبية المتخصصة، مع إعطاء الأولوية القصوى لتخصصي طب أمراض النساء والتوليد، والجراحة العامة.
- **مشروع المؤسسة**.
- **العلاج والاستشفاء بالمنزل**:يتمحور هذا النشاط حول تقديم الرعاية والعلاجات الطبية-بناءً على وصفات طبية معتمدة- للمرضى داخل مقار إقامتهم. ويستهدف هذا التوجه فئة كبار السن، وذوي الاحتياجات الخاصة، والمصابين بأمراض طويلة الأمد أو أمراض حادة ومزمنة، بما يشمل توفير خدمات الرعاية التلطيفية.
- الطب عن بعد (Télémédecine) .
- وضع المخطط الوطني لمكافحة السرطان.[2]

[1] بوحنية مصطفى، **النظام الصحي في الجزائر، التطورات والتحديات**: دار النهضة العربية،الجزائر ،2021،ص:170.

[2] حبيبة قشي،**الإصلاحات الجديدة للنظام الصحي في الجزائر (الواقع والآفاق)**،مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية،ص:458.

2.وضع نظام جديد لتسيير المؤسسات :يخطو القطاع الصحي الجزائري بخطوات استراتيجية حثيثة نحو إرساء وتعميم آليات العصرنة التكنولوجية، وإدماج التقنيات الرقمية المتطورة ضمن المقاربات الإدارية لتسيير المؤسسات الصحية؛ وفي هذا الصدد، تتواصل الجهود والمبادرات الرامية إلى:

- تأهيل وتكوين الأسلاك الطبية استعداداً للتعامل مع نظام الملف الإلكتروني للمريض.
- تعميم آليات التشخيص والكشف الطبي عن بعد عبر استغلال التقنيات الحديثة، مما يوفر على المرضى عناء التنقل ويساهم في خفض تكاليف العلاج.
- إرساء شبكة متكاملة للتكفل بمتطلبات العلاج، مع استحداث شبكة معلوماتية داخلية في المؤسسات الصحية أو تطبيق النظام الافتراضي على مستوى المقاطعات الصحية المزمع إنشاؤها في مختلف دوائر البلاد. وحسب تصريحات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، توجد حالياً 22 مؤسسة استشفائية مرتبطة بتقنية التشخيص عن بعد، والعمل جارٍ لتعميمها عبر كافة ربوع الوطن، بالتوازي مع إنشاء شبكة بيانات داخلية في جميع المؤسسات العمومية للصحة لربط مختلف المصالح والمرافق بشبكة "إنترنت-صحة."
- تعزيز الاستشفاء المنزلي(soins à domicile) ، الذي سيتيح -إلى جانب صون كرامة المريض وتحسين رعايته- تخفيف الضغط على المستشفيات وتوفير الأسرة لحالات مرضية أخرى. وفي هذا الصدد، تتوفر حالياً كافة المؤسسات الاستشفائية -باستثناء ولاية إليزي- على وحدات متخصصة في العلاج المنزلي، حيث تم لأول مرة إجراء حصة للعلاج الكيميائي في البيت لمريض مصاب بالسرطان في الجزائر العاصمة، في انتظار تعميم التجربة على بقية الولايات، وقد أكد وزير الصحة أنه تم لحد الآن منح اعتماد لعيادة خاصة واحدة للسماح لها بممارسة العلاج المنزلي.
- إدخال أساليب التسيير الحديثة: مثل لوحات القيادة ومؤشرات الأداء.
- تطبيق النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة: حيث يوضع هذا النظام تحت تصرف مسيري المؤسسات العمومية الصحية، عبر آلية ترتكز على التسيير الآني (في الوقت الحقيقي) للمؤسسة وضمان تداول المعلومة.
- **المخطط الوطني لمكافحة السرطان**:الغاية الأساسية لهذا المخطط هي تقليص أعداد الوفيات ومرضى السرطان، والارتقاء بجودة حياة المرضى أثناء فترة العلاج، وذلك عبر ثلاثة مبادئ جوهرية هي:
  - تحسين انسيابية مسار المريض.
  - تدعيم التدابير الوقائية والكشف المبكر عن المرض.

- تطوير فاعلية الطرق العلاجية المعتمدة في الرعاية الصحية التلطيفية.[1]

كما تم تبني عدة إصلاحات، حيث رفع القائمون على قطاع الصحة، خلال سنة 2022، تحديات إصلاحية متنوعة شملت مجالات التسيير والعلاج والدواء، وقد ساعد في ذلك تراجع وباء كورونا الذي جمد مختلف الأنشطة لسنوات. ومن أبرز التحديات التي تم رفعها طيلة 12 شهراً من العمل، تحقيق إصلاحات شاملة وجذرية في القطاع الذي كان يتخبط في مشاكل عديدة أساسها سوء التسيير، كما ورد على لسان الرئيس تبون.

– انحسار الجائحة واستعادة الحياة لنسقها الطبيعي:شهد عام 2022 انفراجاً استراتيجياً في الأزمة الصحية، وذلك عقب انحسار جائحة كورونا (كوفيد-19) وتراجع معدلات الإصابة إلى مستويات دنيا تكاد تكون منعدمة، وتزامن ذلك مع استقرار مؤشر الوفيات عند الصفر. وقد أذن هذا التحسن الوبائي بعودة الحركية الطبيعية للمجتمع الجزائري، ومكّن المنظومة الصحية من استئناف نشاطاتها الطبية والجراحية الاعتيادية. وسمح هذا الانفراج بتفعيل الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع، والشروع الفوري في التكفل بآلاف المرضى المدرجين ضمن قوائم الانتظار الطويلة في مختلف التخصصات، بعد أن كانت جل المؤسسات الاستشفائية الوطنية مجندة وحصرياً لمجابهة الجائحة.

– مخرجات الجلسات الوطنية وتحديد المعالم الاستراتيجية للمنظومة الصحية:شكل مطلع عام 2022، وتحديداً شهر جانفي، محطة مفصلية في تاريخ القطاع بانعقاد "الجلسات الوطنية للصحة"، والتي مثلت تشخيصاً هيكلياً وميدانياً دقيقاً لواقع القطاع، ونقطة انطلاق حقيقية لتجديد المنظومة الصحية. وقد أشرف رئيس الجمهورية، السيد عبد المجيد تبون، على فعاليات هذا الملتقى الوطني، حيث جدد التزامه الراسخ بتحسين الأوضاع المهنية والمادية لمنتسبي القطاع الصحي، مُعرباً عن عرفان الدولة للجهود المضنية والتضحيات الجسام التي بذلوها في الخطوط الأمامية لمكافحة وباء كوفيد-19 .وقد تُوجت هذه الجلسات برفع حزمة من التوصيات الاستراتيجية إلى رئيس الجمهورية، الذي تعهد بالعمل على تجسيدها وفقاً للإمكانات المتاحة، لاسيما ما تعلق منها بالشق المادي ومراجعة القوانين الأساسية للمستخدمين. وفي هذا السياق، أشاد السيد الرئيس بكفاءة الأطباء الجزائريين التي تضاهي المستويات العالمية، واصفاً المنظومة الصحية الوطنية- على الرغم من النقائص المسجلة- بأنها تُعد من بين الأفضل على المستوى الإفريقي، ارتكازاً على تشبثها بمبدأ "مجانية العلاج" وضمان إيصال التغطية الصحية الشاملة إلى أبعد النقاط الجغرافية في البلاد.

– اعتماد آلية التعاقد كحجر زاوية في مسار الإصلاح:يُصنف "النظام التعاقدي" كخيار استراتيجي وركيزة أساسية لإصلاح المنظومة الصحية والارتقاء بمستوى أدائها. وتكمن أهمية هذه الآلية في التحديد الدقيق لأدوار

[1] حبيبة قشي،**مرجع سابق** ،ص:459-461.

وصلاحيات مختلف الفاعلين والمتدخلين، وتكريس التقييم المنهجي والمستمر للأنشطة الطبية والتكاليف المالية، فضلاً عن تحسين أساليب التنظيم والتسيير داخل المؤسسات الاستشفائية، وترشيد النفقات العمومية بما يضمن ديمومة واستمرارية مجانية العلاج .وعلى الرغم من التحديات والعقبات الميدانية التي واجهت تطبيق هذا النظام في فترات سابقة، فقد أولته السلطات الصحية أولوية قصوى ضمن الاستراتيجية العامة لعام 2022. وقد استلهمت هذه الإرادة من النجاح الملحوظ الذي حققته تجربة وزارة العمل والضمان الاجتماعي في تطبيق آلية التعاقد على مستوى الهياكل الاستشفائية الخاصة بتخصصات جراحة وأمراض القلب .ويستوجب التجسيد الفعلي والمستدام للنظام التعاقدي إعادة هيكلة المسؤوليات والواجبات بين مختلف الأطراف الفاعلة، لاسيما قطاعي الصحة والعمل والضمان الاجتماعي؛ وذلك من خلال إرساء علاقات عمل مبنية على التشاور والتنسيق العميقين، ووضع أطر تعاقدية قانونية تُضفي الطابع الرسمي والملزم على الاتفاقيات المبرمة، بما يضمن التزام كافة الجهات المعنية بمسؤولياتها المتبادلة.

–الرقمنة الطريق إلى العصرنة: مثلت الرقمنة رهاناً حقيقياً وجوهرياً لتحديث المنظومة الصحية وتبسيط الإجراءات الإدارية والطبية لفائدة المهنيين والمرضى على حد سواء، بما يكفل الانتقال الفعلي نحو نموذج "المستشفى الرقمي". وقد كانت الانطلاقة الفعلية لهذا المسار عبر إصدار المرسوم التنفيذي المتعلق بإنشاء الوكالة الوطنية للرقمنة في قطاع الصحة.

وتتجسد الوظيفة المحورية لهذه الوكالة في إرساء نظام وطني شامل للإعلام الصحي، يضمن رقمنة كافة الأنشطة الطبية، ويحفز آليات تشارك وتبادل البيانات الصحية وتأمينها والحفاظ على سريتها بين مختلف الفاعلين من مهنيي الصحة والهياكل والمؤسسات والمستخدمين، وذلك في إطار الالتزام الصارم بأخلاقيات السر الطبي والمهني. كما ضبط النص التشريعي جملة المهام المنوطة بالوكالة، والتي تتركز أساساً حول تجسيد مشروع "المستشفى الرقمي" من خلال بناء منصة رقمية تتمحور حول المريض، وتتيح للطواقم الطبية إمكانية تتبع المسار العلاجي بشكل آني ومؤمن.

كما تهدف إلى تحقيق تحسن نوعي ملموس في جودة العلاجات المقدمة، وذلك عبر دمج بيانات دخول المرضى، والمعطيات السريرية، والبروتوكولات العلاجية، وإدارة الوحدات والمصالح الطبية والعناية المركزة، بالإضافة إلى رقمنة الأرضية التقنية للمستشفى التي تشمل "مخابر التحاليل الطبية، والتصوير الطبي، والصيدلية الاستشفائية"، والعمل على تقييس التجهيزات الطبية وضمان صيانتها.

يضاف إلى ذلك استحداث "الملف الطبي المشترك" ووضعه تحت تصرف مهنيي الصحة؛ وهو عبارة عن ملف يخصص لكل مريض، ويضمن تبادل وتقاسم البيانات ذات الطابع الشخصي الضرورية وتأمينها، بما يخدم التكفل الأمثل بالحالة الصحية وتنسيق مسار العلاج الطبي. وصولاً إلى تأسيس شبكات وأقطاب علاجية تتميز بالتشغيل

البيني المترابط، مما ييسر عملية توجيه المرضى نحو المؤسسات والهياكل الصحية الأنسب والأكثر ملاءمة لاستقبالهم والتكفل بحالتهم، وتزداد أهمية ذلك بصفة خاصة في الحالات الاستعجالية والطارئة.

– المستشفى الجزائري القطري الألماني: شكل الإعلان عن مشروع إنشاء "المستشفى الجزائري–القطري–الألماني" أحد أبرز الإنجازات الاستراتيجية المعلن عنها خلال عام 2022. وفي هذا الصدد، أكد السيد رئيس الجمهورية خلال إشرافه على هذا الملف، أن الغاية الجوهرية من تشييد هذا الصرح الطبي العالي تكمن في ضمان التكفل الشامل بأعقد الحالات المرضية، وإجراء العمليات الجراحية الدقيقة والمستعصية محلياً، وهي الحالات التي كانت تقتضي في السابق تحويل المرضى لتلقي العلاج بالخارج. ومن المرتقب أن يوفر هذا المستشفى طاقة استيعابية تقدر بـ400 سرير، على أن يتم تصميمه وتسييره وفقاً لأرقى المعايير الدولية المعتمدة في مجالي الهندسة الاستشفائية والمناجمنت (الإدارة الصحية).

وإلى جانب هذا الحدث المحوري الذي يندرج ضمن مساعي تشجيع الاستثمار الأجنبي في القطاع الصحي، تضمنت الحصيلة الميدانية لهذه المرحلة جملة من المكتسبات، أبرزها:

- **توسيع شبكة الهياكل الجوارية:** شهدت السنة ذاتها تدشين عشرات المرافق الصحية القاعدية، شملت قاعات للعلاج وعيادات متعددة الخدمات لتقريب التغطية الصحية من المواطن.
- **استلام مشاريع كبرى في المناطق المعزولة:** تيمناً بذكرى اندلاع الثورة التحريرية في أول نوفمبر، تم استلام 43 هيكلاً صحياً جديداً. وقد تركزت الغالبية الساحقة من هذه الهياكل في الولايات النائية ومناطق الظل (على غرار ولايات: تيسمسيلت، النعامة، والشلف)، مع تسطير توقعات مبرمجة لاستلام عشرات الهياكل الإضافية خلال سنة 2023.
- **تأهيل التجهيزات الطبية الثقيلة:** تم تفعيل وإصلاح أجهزة المسرعات الخطية (الخاصة بالعلاج الإشعاعي للأورام) وإعادتها للخدمة، وذلك كإجراء استعجالي في انتظار اقتناء مسرعات حديثة جديدة، مما سيُسهم بشكل مباشر في التكفل الأمثل بالمرضى وتقليص آجال انتظارهم لتلقي العلاج.
- **ترقية قطاع الصيانة الاستشفائية:** بالموازاة مع اقتناء العتاد، أُسديت تعليمات صارمة لكافة مديري ومسيري المؤسسات الصحية بضرورة إيلاء الأولوية القصوى لمجال الصيانة. وقد تُرجم هذا التوجه الميداني بتنظيم "يوم دراسي" يُعد الأول من نوعه في هذا التخصص، تخلله إطلاق برنامج تكويني وتدريبي شامل يهدف للرفع من كفاءة أعوان وتقنيي الصيانة.

– قانون أساسي لأعوان النظافة الاستشفائية والأمن: تُمثل القوانين الأساسية الرهان الأبرز والالتزام الأهم على عاتق وزارة الصحة، وذلك تنفيذاً للتعهدات الصادرة عن رئيس الجمهورية. وحالياً، تعكف الجهات الوصية على وضع اللمسات النهائية للنصوص القانونية المنظمة للمسارات المهنية لمستخدمي الصحة، ويتم ذلك في إطار من التشاور والتنسيق المستمر مع الشريك الاجتماعي.

وفي سابقة هي الأولى من نوعها، أعلنت وزارة الصحة عن إرساء قانون أساسي خاص بالنظافة الاستشفائية، حيث تم في هذا الإطار تحيين وتفعيل عمل اللجان المختصة بالنظافة، والشروع الفوري في إطلاق حملات تحسيسية تهدف إلى الارتقاء ببيئة المحيط الاستشفائي وتحسينها.

ومن المنتظر أن يسهم القانون الأساسي الخاص بالمكلفين بالنظافة الاستشفائية، الذي يوجد حالياً قيد الإعداد، بمجرد دخوله حيز التنفيذ الفعلي، في إعطاء دفعة قوية لجهود الوقاية والحماية من الأمراض والعدوى المرتبطة بالعلاج (العدوى المكتسبة داخل المستشفيات)، فضلاً عن إتاحة المجال لاستحداث وإدراج رتب مهنية جديدة ضمن سلك النظافة الاستشفائية.

وفي سياق متصل، تم اتخاذ قرار يقضي بتنميط وتوحيد مواصفات الأسرة والأفرشة والأغطية واعتماد لون موحد لها، مع الحرص على وضع وسم "مستشفيات الجزائر" بشكل بارز عليها لتعزيز الهوية البصرية للمؤسسات الصحية.

– 2022 سنة الإقلاع الصيدلاني في الجزائر: وفي سياق متصل، ألقى الانحسار التدريجي لجائحة كورونا واستعادة نسق الحياة الطبيعية بظلاله الإيجابية والعميقة على قطاع الصناعة الصيدلانية. فغداة الاستئناف الشامل للأنشطة الاستشفائية وبلوغها مستويات ما قبل الجائحة (كوفيد-19)، شهد الإنتاج الصيدلاني المحلي ديناميكية وحركية متسارعة، مدفوعاً بعودة معدلات الاستهلاك الدوائي إلى طبيعتها.

وقد توازى هذا الانتعاش الملحوظ مع طفرة نوعية في سلسلتي الإنتاج والتوزيع؛ إذ عمد المصنعون المحليون إلى الرفع من قدراتهم الإنتاجية لتستجيب بدقة للاحتياجات الوطنية، بل وتتجاوزها في أحيان كثيرة لتحقيق وفرة دوائية. وقد شكلت هذه الحركية الإيجابية أرضية اقتصادية خصبة سمحت باستقطاب وتجسيد العديد من الاستثمارات الاستراتيجية الواعدة في هذا القطاع الحيوي.

– الإنتاج الصيدلاني يستعيد حركيته وتدشين وحدات إنتاجية عديدة: عرفت سنة 2022 وثبة فعلية وانطلاقة حقيقية للاستثمارات الوطنية في قطاعات حيوية بالغة الأهمية، حيث تحولت الصناعة المحلية نحو تصنيع منتجات كانت في السابق تستنزف موارد ضخمة من العملة الصعبة من الخزينة العمومية. وقد تزامن ذلك مع بروز وحدات صناعية ومؤسسات جزائرية كبرى متخصصة في إنتاج العقاقير المضادة للسرطان، فضلاً عن إعادة إحياء وتفعيل

مشاريع أخرى بقيت تراوح مكانها وتواجه الجمود لسنوات طوال. كما تم التحضير والتمهيد للشروع في الإنتاج الوطني للقاحات الأطفال ومادة الأنسولين، وذلك عبر رد الاعتبار لمكانة المجمع العمومي "صيدال" وتعزيز دوره الريادي.

وتندرج ضمن الغايات والأهداف ذات الأولوية القصوى للسنوات القادمة تحقيق الريادة والتفوق في التصنيع المحلي للمواد الحيوية التي كانت تستورد حصرياً وتكلف مبالغ باهظة، وتحديداً الأنسولين وأدوية علاج السرطان. وفي هذا السياق، تم تدشين 7 مشاريع استثمارية مخصصة للأدوية المضادة للسرطان، حيث دخل بعضها مرحلة التشغيل الفعلي، بينما يُنتظر أن يدخل البعض الآخر حيز الخدمة والاستغلال بحلول سنة 2023. وتُعزز هذه المكاسب بثلاث وحدات إنتاجية إضافية موجهة لصناعة الأنسولين بقدرات إنتاجية تفوق ضعف الاحتياجات الوطنية، والتي ستبدأ في تسويق أولى دفعاتها انطلاقاً من الثلاثي الأول لعام 2023.

– **رفع القيود عن الاستثمار في مجال الصناعة الصيدلانية:** تبنت وزارة الصناعة الصيدلانية استراتيجية مستحدثة ترتكز على ضمان السيادة الصيدلانية وتحقيق الأمن الصحي الوطني، فضلاً عن المساهمة الفعالة في مسار التنمية الاقتصادية. وقد تجسد ذلك من خلال ترقية الاستثمارات الإنتاجية التي حقق فيها القطاع قفزات نوعية. ولتحقيق هذه الغايات، بادرت الوزارة إلى تذليل العقبات ورفع جملة من القيود الإجرائية والإدارية التي لطالما أعاقت وتسببت في تأخير انطلاق مئات المشاريع الحيوية.

وقد شملت هذه التسهيلات الإدارية والتنظيمية حزمة من الإجراءات، أبرزها:

- إلغاء اشتراط شهادة "التكافؤ الحيوي" ضمن ملفات تسجيل الأدوية على مستوى الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية، وهو إجراء يندرج ضمن التسهيلات المقررة من طرف السلطات العليا للنهوض بالصناعة الوطنية.
- تمديد آجال الاعتماد الممنوح للمؤسسات الصيدلانية لتصل إلى 6 أشهر، مع إمكانية تمديدها لاحقاً لتشمل فترة 5 سنوات.
- إعادة تكييف القواعد الناظمة لعمليات التسجيل والمصادقة على الأدوية والمستلزمات الطبية.
- تمديد فترة صلاحية التراخيص المؤقتة، برفعها من 6 أشهر إلى سنة كاملة.
- مراجعة شروط الاعتماد، مع وضع صياغة مفاهيمية جديدة ودقيقة لـ "المؤسسة الصيدلانية للإنتاج."
- مراجعة آليات وكيفيات المصادقة على المستلزمات الطبية، مع تمديد الفترة الانتقالية المخصصة لتسوية وضعية ملفات المستلزمات الطبية المتداولة فعلياً في السوق.

–**الصناعة الصيدلانية الجزائرية تعود بقوة في المعارض الدولية:**سجلت الجزائر حضوراً لافتاً ومكثفاً في التظاهرات الصيدلانية الإفريقية، وقد برز ذلك جلياً من خلال محطتين رئيسيتين:

- **المحطة الأولى:** تمثلت في فعاليات معرض الصناعة الصيدلانية الجزائرية المنظم بالعاصمة السنغالية "داكار" (خلال شهر ماي من العام الفارط). وقد شهدت هذه التظاهرة مشاركة ما يربو عن 70 منتجاً صناعياً جزائرياً، مما أتاح لهم فرصة استراتيجية لعقد لقاءات عمل ثنائية مع نظرائهم الأفارقة، وذلك بحضور واسع للفاعلين الجمعويين، والمهنيين الإقليميين، إلى جانب ممثلي الهيئات المصرفية والعديد من شركات النقل المتخصصة في الشحن والخدمات اللوجستية.
- **المحطة الثانية:** تجسدت في المشاركة الفاعلة ضمن فعاليات معرض الصناعة الصيدلانية المنظم بـ "كوت ديفوار" (مطلع شهر ديسمبر)، وهو حدث قاري استقطب عدة دول عارضة من بينها الجزائر.

وقد شكلت هذه المحافل الدولية سانحة محورية للجزائر لتكثيف مشاركتها وتأكيد موثوقية منتجاتها الصيدلانية المتنوعة، وذلك كخطوة استباقية لاختراق الأسواق الإفريقية والاستحواذ على حصص سوقية هامة بها.

–تقليص فاتورة الواردات والمراهنة على الصادرات: تُراهن وزارة الصناعة الصيدلانية بقوة على استقطاب الاستثمارات الأجنبية المباشرة، لاسيما من الشركات متعددة الجنسيات الساعية لإعادة توطين وحداتها الإنتاجية بغرض تصنيع أدوية موجهة للتصدير نحو الأسواق العالمية. ولتحقيق هذا المسعى، عكفت الوزارة طيلة عام 2022 على إرساء وتطبيق قواعد "الممارسات الحسنة"، والتي من شأنها توفير مناخ أعمال جاذب للاستثمار الأجنبي، وتعزيز خيارات الجزائر التنافسية في مشاريع التموقع الإقليمي، بالتوازي مع تكييف الترسانة التشريعية والتنظيمية المؤطرة لعمليات التصدير.

وستُسهم هذه المقاربة الشاملة في الارتقاء بتنافسية المنتوج الوطني لولوج الأسواق الخارجية، وذلك بعد تأمين الاكتفاء الذاتي وتلبية الاحتياجات المحلية، مما سيؤدي حتمياً إلى خفض فاتورة استيراد الأدوية التي طالما استنزفت احتياطات البلاد من العملة الصعبة سنوياً.[1]

[1]، https://www.echoroukonline.com/2022، 2025/06/12 كريمة خلاص ،اطلع عليه، يوم

المبحث الثالث: عموميات حول المؤسسات الصحية العمومية.

بالنظر إلى الخصوصية البالغة التي يكتسيها العمل الطبي وتعقيداته، وارتباطه الوثيق والمباشر بصحة الإنسان وسلامته الجسدية؛ وحرصاً على موازنة متطلبات الرعاية دون تضييق الخناق على الممارسات الطبية بدعوى حماية المرضى؛ واعتباراً للبيئة الحساسة التي تتطلب معالجة بالغة الدقة، تبرز المسؤولية الجسيمة الملقاة على عاتق المؤسسة الصحية والتي تتجاوز بكثير مسؤوليات غيرها من الهيئات. وتأسيساً على ذلك، ارتأينا في هذا المبحث تسليط الضوء على ماهية المؤسسة الصحية، من خلال استجلاء طبيعتها، وتحديد وظائفها، وتصنيف أنواعها، ليكون ذلك تمهيداً منهجياً لفهم الإطار العام الذي تنتظم ضمنه هذه المنشآت الحيوية.

المطلب الأول: ماهية المؤسسات الصحية وخصائصها الأساسية .

نظرًا لخصوصية العمل الطبي وتعقيده، وارتباطه المباشر بصحة الإنسان وسلامة جسده، وحرصًا على عدم تقييده أو تضييق مجاله بذريعة حماية المرضى، ونظرًا لما يقتضيه هذا المجال من معالجة دقيقة ضمن بيئة خاصة تتسم بالحساسية، وبالاعتبار لما تتحمّله المؤسسة الصحية من مسؤولية تفوق نظيراتها من المؤسسات الأخرى، ارتأينا في هذا السياق تسليط الضوء على ماهية المؤسسة الصحية، من خلال التعرف على طبيعتها، وظائفها، وأنواعها، تمهيدًا لفهم الإطار العام الذي تنتظم ضمنه هذه المنشآت الحيوية.

1. مفهوم المؤسسة الصحية.

المؤسسات الصحية من المنشآت الحيوية داخل المجتمع، باختلاف أنواعها وأدوارها، نظراً لما تقدمه من خدمات صحية متعددة تستجيب لحاجيات الأفراد. وقد شهد مفهوم هذه المؤسسات تطوراً ملحوظاً، إذ لم يعد يُنظر إليها كمجرد فضاءات لإيواء المرضى، بل أصبحت تُعتبر مؤسسات منتجة للصحة، تسهم في إعادة تأهيل الأفراد وتمكينهم من استعادة قدرتهم على المشاركة الفعالة في الحياة الاقتصادية والاجتماعية. هذا التحول في النظرة رافقه اتساع في مهام ووظائف هذه المؤسسات، ليشمل أبعاداً وقائية، علاجية، تأهيلية، وتعزيزية للصحة العامة.

ويُقصد بالمؤسسة الصحية كل كيان أو منشأة تُعنى بتقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين وفق مسارين أساسيين:

- **بشكل مباشر**: ويشمل ذلك المرافق التي تتعامل مع المريض وجهاً لوجه لتقديم العلاج، على غرار المستشفيات، المراكز الصحية الجوارية، العيادات، والمراكز الطبية المتخصصة.
- **بشكل غير مباشر**: ويضم الهيئات الداعمة والمساندة للعمل الطبي، مثل مخابر التحاليل، الإدارات الصحية المعنية بالخدمات اللوجستية المساندة، ووحدات الصيانة الطبية الخاصة بالأجهزة.

وفي سياق متصل، عُرِّفت المؤسسة الصحية بوصفها كياناً يضم نخبة من المتخصصين والكوادر (الطبية وغير الطبية)، إلى جانب المدخلات المادية والموارد اللوجستية، والتي تنتظم وتتكامل وفق نسق هيكلي محدد؛ والغاية من ذلك هي تقديم الرعاية المثلى للمرضى الحاليين والمحتملين، وتلبية احتياجاتهم الصحية، مع ضمان ديمومة واستمرارية عمل المنظمة.

أما من المنظور الوظيفي والمؤسساتي الدولي، فقد أوردت منظمة الصحة العالمية (Organisation Mondiale de la Santé) تعريفاً شاملاً للمؤسسة الصحية، حيث اعتبرتها" :ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي، الذي يضطلع بمهمة توفير الرعاية الصحية الشاملة للمواطنين بشقيها العلاجي والوقائي، ويمتد نطاق خدماته الخارجية ليصل إلى الأسرة داخل بيئتها المنزلية، كما يُعدّ في الوقت ذاته مركزاً محورياً لتدريب وتأهيل العاملين في قطاع الخدمات الصحية".[1]

وفي ذات السياق، قدمت جمعية المستشفيات الأمريكية (Association américaine des hôpitaux) تعريفاً للمؤسسة الصحية (المستشفى) بوصفها: "مؤسسة تضم طاقماً طبياً منظماً، وتتمتع بمرافق وتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرّة لاستقبال المرضى المقيمين، فضلاً عن توفير خدمات رعاية طبية متكاملة (تشمل التدخلات الطبية وخدمات التمريض)، وذلك بهدف ضمان التشخيص الدقيق وتقديم العلاج اللازم للمرضى."

أما على الصعيد التشريعي الوطني، فقد تكفل المشرع الجزائري بضبط المفهوم القانوني للمؤسسة الصحية ضمن أحكام المادة الأولى من المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19ماي 2007، والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها؛ حيث نص صراحة على أنها" :مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي".[2]

وفي ذات الإطار، يُعرّف كل من "روك" و"والتون" (Rock & Walton) "المؤسسة الصحية على أنها :"مجموعة من التخصصات، والمهارات، والمهن الطبية وغير الطبية، إلى جانب حزمة من الخدمات، والأدوية، والموارد التي تنتظم وفق نمط هيكلي معين؛ وذلك بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرتقبين، وإشباع حاجاتهم الصحية، بما يضمن استمرارية المؤسسة ونموها."

من جانبه، يُقدم الدكتور "صلاح محمود ذياب" تعريفاً شاملاً يصفها من خلاله بأنها":بناء تنظيمي خاص، يضم نخبة واسعة من الكوادر البشرية المنتمية لمختلف التخصصات الطبية وغير الطبية، مدعومة بتكنولوجيات متنوعة؛

[1] حمد محمد غنيم،**إدارة المستشفيات، رؤية معاصرة**، مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع،،2006،ص:24

[2] مرسوم تنفيذي رقم 07 - 140مؤرّخ في 2جمادىالأولى عام 1428الموافق 19مايو سنة2007،يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها،المادة02،ص:10.

ويهدف هذا البناء إلى تقديم خدمات طبية متدرجة تشمل المستويات: الأولية، والثانوية، والتخصصية، والتأهيلية للمرضى المقيمين (على أسرة الشفاء)، فضلاً عن المتابعة الدورية للمرضى الخارجيين، بُغية الارتقاء بهم إلى أفضل مستويات الصحة والتعافي".[1]

يتباين مفهوم المؤسسة الصحية وتتعدد زوايا النظر إليها باختلاف الأطراف الفاعلة والمتعاملة معها، وذلك تبعاً لطبيعة العلاقة الوظيفية أو الخدمية التي تربط كل طرف بهذا الكيان؛ حيث تتجلى دلالاتها على النحو الآتي:

- **بالنسبة للمرضى:** تُمثل الوجهة الأساسية والجهة المباشرة المسؤولة عن توفير سبل العلاج، وتقديم خدمات الاستشفاء والرعاية الطبية الشاملة لحمايتهم.
- **بالنسبة للحكومة (الدولة):** تُعد إحدى أبرز أذرعها الخدمية والمؤسساتية المكلفة بتلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع، والارتقاء بالواقع الصحي الوطني نحو مستويات أفضل.
- **بالنسبة للطاقم الطبي (الإطار الطبي):** تُشكل الفضاء المهني والبيئة الحاضنة التي يمارسون ضمنها أدوارهم النبيلة ومهامهم الإنسانية والعلمية.
- **بالنسبة لإدارة المؤسسة:** تُعتبر نظاماً مفتوحاً يتفاعل بديناميكية مع بيئته المحيطة ومتغيراتها المتعددة، وذلك في مسعى دؤوب لتنفيذ الأهداف والواجبات المسطرة بكفاءة وفعالية عاليتين.
- **بالنسبة لشركات الأدوية والمؤسسات الموردة:** تُمثل سوقاً حيوياً وواسعاً يستوجب التموين المستمر والدائم بمختلف الاحتياجات من الأدوية، والمعدات، والمستلزمات الطبية.
- **بالنسبة للجامعات والطلبة:** تُعد قطباً تطبيقياً وميدانياً للتدريب، يهدف إلى إكساب الكوادر المستقبلية المهارات السريرية والمعارف العملية، فضلاً عن كونها مخبراً أساسياً لإجراء البحوث والتجارب العلمية.

وتأسيساً على ما سبق استعراضه، يمكن صياغة تعريف جامع وشامل للمؤسسات الصحية على أنها" :**وحدة تنظيمية متكاملة تُعنى بتقديم خدمات الرعاية الصحية بشقيها العلاجي والوقائي، سواء بصفة مباشرة (كالمستشفيات والمراكز الصحية) أو بصفة غير مباشرة (كالمخابر والإدارات والمرافق المساندة). وتهدف أساساً إلى حفظ صحة الأفراد والارتقاء بها، مستندة في ذلك إلى تضافر جهود كوادر طبية وغير طبية، وتوظيف موارد مادية وبشرية ضمن نسق تفاعلي يلبي تطلعات المرضى واحتياجات المجتمع، مع توفير بيئة خصبة للتدريب والبحث العلمي، وتُدار وفق أطر قانونية وتنظيمية سيادية تضبط سير عملها.**"

[1] صلاح محمود ذياب،**إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل**،الطبعة الأولى،دار الفكر،ص:33.

2.خصائص المؤسسات الصحية:

تتميز المؤسسة الصحية بهيكلة هرمية ومسارات سلطة تتفرد بها عن غيرها من المنظمات، وذلك نتيجة تباين الأهداف وتعدد الفاعلين فيها، وتتجلى خصائصها فيما يلي:

- **جمود الهيكل التنظيمي**:لا يتسم الهيكل التنظيمي للمرافق الصحية في الجزائر بالمرونة التي تتيح للمسير تعديله وفقاً للأهداف المسطرة، كإضافة مصالح أو مكاتب جديدة، بل هو هيكل نمطي محدد سلفاً من قبل السلطة المركزية بناءً على تصنيف المؤسسة (سواء كانت مؤسسة متخصصة أو مستشفى جامعياً).
- **الخصوصية الاجتماعية والحساسية**:يُعد المرفق الصحي كياناً حساساً نظراً لخصوصيته الاجتماعية وطبيعة مهامه، فالخدمات الصحية والاجتماعية المقدمة تمس حياة الإنسان بشكل مباشر، وبالتالي لا يمكن التعامل معها بنفس منطق المنتجات المادية التي تفرزها المؤسسات الاقتصادية أو المصانع.
- **صعوبة تقييم الجودة**:إن عملية تقييم جودة الخدمات داخل هذه المنظومة تتسم بالصعوبة لكونها غير ملموسة، ونظراً لتعقيد وتعدد الإجراءات التقنية؛ إذ يستحيل وضع معيار زمني ثابت أو طريقة نمطية لفحص المريض، فهذا الأمر نسبي ويخضع لتقدير كل طبيب.
- **حيوية القرارات وسرعتها**:بحكم ارتباطه بحياة المرضى، يتطلب المرفق الصحي اتخاذ قرارات حاسمة وفورية وعميقة الأثر، لا سيما أثناء فترات المناوبة والاستعجالات، مثل البت في ضرورة نقل المريض أو التصرف السريع عند نفاد الأدوية.
- **ديمومة الخدمة (24/24 ساعة)**:ضمان استمرارية الخدمة العلاجية على مدار الساعة وطوال أيام السنة دون انقطاع، حيث لا مجال للتوقف في العطل الأسبوعية أو الأعياد الوطنية. وهذا الوضع يفرز تحديات جمة في إدارة الوقت وتأمين الديمومة، خاصة في مواجهة الغيابات المتكررة أو المفاجئة ونقص الموارد البشرية، مما يستوجب إيجاد حلول آنية وسريعة.
- **تداخل الوظائف**:تتسم وظائف المؤسسة الصحية بالتعدد والتداخل، حيث ينصب اهتمامها الأساسي على دراسة الجسم البشري والعمل على تقويته وعلاجه، خصوصاً عند تعرضه للاعتلالات المرضية.
- **التنوع المهني**:تعرف المؤسسة تنوعاً كبيراً في الفئات المهنية (أطباء، إداريون، هيئة تمريض، مساعدون)، حيث ينفرد كل طرف باهتمامات ومسؤوليات محددة. ويُشبه دور المتخصص في هذا السياق بالعامل في خط الإنتاج، حيث يركز على أداء المهمة الموكلة إليه ضمن نطاق اختصاصه، دون أن يكون ملماً بالضرورة بمجمل سيرورة العمليات أو تسلسلها الشامل.

- **ازدواجية السلطة**:أفضى هذا التعدد في الفئات والوظائف إلى نشوء ازدواجية في خطوط السلطة؛ فهناك سلطة تتبع الجهاز الإداري البيروقراطي، وأخرى تخضع للمنطق الفني للجهاز الطبي المتخصص.
- **الدقة والحذر**:يتحتم على الفرد العامل في المؤسسة الصحية التحلي بأقصى درجات الدقة والحيطة أثناء أداء مهامه، نظراً لتعامله مع أثمن ما يملكه الإنسان وهو صحته، حيث أن أي هفوة قد تفضي إلى وفاة المريض أو إصابته بعجز مستديم.
- **كثافة التنظيم**:خضوع العمل في المؤسسات الصحية لترسانة كثيفة من القوانين والأنظمة والتعليمات الإدارية التي يجب تطبيقها بصرامة أثناء العمل.
- **تعدد الأهداف**:لا تقتصر أهداف المؤسسة الصحية على تقديم العلاج فحسب، بل تشمل استخدام التكنولوجيا الطبية المتطورة، وتدريب الكوادر البشرية، والبحث العلمي.
- **الطابع الإنساني**:تُصنف المؤسسة الصحية كنظام إنساني بالدرجة الأولى، كون المستفيد الأول والأساسي من خدماتها هو الإنسان المريض.
- المؤسسة الصحية نظام مفتوح يحوى أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض.[1]

المطلب الثاني: أهداف ووظائف المؤسسات الصحية العمومية.

تعدّ المؤسسات الصحية العمومية عنصرًا أساسيًا في ضمان توفير الرعاية الصحية وتحسين مستوى الصحة العامة داخل المجتمع، إذ تعمل وفق سياسات وخطط منظمة تهدف إلى تلبية احتياجات الأفراد الصحية.
وانطلاقًا من هذا الدور الحيوي، تسعى هذه المؤسسات إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، كما تضطلع بعدة وظائف أساسية لضمان حسن سير خدماتها، وهو ما سنوضحه فيما يلي:

1. أهداف المؤسسة الصحية:

تتعدد الغايات والأهداف التي تسعى المؤسسة الصحية لتحقيقها، وتتباين تبعاً لطبيعة القطاع الذي تندرج تحته تلك المؤسسة (سواء كان قطاعاً خاصاً أو حكومياً). وحتى داخل إطار القطاع الواحد، تتمايز هذه الأهداف استناداً إلى نوعية الخدمات المقدمة، فضلاً عن تأثير جملة من العوامل الأخرى. ورغم هذه الفروقات، يمكن إجمال الأهداف العامة المشتركة للمؤسسات الصحية فيما يلي:

- بذل أقصى جهد ممكن لتوفير الخدمات الطبية والتمريضية للمرضى والمصابين، بغية الوصول بهم إلى مرحلة الشفاء والتعافي.

[1] رضا أنساعد،**التسويق الصحي كمدخل لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسات الصحية*تجار دولية***،أطروحة دكتوراه في علوم التسير، تخصص تسويق ، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، ص ص:3-4.

- العمل على تدريب وتعليم الكوادر العاملة، ويشمل ذلك المتخصصين في المجالات الطبية، وعلوم التمريض، وكافة المهن الطبية المساندة.
- تأمين وتوفير أوسع نطاق ممكن من الخدمات الطبية المتخصصة، إلى جانب خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- إجراء وتنفيذ البحوث العلمية والدراسات الحيوية التي تغطي مختلف الجوانب المتعلقة بالصحة.
- السعي لتحقيق هامش من العوائد الربحية بالنسبة لمؤسسات القطاع الخاص، في حين ينصب تركيز مؤسسات القطاع العام بشكل أساسي على تقديم الخدمة دون جعل التكلفة المالية المعيار الأول.
- وجود أهداف أخرى تنفرد بها كل مؤسسة صحية وتتسم بطابع الخصوصية المؤسسية.[1]

2. الوظائف الرئيسية للمؤسسات الصحية:

تضطلع المؤسسات الصحية بحزمة من الأدوار والوظائف الحيوية استجابةً لمتطلبات المجتمع، ولئن كان تقديم العناية الطبية للمرضى يمثل الركيزة الأساسية التي تتمحور حولها كافة أنشطة ومهام المؤسسة، فإن ثمة أدواراً أخرى لا تقل عنها أهمية، وتساهم بفاعلية في تجويد الرعاية الصحية وتعزيز كفاءتها، ما يلقي بظلال إيجابية على الصحة العامة للمجتمع، ومن أهم هذه الوظائف نذكر:

1.2. الوظيفة العلاجية:

تُعتبر الرعاية الصحية والعلاجية المهمة الجوهرية للمؤسسة الصحية وسبب وجودها الرئيس، وتتضمن توفير الخدمات الشخصية والعلاجية، سواء تم ذلك عن طريق المداواة المباشرة بالأدوية أو عبر الخدمات الصحية المساندة التي تستوجب إيواءً سريرياً داخل المرفق أو إجراء تداخلات جراحية. كما يندرج تحت هذا الإطار الفحوصات والتحاليل المخبرية، بشقيها الروتيني والمتخصص، بالإضافة إلى خدمات الإسعاف، وطب الطوارئ، والتمريض، والصيدلة، والتغذية العلاجية. ومما لا شك فيه أن هذه الوظيفة تستحوذ على الأولوية القصوى والاهتمام الأبرز في كافة المؤسسات الصحية، سواء كانت تابعة للقطاع العمومي أو القطاع الخاص.

2.2. الوظيفة الوقائية:

تتمثل في الرعاية المتصلة بتوجيه النظام الصحي، والتي يُطلح عليها أيضاً الخدمات الصحية البيئية، إذ ينصب تركيزها على تحفيز انخراط الأفراد والمجتمع في الأنشطة الصحية، بناءً على استيعاب دقيق لمسببات المشكلات الصحية التي تؤرق المجتمع، مثل الأمراض المعدية والأوبئة السارية وغيرها. وتتطلب هذه التحديات تنفيذ تدابير وقائية تشمل البرامج التوعوية والتثقيفية، وحملات التلقيح، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة، فضلاً عن جهود مكافحة النواقل المرضية

[1] صلاح محمود ذياب،**مرجع سابق**،ص:34-35.

كالحشرات والحيوانات. ويتم تنظيم وتنسيق هذه الجهود تبعاً للأولويات والاحتياجات الخاصة بكل دولة أو منظمة، وبما يتلاءم مع واقعها الصحي المحلي.

3.2. وظيفة التعليم والتدريب:

تُحتم القفزات التقنية الحديثة في ميادين العلوم الطبية ضرورة دائمة لتحديث وصقل مهارات وخبرات كافة المشتغلين في المهن الطبية والصحية، وذلك عبر برامج التعليم والتدريب المتواصل. وتُعد المؤسسات الصحية، بما تحوزه من إمكانيات ومعدات، مراكز تدريب عملية نموذجية للأطباء، وهيئات التمريض، والتقنيين، والأخصائيين؛ فهي لا تكتفي بتطوير الجوانب الفنية فحسب، بل تساهم كذلك في تنمية المهارات النفسية والاجتماعية للعاملين، مما يعينهم على التفاعل الإيجابي مع المرضى، وتيسير مهامهم في تشخيص الحالات المرضية وعلاجها. كما أن تواجد خبراء من تخصصات متنوعة داخل هذه المؤسسات يتيح فرصة ثمينة لنقل الخبرات وتبادل المعارف مع الخريجين الجدد من الأطباء والممرضين، وهو أمر يتعذر تحقيقه خارج الإطار المؤسساتي الصحي.

4.2. الوظيفة البحثية:

نظراً لأن الغاية القصوى من البحث الطبي والدراسات في العلوم الطبية المساندة هي المساهمة في توسيع الآفاق المعرفية الطبية وتعزيزها، بما ينعكس إيجاباً على جودة خدمات الرعاية والعلاج المقدمة للمرضى، فإنه من الضروري أن تقوم كل مؤسسة صحية، بحسب قدراتها، بدورها في دعم البحث العلمي. ويمكن تقسيم البحوث التي تُنجز داخل المؤسسات الصحية إلى صنفين أساسيين: البحوث الطبية، والبحوث الإدارية. وتشمل البحوث الطبية الفحوصات والتحاليل المخبرية اللازمة لمسار علاج المرضى، بالإضافة إلى البحوث العلمية الممنهجة التي تهدف إلى تطوير وتحسين أساليب الرعاية والعلاج. وبما أن التقدم في المعرفة الطبية مرهون بإجراء الأبحاث، ولأن التجارب السريرية التي تُجرى على البشر تنطوي بطبيعتها على هامش من المخاطر أو النتائج غير المتوقعة، فمن الواجب التقيد بجملة من الضوابط الصارمة عند تنفيذ هذا النوع من الأبحاث، صوناً لسلامة المرضى وحقوقهم:

- ضرورة الاستحصال على موافقة صريحة ومسبقة من المريض قبل إشراكه في أي بحث أو تجربة طبية، وذلك بعد إطلاعه بشكل كامل على ماهية البحث والمخاطر المحتملة.
- وجوب الحصول على ترخيص من إدارة المؤسسة الصحية المعنية، كونها الجهة المنوط بها الإشراف العام على رعاية المرضى وضمان سلامتهم أثناء إجراء التجارب.
- ينبغي أن تخضع كافة الأبحاث الطبية للرقابة والإشراف الدقيق والمستمر من قبل لجنة الأبحاث داخل المؤسسة، لضمان الامتثال للمعايير العلمية والأخلاقية.

- يلتزم الباحث بصياغة خطة تفصيلية توضح أهداف البحث ومنهجيته، ورفعها إلى لجنة الأبحاث المختصة لمراجعتها وتقييم جدواها وفائدتها، قبل إصدار قرار بالموافقة أو الرفض.
- يجب احترام خصوصية المرضى وعدم إفشاء أي بيانات شخصية قد تكشف عن هويتهم أو تؤدي إلى الإساءة إليهم، مع الالتزام التام بسرية المعلومات.

5.2. الوظيفة التأهيلية:

تعمد المؤسسات الصحية الكبرى، ولا سيما تلك التابعة للقطاع العسكري، إلى تأسيس أقسام متخصصة لعلاج التشوهات والعلاج الفيزيائي، بغرض إعادة تأهيل المصابين وتمكينهم من استعادة قدراتهم للعودة إلى وظائفهم الأصلية، أو تدريبهم على مهن بديلة تتوافق مع وضعهم الصحي المستجد بعد الإصابة. ويغطي التأهيل الجوانب الجسدية والنفسية للمريض، سواء إبان فترة المرض أو بعدها، مع مراعاة العوامل البيئية والأسرية المحيطة به، وذلك بهدف تسريع وتيرة الشفاء وتحقيق تعافٍ شامل في أقرب وقت ممكن.[1]

6.2. الوظيفة المنزلية:

تُعتبر المؤسسة الصحية، بوصفها كياناً اجتماعياً فاعلاً، نسقاً ديناميكياً مفتوحاً دائم التفاعل والتأثر بمعطيات بيئته المحيطة. وبناءً على ذلك، لم يعد مقبولاً أن ينحصر دورها الوظيفي في تقديم الرعاية الطبية التقليدية للمرضى الوافدين داخل أسوارها فحسب، بل يتحتم عليها توسيع دائرة تدخلاتها لتشمل طيفاً أوسع من مجالات الرعاية الصحية الشاملة؛ انطلاقاً من برامج التوعية والطب الوقائي وترقية الصحة العامة، وصولاً إلى خدمات التأهيل الوظيفي والنفسي.

وعلاوة على ذلك، يقتضي المفهوم الحديث للإدارة الصحية امتداد خدمات المؤسسة خارج النطاق الجغرافي لهياكلها لتصل إلى المرضى في مقار إقامتهم. ويستهدف هذا التوجه (الاستشفاء المنزلي) بالأساس الفئات المصابة بأمراض مزمنة، والتي لا تستدعي حالاتهم السريرية إقامة طبية مركزة داخل المستشفى، ويشق عليهم التنقل المستمر لمتابعة البروتوكولات العلاجية.

وتتحقق هذه الرعاية الممتدة عبر تجنيد فرق طبية وشبه طبية متخصصة للإشراف الميداني الدائم، مدعومة بالاستثمار الأمثل في تقنيات "الطب عن بُعد .(Télémédecine) "وتتيح هذه الحلول التكنولوجية تواصلاً تفاعلياً ومستمراً بين المريض والطاقم المعالج، مما يضمن تقديم الاستشارات الدورية والمتابعة العلاجية الدقيقة دون الحاجة للحضور

[1] أ.رشيدة كرميط،**دور المؤسسات الاستشفائية في تحقيق مطلب الصحة**،جامعة البليدة02،ص:103-104

الفعلي؛ وهو ما يُسهم بشكل فعال في الارتقاء بجودة الرعاية الصحية، وتخفيف الضغط على المرافق الاستشفائية، مع ضمان استمرارية العلاج في كنف البيئة الأسرية والمريحة للمريض.[1]

المطلب الثالث: أنواع وتصنيف المؤسسات الصحية العمومية:

تتعدد المقاربات والأساليب المعتمدة في تصنيف المؤسسات الصحية، وذلك استناداً إلى حزمة من المعايير والمؤشرات المرجعية الدقيقة. ولعل من أبرز هذه المحددات :طبيعة الملكية، الحجم، التخصص الطبي، متوسط مدة الإقامة، السعة السريرية (طاقة الاستيعاب)، مدى توافر مقومات التعليم والتدريب الأكاديمي، مستوى الاعتراف المهني والاعتماد، فضلاً عن طبيعة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة.وتأسيساً على هذه المعايير الشاملة، يمكن استعراض وتفصيل أهم هذه التصنيفات على النحو الآتي:[2]

أ. أنواع المؤسسات الصحية: تتعدد أنواعها عمومية وخاصة على النحو التالي:

1.المؤسسات الصحية الحكومية العامة:

تعود ملكية هذه المؤسسات للدولة أو لإحدى هيئاتها الرسمية المشرفة، وعادة ما تندرج تحت وصاية وزارة الصحة. تتولى هذه المرافق تقديم خدمات الرعاية الصحية لكافة المواطنين، سواء بشكل مجاني أو نظير رسوم رمزية مدعومة. وتضم في هيكلتها مختلف التخصصات الطبية والأقسام العلاجية الضرورية، وتتخذ عدة أشكال تنظيمية، منها:

1.1. المؤسسات الحكومية الخاصة بفئات معينة:

تتبع هذه المؤسسات العمومية المتخصصة وزارات أو هيئات حكومية محددة، وينصب تركيزها على توفير خدمات طبية ورعاية صحية شاملة تستجيب لاحتياجات منتسبي تلك الجهات وعائلاتهم. ومن أبرز الأمثلة على ذلك المستشفيات العسكرية التي تتكفل بعلاج أفراد القوات المسلحة، ومستشفيات الشرطة المخصصة لرجال الأمن، فضلاً عن المستشفيات التابعة للمؤسسات والهيئات العامة التي تقدم خدماتها لموظفي القطاعات الحكومية المختلفة.

2.1. المؤسسات الصحية الحكومية المتخصصة:

تختص هذه المرافق بتقديم خدمات تشخيصية وعلاجية دقيقة موجهة لحالات مرضية معينة، مثل مستشفيات طب العيون التي تعنى بعلاج اعتلالات البصر، أو مستشفيات الأطفال التي توفر رعاية صحية متكاملة للرضع وصغار السن.

[1] رضا أنساعد،**مرجع سابق**،ص:7-8.

[2] مصطفى يوسف،**إدارة المستشفيات**،دار الحامد،عمان،2016، ص ص: 33-40.

3.1. الوحدات العلاجية والمستوصفات:

تتسم هذه الوحدات بصغر حجمها مقارنة بالمستشفيات العامة الكبرى، وتنتشر غالباً في القرى والمناطق الريفية والنائية. تتمحور خدماتها حول الرعاية الصحية الأولية، كإجراء الفحوصات الطبية الروتينية، وتشخيص الأمراض الشائعة، ووصف العلاجات المناسبة، أو تحويل الحالات التي تستدعي تدخلاً متقدماً إلى مؤسسات أكبر وأكثر تخصصاً، كالمستشفيات الإقليمية أو الجامعية.

4.1. المستشفيات الجامعية والتعليمية:

تتبع هذه المؤسسات إدارياً للجامعات أو كليات الطب في محيطها الجغرافي، وتعمل تحت إشرافها الأكاديمي لتقديم خدمات طبية شاملة تضاهي تلك المقدمة في المستشفيات العامة (تشخيص، علاج، طوارئ). وتتميز بوجود أقسام تعليمية وبحثية مخصصة لتدريب طلبة الطب والعلوم الصحية، مما يمكنهم من اكتساب الخبرات العملية عبر الاحتكاك المباشر بالحالات السريرية، ويسهم في تطوير الكفاءات الطبية والبحث العلمي.[1]

2.المؤسسات الصحية الخاصة:

تتميز بكونها مملوكة لأفراد، أو هيئات، أو جمعيات دينية وخيرية، أو شركات خاصة. وتدار وفق آليات الإدارة الحديثة المعتمدة في القطاع الخاص، مع التقيد بالإطار القانوني والتنظيمي للقطاع الصحي في الدولة. وتتنوع أشكالها لتشمل العيادات، والمستشفيات المتخصصة، ومراكز الرعاية التي تقدم خدمات متقدمة (جراحات دقيقة، تشخيص متطور، عناية مركزة)، مع الحرص على الكفاءة التشغيلية ورضا المرضى وفق معايير الجودة الوطنية.

1.2.المؤسسات الصحية المملوكة لأطباء:

تعود ملكيتها وإدارتها لأطباء متخصصين يقدمون خدمات في مجال اختصاصهم مقابل أجر متفق عليه. ويعتمد نجاحها على الخبرة المهنية، والمهارة، والسمعة الطيبة لأصحابها، وجودة الرعاية التي تلبي احتياجات المرضى بدقة.

2.2.المؤسسات الصحية التابعة للجمعيات غير الحكومية:

مثل الجمعيات الدينية والخيرية، وتقدم خدماتها لمختلف الشرائح بتكاليف رمزية، إذ لا تسعى للربح. تركز على توفير رعاية شاملة أو متخصصة لدعم الفئات المحتاجة عبر خدمات طبية ميسرة وعالية الجودة.

[1] مساوى سارة،**التوافق بين ثقافة المؤسسة واستراتيجياتها بمؤسسات القطاع الصحي العمومي**،دكتوراه علوم التسير،تخصص تسيير عمومي،جامعة الجزائر3،2018،ص:11.

3.2. المؤسسات الصحية الاستثمارية:

مملوكة لأفراد أو شركات خاصة، وتهدف أساساً لتحقيق الربح عبر تقديم باقة متنوعة من الخدمات الطبية. غالباً ما تأخذ شكل شركات مساهمة أو ذات مسؤولية محدودة، وتسعى لجذب العملاء وزيادة العوائد المالية عبر تقديم رعاية عالية الجودة.

ب.تصنيف المؤسسات الصحية بناءً على الموقع والسعة السريرية ونظام المناطق الصحية:

تُصنف المؤسسات الصحية في الجزائر استناداً لمعايير تشمل الموقع، السعة السريرية، ونظام المناطق، لضمان عدالة وكفاءة التوزيع بين الحضر والريف. ووفق بيانات 2023، بلغ عدد المؤسسات العمومية نحو 15,800 مؤسسة (مراكز صحية، مستشفيات إقليمية، ومركزية) .وفيما يخص التصنيف حسب الموقع والسعة، تنقسم إلى:

- **المؤسسات المحلية الصغيرة:** تخدم تجمعات سكانية محدودة وتوفر الخدمات الأساسية.
- **المؤسسات المركزية:** تقع عادة في ضواحي المدن، وتخدم كثافة سكانية متوسطة مع خدمات أكثر شمولاً.
- **المؤسسات الجهوية:** تغطي مناطق صحية واسعة، وتوفر خدمات تخصصية دقيقة وسعة سريرية كبيرة.

كما تُصنف وفق نظام المناطق الصحية لضمان التنظيم والفعالية، وتشمل:

- **المراكز الصحية الأولية:**يديرها طبيب عام أو أكثر، وفريق يضم (طبيب أسنان، قابلة، ممرضين، وفنيين مساعدين كمراقب صحي، مساعد صيدلي، وفني مختبر)، ومختصين اجتماعيين. تستهدف كثافة سكانية بين 2,444 و6,444 نسمة، وتقدم:
  - علاج المرضى المسجلين وتحويل الحالات المستعصية للمستشفيات.
  - صرف الأدوية الأساسية.
  - خدمات ثانوية: التغذية، المياه النقية، الإصحاح البيئي، رعاية الأم والطفل، تنظيم الأسرة، التحصين، الوقاية من الأوبئة، الصحة المدرسية، ومراقبة الوضع الصحي العام.
- **المراكز الصحية الفرعية:**تتبع المراكز الأولية، وتعمل بطاقم ثابت (اثنان أو أكثر) مع زيارات دورية للطبيب العام. تقدم خدمات مماثلة للمراكز الأولية.
- **المراكز الصحية الشاملة:**يربط كل مركز أولي بمركز شامل واحد، ويوفر خدمات المركز الأولي إضافة لعيادات تخصصية، إسعاف، وأسرّة للإقامة القصيرة. تخدم تجمعات بين 24,000 و62,000 نسمة، وتشمل:
  - زيارات دورية لأطباء اختصاصيين لفحص الحالات المحولة.
  - تحويل الحالات التي تتطلب استشفاءً.

- تخفيف الضغط على المستشفيات بتقديم رعاية تخصصية محلية.

- **مستشفيات المنطقة (أو المقاطعة)**:مرفق رئيسي بسعة سريرية كبيرة، يقدم خدمات واسعة (طوارئ، جراحة، أمراض مزمنة، عناية مركزة). يخدم المجتمع المحلي، بما في ذلك غير المؤمنين، ويقوم بـ:
  - تحويل الحالات الحرجة لمراكز عليا.
  - إعادة المرضى للمراكز الأولية للمتابعة بعد العلاج.
  - حفظ ملف دائم لكل مريض في المركز الأولي.
  - تدريب الأطباء المقيمين والكوادر المساعدة.
  - دعم أنشطة الرعاية الأولية في مختلف التخصصات.

المطلب الرابع: الدور الاجتماعي والاقتصادي للمؤسسات الصحية العمومية.

تُشكل المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر الركيزة الأساسية والعمود الفقري للنظام الصحي الوطني؛ إذ تضطلع بدور محوري وحيوي في تحقيق الرفاه الاجتماعي ودعم عجلة الاقتصاد الوطني. ومنذ فجر الاستقلال في عام 1962، دأبت الدولة الجزائرية على إرساء دعائم منظومة صحية منصفة وشاملة، تكفل حق الولوج إلى الرعاية الصحية لكافة المواطنين على حد سواء، دون أدنى تمييز يُعتد فيه بالمركز السوسيو-اقتصادي أو النطاق الجغرافي للإقامة.[1]

ويتجلى هذا الدور الاستراتيجي بوضوح من خلال حزمة من الأبعاد والجوانب الاجتماعية والاقتصادية الآتية، والتي تُبرز الأهمية البالغة لهذه الهياكل المؤسساتية في تجسيد أهداف التنمية المستدامة، وتكريس مبدأ العدالة، وتعزيز أواصر التماسك المجتمعي:

1. الدور الاجتماعي: ويتمثل في مايلي:

أ. تحقيق العدالة الاجتماعية :تُشكل المؤسسات الصحية العمومية أداة استراتيجية ومركزية لتكريس مبدأ العدالة الاجتماعية في الجزائر؛ إذ تضطلع بتوفير خدمات الرعاية الصحية بصفة مجانية أو بتكاليف شبه رمزية لكافة شرائح المجتمع، مع إيلاء عناية خاصة للفئات الهشة، وذوي الدخل المحدود، وسكان المناطق النائية والمعزولة.[2]

ويتطابق هذا التوجه المجتمعي مع أحكام المادة 54 من التعديل الدستوري لعام 2020، والتي تكفل صراحة حق المواطن في الحماية الصحية. وتجسيداً لهذا المبدأ الدستوري، تقدم المراكز الاستشفائية الجامعية الكبرى- على غرار مستشفى "مصطفى باشا" بالجزائر العاصمة ومستشفيات ولاية وهران- رعاية طبية متقدمة تشمل التدخلات

[1] رحمانية سعيدة،**واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات**،2019،المجلة الجزائرية للأمن والتنمية،المجلد08،العدد02،ص:123.

[2] زمورة نزيهة،**واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والتحديات**،2023،المجلة الجزائرية للأمن والتنمية،المجلد11،العدد1،ص:41.

الجراحية المعقدة، وبروتوكولات العلاج الكيميائي، وخدمات الرعاية الطارئة، وذلك دون أدنى تمييز أو مفاضلة بين المرضى استناداً إلى قدراتهم المالية.[1]

وفي السياق الميداني ذاته، تلعب مؤسسات الصحة الجوارية دوراً حاسماً في تقريب الرعاية الطبية الأولية وتوفيرها لسكان المناطق الريفية والجنوبية (مثل ولايتي تمنراست وإليزي). وقد تعززت الخريطة الصحية في هذا الصدد بإنشاء ثلاثة (03) أقطاب صحية جديدة بولاية إليزي خلال عام 2023، بغية التلبية الأمثل للاحتياجات المتزايدة للسكان المحليين، إن تضافر هذه الجهود يُسهم بشكل فعال في إرساء مبدأ المساواة في الولوج إلى الرعاية الصحية، ويُقلص من حجم الفوارق الاجتماعية، مما يعكس الالتزام الراسخ للدولة بقيم التضامن والإنصاف.[2] وعلاوة على البعد العلاجي العضوي، توفر هذه المؤسسات برامج متخصصة للدعم النفسي والاجتماعي الموجه للمصابين بالأمراض المزمنة والمستعصية (كمرضى السرطان)، مما يُسهل عملية إدماجهم المجتمعي، ويُخفف من وطأة الوصم الاجتماعي المرتبط بالمرض.

ب. تغطية صحية شاملة:

وجهت الجزائر جهودها منذ نيل الاستقلال نحو توسيع رقعة الشبكة المؤسساتية للصحة العمومية، بهدف تأمين تغطية صحية شاملة، مع إيلاء أولوية قصوى للرعاية بشقيها الوقائي والعلاجي. ففي حقبتي الستينيات والسبعينيات، باشرت الدولة تنظيم حملات تلقيح واسعة النطاق لمجابهة أمراض فتاكة مثل شلل الأطفال، والحصبة، والسل، وهو ما أفضى إلى تراجع حاد في معدلات الإصابة. وعلى سبيل الاستدلال، قفزت نسبة التغطية باللقاح المضاد للحصبة لتصل إلى 96% خلال سنة 2023، مما ساهم في استئصال هذا المرض بشكل شبه كلي في مناطق عديدة.[3]

وبالموازاة مع ذلك، أسست الدولة هيئات مرجعية متخصصة، كالمعهد الوطني للصحة العمومية (1964) ومعهد باستور بالجزائر، لتعزيز دعائم البحث العلمي والتصدي للأمراض المعدية ، وقد شهدت الفترة الممتدة بين 2019 و2023 طفرة نوعية في مؤشرات الرعاية الصحية، حيث تعززت الخريطة الصحية بدخول هياكل جديدة حيز الخدمة عام 2023، أبرزها مستشفى "الأم والطفل" ببني مسوس ومستشفى الحروق الكبرى بزرالدة، مما رفع من كفاءة التغطية الصحية المتخصصة.

وإبان جائحة كوفيد-19، أثبتت المؤسسات الصحية العمومية مرونة عالية وتكيفاً سريعاً عبر تهيئة أجنحة مخصصة للعزل والعلاج، حيث تراجعت حصيلة الإصابات اليومية لتستقر عند ثلاث حالات فقط بحلول شهر أبريل 2023،

---

[1] بوسالم أحلام،**الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية بين الواقع والمأمول**،2023،المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية،المجلد10،العدد04،ص:45.

[2] بلباي عبد الرحيم،**أثر الإجراءات الوقائية الصحية على أداء المستخدمين في قطاع الصحة في ظل أزمة كوفيد-19: دراسة ميدانية على موظفي قطاع الصحة بأدرار**،2023،مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية،المجلد12،العدد3،ص:230.

[3] زمورة نزيهة،**مرجع سابق**،ص:43.

مع عدم تسجيل أي حالة وفاة منذ أبريل 2022، فضلاً عن ذلك تضطلع المراكز الصحية الجوارية بدور محوري في تقديم خدمات الرعاية الأولية، كفحوصات ما قبل الولادة وبرامج تغذية الأطفال، في المناطق النائية مثل ولايتي أدرار وبشار، حيث تم تسيير وحدات طبية متنقلة سنة 2023 لضمان وصول الخدمة للسكان الرحل والبدو.[1]

ج. تعزيز الصحة العامة والتماسك الاجتماعي:

تلعب المؤسسات الصحية العمومية دوراً جوهرياً في الارتقاء بمؤشرات الصحة العامة، ما ينعكس إيجاباً على جودة الحياة ومتانة التماسك الاجتماعي. فعلى سبيل المثال، أثمرت برامج رعاية الأمومة والطفولة عن خفض دراماتيكي في معدل وفيات الرضع، لينتقل من 150 حالة وفاة لكل 1000 ولادة في فترة الستينيات، إلى 18 حالة وفاة لكل 1000 ولادة في عام 2023 ، كما أدت الاستراتيجيات الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة، كالسكري واعتلالات القلب، إلى ارتفاع متوسط العمر المتوقع للفرد ليبلغ 78 عاماً في سنة 2023 .

وتعمل هذه المؤسسات بانتظام على تنظيم حملات تحسيسية حول التغذية السليمة، وقواعد النظافة، والوقاية من الأمراض، مما يسهم في رفع منسوب الوعي الصحي المجتمعي.

وفي هذا السياق، أطلقت وزارة الصحة سنة 2023 برنامجاً وطنياً للكشف المبكر عن سرطان الثدي، مستهدفاً شريحة تتجاوز 2.2 مليون امرأة تتراوح أعمارهن بين 40 و45 سنة، وهو ما رفع نسبة الكشف المبكر بـ 35% في الحواضر والمناطق. وتساعد هذه الحملات في تخفيف العبء عن المستشفيات عبر ترسيخ ثقافة الوقاية.

علاوة على ذلك، تسهم المؤسسات الصحية في تمتين النسيج الاجتماعي من خلال ضمان العدالة في تقديم الخدمات لكافة المواطنين، مما يعمق شعورهم بالانتماء. ومثالاً على ذلك، توفر مراكز العلاج النفسي بمستشفى الدكتور بن باديس في قسنطينة برامج علاجية تهدف لإعادة دمج المرضى النفسيين في المجتمع، مما يقلص من حدة الوصمة الاجتماعية التي تلاحقهم ، كما تدعم برامج صحة المجتمع، مثل حملات مكافحة التدخين، فئة الشباب لتبني أنماط حياة صحية، مما يعزز الاستقرار الاجتماعي العام.

2. الدور الاقتصادي: يتمثل في مايلي:

أ.تخفيف العبء المالي عن المواطنين: يُشكل التمويل الحكومي الموجه للمؤسسات الصحية العمومية ركيزة جوهرية لتقليص الثقل المالي الملقى على كاهل الأسر الجزائرية. إذ يتكفل النظام الصحي العام بتغطية نفقات البروتوكولات العلاجية ذات التكلفة العالية، كجلسات غسيل الكلى والعلاج الكيميائي، والتي غالباً ما تكون أسعارها باهظة جداً في القطاع الخاص.[2] وفي سنة 2023، ضخت الحكومة ميزانية إضافية قدرها 4.2 مليار دولار لفائدة القطاع

[1] بلباي عبد الرحيم،**مرجع سابق**،ص232،231.

[2] بوسالم أحلام،**مرجع سابق**، ص46.

الصحي، مسجلة بذلك زيادة بنسبة 14% مقارنة بعام 2022، وقد وجهت هذه المخصصات لتحديث المستشفيات واقتناء أحدث التجهيزات .

ويتيح هذا الدعم المالي للأسر إمكانية إعادة توجيه مدخراتهم ومواردهم لتلبية احتياجات حيوية أخرى، كالتعليم والسكن، ما يعزز من استقرارهم الاقتصادي والمعيشي، وعلى سبيل الاستشهاد، توفر خدمات الرعاية المجانية للأمومة في مؤسسات مثل مستشفى "الأم والطفل" ببني مسوس متنفساً مالياً هاماً للعائلات الريفية ، وعلاوة على ذلك، تحول مجانية العلاج دون الوقوع في فخ "الإنفاق الصحي الكارثي"، لا سيما في المناطق ذات الدخل المحدود، مما يدعم جهود التنمية الاقتصادية المستدامة على المستوى الجزئي.

ب. توفير فرص العمل ودعم سوق العمل: تتبوأ المؤسسات الصحية العمومية مكانة ريادية كمصدر أساسي لفرص الشغل، حيث بلغ تعداد موظفيها قرابة 260,000 موظف في عام 2023، مسجلة ارتفاعاً بنسبة 4% مقارنة بسنة 2020، مما يصنفها ضمن أكبر القطاعات المشغلة لليد العاملة في الجزائر .

وتسهم هذه المناصب الوظيفية بفاعلية في امتصاص البطالة، خصوصاً بين خريجي كليات الطب ومعاهد التمريض، كما تنشط الحركة الاقتصادية عبر ضخ الأجور في الدورة المالية والاستهلاكية. [1]

فعلى سبيل المثال، تدعم المستشفيات في ولايتي قسنطينة ووهران الاقتصادات المحلية عبر استقطاب وتوظيف الطاقات الشبانية المحلية. وإضافة إلى ذلك، توفر المستشفيات الجامعية برامج تدريبية نوعية، مثل تلك المعتمدة في مستشفى بني مسوس، الذي أدخل تقنيات الجراحة بمساعدة الروبوتات في عام 2023، مما يرفع من كفاءة الموارد البشرية ويقلص التبعية للخبرات الأجنبية. وتعمل هذه البرامج على تعزيز روح الابتكار في تقديم الخدمات الصحية ودعم النمو الاقتصادي من خلال الرفع من معدلات الإنتاجية.

ج.تقليل التكاليف الاقتصادية للأمراض: تؤدي المؤسسات الصحية العمومية دوراً محورياً في خفض الفاتورة الاقتصادية المترتبة عن الأمراض، وذلك عبر تفعيل برامج الوقاية والكشف المبكر. وفي هذا السياق، رصدت الحكومة في عام 2023 غلافاً مالياً قدره 70 مليار دينار جزائري للصندوق الوطني لمكافحة السرطان، مع إقرار زيادة سنوية بقيمة 30 مليار دينار بدءاً من 2024، لتدعيم حملات التشخيص المبكر للأورام.[2]

وإبان جائحة كوفيد-19، ساهمت المستشفيات العمومية في الحد من الخسائر الاقتصادية عبر تنظيم حملات تلقيح واسعة النطاق، حيث تم تطعيم ما يربو عن 60% من السكان بحلول سنة 2023. كما تعمل هذه المؤسسات على تقليص نفقات العلاج في الخارج من خلال توفير خدمات طبية دقيقة ومتطورة محلياً، مثل عمليات زراعة الأعضاء في

---

[1] بوسالم أحلام،**مرجع سابق**، ص50.

[2] بلباي عبد الرحيم،**مرجع سابق**،ص236

مستشفى مصطفى باشا ، فضلاً عن ذلك، أثمرت برامج الوقاية، كحملات مكافحة التدخين، عن تراجع معدلات التدخين في أوساط الشباب بنسبة 12% خلال الفترة الممتدة بين 2018 و2023، مما يخفف من أعباء وتكاليف علاج أمراض القلب والجهاز التنفسي.[1]

[1] بوسالم أحلام،**مرجع سابق**، ص52 .

خلاصة الفصل الأول:

النظام الصحي يعد ركيزة جوهرية لا غنى عنها لتحقيق التنمية المستدامة والارتقاء بالمستوى الصحي للسكان، باعتباره منظومة متكاملة تضم مختلف المؤسسات والموارد والآليات التنظيمية الهادفة إلى ضمان الحق في الرعاية الصحية وتقديم خدمات صحية تتسم بالكفاءة والعدالة والاستمرارية. وقد برزت أهمية تنوع أنماط النظم الصحية العالمية واختلاف آليات تنظيمها وتمويلها، بما يعكس خصوصية كل دولة ويتيح الاستفادة من التجارب المقارنة في تطوير المنظومات الصحية. ويعكس النظام الصحي الجزائري هذا التوجه من خلال تطوره التاريخي والإصلاحات التي عرفها، والإطار التشريعي والتنظيمي الذي يحكمه، وهيكلته، وآليات تمويله، رغم استمرار جملة من التحديات، في مقدمتها الاختلال في التوزيع الجهوي للخدمات الصحية، والاكتظاظ والضغط المتزايد على المؤسسات الصحية، ونقص بعض الموارد البشرية والمادية، لا سيما في المناطق النائية. كما تمثل المؤسسات الصحية العمومية الدعامة الأساسية للمنظومة الصحية، لما تضطلع به من دور محوري في تقديم الرعاية الصحية، وضمان استمرارية المرفق العمومي الصحي، بما يؤكد أهمية تطوير آليات تنظيمها وتسييرها، والارتقاء بكفاءتها وجودة الخدمات التي تقدمها، بما يتماشى مع متطلبات الإصلاح الصحي ومواجهة التحديات الراهنة.

الفصل الثاني: التسيير الاستشفائي والأزمة الصحية كوفيد-19

مقدمة الفصل الثاني

يُعتبر التسيير الاستشفائي عنصرًا جوهريًا في النظام الصحي، إذ يضطلع بدور محوري في تنظيم العمل داخل المؤسسات الصحية وضمان الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية. وتبرز أهميته بشكل خاص في فترات الأزمات الصحية التي تتطلب استجابة سريعة وتنسيقًا فعالًا، مما يستدعي اعتماد أسلوب إدارة مرن قائم على التخطيط المسبق واتخاذ القرار في ظروف استثنائية. وقد شكّلت أزمة كوفيد-19 التي ظهرت أواخر سنة 2019 تحديًا عالميًا واسع النطاق، كشف عن قصور كبير في قدرة العديد من الأنظمة الصحية على التكيف مع الأوضاع الطارئة.

لم تقتصر تداعيات الجائحة على الجانب العلاجي فحسب، بل امتدت لتشمل البعد الإداري، مثل إدارة الموارد الطبية والبشرية وتوزيعها بشكل أمثل لضمان استمرارية الخدمات الصحية والرعاية الطبية. كما أكدت على ضرورة تبني أنماط تسيير مرنة تتلاءم مع مختلف الظروف الاستثنائية، والعمل على تعزيز التنسيق بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي، وتفعيل الآليات الضرورية لمواجهة الأزمات الطارئة. كل ذلك أعاد الاعتبار للتسيير الاستشفائي باعتباره أداة استراتيجية لضمان استمرارية المؤسسات الصحية ورفع كفاءة أدائها.

وسنتناول في هذا الفصل ما يلي:

- **المبحث الأول: أنماط التسيير الاستشفائي؛**
- **المبحث الثاني: الأزمة الصحية كوفيد19؛**
- **المبحث الثالث: التدابير المتخذة لمواجهة الأزمة الصحية لجائحة كوفيد-19 في الجزائر.**

المبحث الأول: أنماط التسيير الاستشفائي:

تُعتبر المؤسسة الاستشفائية كيانًا إداريًا يخضع لمنطق إداري يقيد مرونة تسيير المرفق الصحي، حيث تتسم العلاقات الهيكلية بالوضوح بينما تبقى العلاقات الوظيفية غامضة، مما يتطلب قيودًا تنظيمية تتجلى في تعدد أجهزة التدخل، مما يجعل الوصاية الإدارية امتدادًا للإدارة المركزية فيؤدي إلى خضوع المؤسسة للإدارة المركزية بشكل شبه كامل في التخطيط والتسيير وتنفيذ الأعمال، مع خضوع كلي للمنهجيات التنظيمية لإدارة الموارد البشرية والمحاسبة العمومية، رغم تمتعها بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وفق النصوص التشريعية، مما يحد من مرونتها تشكل هذه الخصائص إطارًا لدراسة أنماط التسيير الاستشفائي، التي تتطلب تحليلًا لتحقيق التوازن بين الاستقلالية والالتزام التنظيمي لتعزيز كفاءة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: الإدارة الصحية والوظائف التسييرية في المؤسسة الاستشفائية.

1.تعريف الإدارة الصحية .

الإدارة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية تُعد جزءًا أساسيًا من النظام الصحي الوطني، إذ تسهم في تحقيق أهدافه الموجهة نحو تحسين الوضع الصحي للمواطنين. ولتحقيق الغاية الأساسية للعمل الاستشفائي، يصبح من الضروري اعتماد معايير دقيقة لتحديد كفاءة القوى العاملة واكتشاف قدراتها الكامنة، بما يعزز الثقة بين مختلف الإدارات المكونة للمستشفى.

كما أن تقييم أداء المدراء وسلوكيات الموظفين يتطلب شروطًا محددة، أهمها أن تكون المعايير مستمدة من طبيعة العمل، شاملة لجميع جوانبه، ومرتبطة ارتباطًا مباشرًا بالوظيفة التي يشغلها الفرد. بهذه الطريقة يمكن ضمان التسيير الأمثل للموارد البشرية وتحقيق الانسجام بين مختلف مكونات المؤسسة الاستشفائية، بما ينعكس إيجابًا على جودة الخدمات الصحية المقدمة.[1]

ومع تنامي الاهتمام بمواضيع إدارة وتسيير المؤسسات الصحية زاد الاهتمام بموضوع الصحة وكفاءة الخدمات الصحية التي تقدمها، حيث أن علم إدارة المستشفيات أو الإدارة الصحية بشكل عام تطور بشكل متسارع وغدا تخصصا مستقلا يعني بالبحث في المناهج والمداخل والأدوات التسييرية الكفيلة بإدارة بيئة معقدة لها خصوصيتها عن باقي الإدارات من حيث مخرجاتها أو مدخلاتها أو عناصر الإنتاج فيها ومقدار التنوع والتخصصية في الموارد البشرية العاملة بها.

[1] رحمي عبد القادر،**دور إدارة الصحة في التقليل من الأخطار الناجمة عن العمليات الاستشفائية دراسة حالة تاتخطاء الطبية بالجزائر**،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ،جامعة الجزائر3، 2021،ص:15.

عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بأنها:"تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية، وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل".

هذا التعريف يُبرز شمولية الإدارة الصحية باعتبارها عملية متكاملة تجمع بين التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة والتنسيق، بهدف ضمان استجابة المؤسسات الصحية لمتطلبات الأفراد والجماعات والمجتمع، وتوفير بيئة صحية ملائمة تدعم جودة الخدمات الطبية المقدمة".[1]

كما عرفت أيضا:"وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمستشفى من خلال الاستخدام الأمثل لمجموعة النظريات والموارد والتقنيات والثقافات التي تساعد على الوفاء باحتياجات صحة الفرد،ولذلك فإن الإدارة الصحية تهدف إلى انجاز السياسة العامة المتعلقة بالصحة العامة مع السعي إلى اكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفاعلية والأداء في الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى علاجيا ووقائيا وبحثيا وتنمية للقوى البشرية الصحية".

ومما سبق فإن الإدارة الصحية هي تخصص يهتم بتخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات في المؤسسات الصحية، يهدف تلبية احتياجات الرعاية الصحية للأفراد والمجتمعات بكفاءة وفعالية، تشمل هذه الإدارة الاستخدام الأمثل للنظريات والتقنيات والموارد البشرية والمادية لتحقيق أهداف الصحة العامة، مع التركيز على تحسين الأداء، تطوير الخدمات العلاجية والوقائية، والبحث العلمي، مع مراعاة الخصوصية المعقدة لبيئة القطاع الصحي وتنوع عناصره.

2.العمليات التسيرية في المؤسسة الصحية.

يعد التسيير في المؤسسة أحد المفاتيح الهامة لتحقيق النجاح في ظلالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية والمنافسة الشديدة في الأسواق، حيث فرضت هذه التغيرات إهتماما خاص بالتسيير في المؤسسة من خلال التدريس في الجامعات والمعاهد والحرص على تكوين المورد البشري الكفء و القادر علىتوجيه جهوده نحو تحقيق أهداف التسيير بكفاءة عالية.

قبل التطرق إلى التعاريف المختلفة للتسيير، يجب الإشارة إلى مصطلح أو مفهوم له علاقة مباشرة بالتسيير ألا وهو الإدارة "Managemen " حيث أن هذه الكلمة يقابلها باللغة الفرنسية كلمة" gestion" أي التسيير، وهذه الكلمة الأكثر استخداما عند المغاربة مقارنة بدول المشرق العربي الذي يستخدمون مصطلح الإدارة. حاول بعض الكتاب التفرقة بين معنى المصطلحين (التسيير والإدارة) إلا أن مصطلح الإدارة في حد ذاته يواجه بعض

[1] رحمي عبد القادر،**مرجع سابق ذكره**،ص:13- 14 .

الغموض، فكلمة الإدارة في النظام الانجليزي تختلف في معناها ومدلولها عن النظام الأمريكي ولم تتفق آراء الباحثين على تعريف موحد له، وذلك كون الإدارة مفهوما معنويا ومعقدا في ذات الوقت، أيضا الحداثة في هذا العلم، مما جعل كل من ساهم فيه يتناوله من وجهة نظره وطبيعة عمله.

من خلال ما سبق يمكن إعطاء بعض التعريفات الخاصة بالتسيير على النحو الآتي:

- يعرفه "Frederick Taylor" على أنه، المعرفة الدقيقة لما تريد من الرجال أن يعلموه تم التأكد من أن يقوموا بعملهم بأفضل وألخص طريقة .

- عرف كذلك" Henri Fayol " التسيير بأنه: أن تتنبأ وتخطط وتنظم وتصدر الأوامر وتراقب.

-كما عرفت دائرة المعارف للعلوم الاجتماعية التسيير بأنه: " العملية الخاصة بتنفيذ غرض معين، والإشراف على تحقيقه، وبأنه الناتج المشترك لأنواع ودرجات مختلفة من الجهد الإنساني الذي يبذل في هذه العملية.

- يمكن تعريف التسيير على أنه: وظيفة تنفيذ الأعمال عن طريق الآخرين بإستخدام التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة، وذلك من أجل تحقيق أهداف المؤسسة بكفاءة وفعالية مع مراعاة المؤثرات الداخلية والخارجية.

- وعرف التسيير على أنه: العملية الخاصة بتنسيق وتوحيد جهود العناصر المادية والبشرية في المؤسسة من موارد وعدة ومعدات وأفراد وأموال عن طريق تخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة هذه الجهود من أجل تحقيق الأهداف النهائية.

ومما سبق يمكن تعريف التسيير بأنه فن وعلم يجمع بين المعرفة النظرية والمهارات العملية لإدارة الموارد (البشرية، المادية، المالية، والمعلوماتية) بطريقة منهجية، بهدف تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة. ويتطلب التسيير اتخاذ قرارات مدروسة في بيئة ديناميكية، مع الأخذ في الاعتبار التحديات مثل التغيرات التكنولوجية، المنافسة السوقية، والتوقعات الاجتماعية، كما يركز على تحفيز الأفراد، تعزيز التعاون، وتطوير بيئة عمل إبداعية تسهم في الابتكار والتميز.

كما أن العملية التسيرية تقوم على مجموعة من القواعد هي التخطيط ،التوجيه،التنظيم،الرقابة وهذه القواعد يصعب فصلها عن بعضها البعض، فهي متكاملة ضمن حلقة تدور بإستمرار وتتفاعل كل وظيفة ضمن الأخرى.

3.التخطيط: التخطيط هو عملية منهجية تهدف إلى وضع مخطط لإنجاز مجموعة من الأهداف المحددة، من خلال ترجمة مهمة المؤسسة إلى أهداف قابلة للقياس، مع تحديد الخيارات والوسائل الأنسب لتحقيق تلك الأهداف بكفاءة وفعالية.[1]

وأهم من عرف التخطيط هو الفرنسي هنري فايول بأنه"التنبؤ بالمستقبل والإستعداد له".

[1] ضحاك نجية،**تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر دراسة حالة المؤسسات الاستشفائية في القطاع العمومي**،أطروحة شهادة دكتوراه،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة جزائر03، 2011 ، ص:29.

والتخطيط الصحي هو العملية التي من خلالها يحاول المسئولون عن التخطيط الصحي نقل نظام قائم إلى وضع أفضل بحيث تصبح أعمال وأنشطة المنشآت أكثر إنتاجية وفعالية وكفاءة، وينتج على عملية التخطيط الصحي أو البرامج التي تسعى المنشآت الصحية لتحقيقها، وكذلك التحديات المستقبلة وطرق تلاقيها حتى لا تؤثر على استمرارية المنشآت الصحية ومستوى أدائها.

وعرفت منظمة الصحة العالمية التخطيط بأنه:"العملية التي تقوم على تحليل البيانات وتحديد الاحتياجات وتقدير الموارد المتاحة واستعمال نتائج هذا التحليل في الإعداد للتغير وفقا لأهداف مقصودة مسبقا" .

يُعرَّف تخطيط المؤسسات الصحية بأنه":العملية التي يتم من خلالها تحديد احتياجات أفراد المجتمع الصحية، واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها في ضوء الموارد المتاحة، وذلك لتحديد البرامج والخدمات الطبية المطلوبة، وتقويم الخدمات القائمة وتطويرها، إلى جانب توفير القوى العاملة المؤهلة بالإعداد المناسب لتقديم الخدمة بكفاءة عالية."

هذا التعريف يُبرز أن التخطيط الصحي ليس مجرد وضع أهداف، بل هو عملية شاملة تبدأ بتشخيص الاحتياجات، ثم صياغة البرامج والخدمات، مرورًا بتقييم الأداء القائم وتطويره، وصولًا إلى إعداد الكوادر البشرية القادرة على ضمان جودة واستمرارية الرعاية الصحية.[1]

4.التنظيم:هناك عدة تعاريف منها هو عملية بناء العلاقات بين أجزاء العمل، ومواقع العمل والإفراد، من خلال سلطة فعالة بهدف تحقيق الالتحام والترابط وأداء العمل بطريقة جماعية.

وكتعريف أخر يحدد بأنه عملية إدارية أساسية متعلقة بما قبلها، وهي وظيفة التخطيط ومرتبطة بما بعدها، وهي وظيفة التوجيه والقيادة والرقابة، ويمتاز التنظيم بالحركة والديناميكية، وتجسيد الخطط والبرامج والسياسات وتحديد للعلاقات من تفويض السلطات، وتحديد المسؤوليات واستيعاب الطاقات والموارد من أجل إيجاد أفضل التوفيقات بين مختف الموارد لتحقيق الأهداف المسطرة في إطار أخلاقي.[2]

يمكن تعريف التنظيم في المؤسسات الصحية بأنه عملية تقسيم الأعمال والأنشطة الأساسية إلى وحدات مترابطة ومتكاملة، مع تحديد واجبات ومسؤوليات الأفراد داخلها، ورسم خطوط السلطة والمسؤولية، وتوضيح نطاق الإشراف بما يضمن وضوح المهام وتوزيعها بشكل يسهل التنسيق ويعزز الكفاءة في الأداء.[3]

ومما سبق فالتنظيم هو عملية إدارية تهدف إلى بناء وتطوير العلاقات بين أجزاء العمل، المواقع، والأفراد داخل المؤسسة، من خلال تقسيم الأعمال والأنشطة إلى وحدات متكاملة، وتحديد الواجبات، المسؤوليات، وخطوط

[1] عبد العزيز سلطان العنقري،عبد الحميد عبد الفتاح المغربي،**تخطيط الخدمات الصحية الأصول العلمية والتطبيقات العلمية**،جامعة الطائف،إدارة النشر العلمي،2014،ص:111.

[2] محمد شويح،**مبادئ إدارة الأعمال التخطيط-التنظيم-التوجيه-اقيادة-الرقابة**، الطبعة الاولى،2015،جسور للنشر والتوزيع الجزائر،ص:61.

[3] بلمختار ياسين،**مطبوعة في مقياس تسيير المؤسسات**،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر03،2021 ،ص:89.

السلطة والإشراف، مع تفويض الصلاحيات بشكل فعال، ويهدف إلى تحقيق الترابط والتنسيق بين الموارد البشرية والمادية لتجسيد الخطط والسياسات، وتحقيق الأهداف المحددة بكفاءة وديناميكية ضمن إطار أخلاقي.

5.التوجيه: هو أحد الوظائف التسييرية الذي يمثل عملية إرشاد نشاطات أفاد المؤسسة في اتجاه محدد ويقود إلى تحقيق الأهداف، ويركز على توجيه أعضاء المؤسسة.كما يهدف إلى قيادة الأفراد والإشراف عليهم وتحقيق التنسيق بين مجهودات وتنمية التعاون داخل التنظيم بشكل اختياري.[1]

كما يعرف على أنه عملية إرشاد المرؤوسين وإثارة دوافعهم وتحفيزهم لأداء أعمالهم عن طريق الإتصال بهم وقيادتهم والحصول على رضاهم، فالتوجيه لا يتضمن مجرد تلك الخصائص الجيدة في العلاقات المتبادلة بين الأفراد ورئيسهم، ولكنه يشمل جميع تصرفات المسير(تخطيط، تنظيم ورقابة) وهو أوسع نطاق بين الرئيس ومرؤوسيه.[2]

ويعرف التوجيه أو السير الحسن للأعمال، بأنه عملية تحويل الخطة من مجرد وثيقة وتنظيم مكتوب إلى واقع عملي مطبّق، وذلك عبر الإشراف المباشر، والإرشاد، والتحفيز، والتنسيق بين مختلف الأنشطة والموارد، بما يضمن تحقيق الأهداف المرسومة بكفاءة وفعالية.[3]

ومما سبق يمكن القول، بأن التوجيه هو إحدى الوظائف الإدارية المحورية التي تهدف إلى توجيه نشاطات الأفراد داخل المؤسسة في اتجاه محدد ينسجم مع الأهداف المسطرة، وذلك من خلال قيادة المرؤوسين، وتحفيزهم، وتوفير بيئة عمل إيجابية تشجع على التعاون وتنسيق الجهود، بحث يشمل مختلف الأنشطة التي يقوم بها المسير لتحويل الخطط والتنظيمات إلى أعمال تنفيذية واقعية، عبر الإشراف المستمر، وإثارة الدوافع، وضمان الانسجام بين جهود الأفراد لتحقيق أفضل النتائج الممكنة.

تستند المؤسسة الصحية إلى مجموعة من الوسائل، من بينها:

– لوحات القيادة:إعداد لوحة قيادة عامة أداة هامة لعرض صورة شاملة ودقيقة عن أداء المؤسسة، سواء على مستوى المصالح أو الأقسام، من حيث جودة الخدمات المقدمة للمرضى وكفاءة الأداء الإداري، فمن خلال مجموعة من المؤشرات المحددة، تمكّن لوحة القيادة من وصف وتوجيه مختلف الخدمات، سواء تلك المقدمة من المصالح الاستشفائية والعلاجية الأساسية، أو الخدمات الإدارية، بما يساهم في تحسين الفعالية وتحقيق الأهداف.

– تقييم الأداء:ويتم وفقا لعدة معايير منها:

– استقبال المرضى؛

[1] بلمختار ياسين،**مرجع سابق**،ص:104.

[2] ضحاك نجية،**مرجع سابق**،ص:38.

[3] محمد شويح،**مرجع سابق**،ص:93.

- جودة الإيواء؛
- صيانة المرافق والأجهزة؛
- مسك السجلات؛
- الانضباط العام..... ؛
- النظافة الاستشفائية؛
- استقبال المرضى وسرعة التكفل بهم؛
- الإيواء وملاءمته لاحتياجات المرضى؛
- صيانة المرافق والأجهزة الطبية وضمان جاهزيتها؛
- دقة مسك السجلات الطبية والإدارية؛
- الالتزام بالانضباط والنظام العام؛
- كفاءة الأطقم الطبية وشبه الطبية والإدارية؛
- فعالية إجراءات النظافة والسلامة والوقاية؛
- حسن تدبير الموارد الطبية والبشرية؛
- سرعة الاستجابة للحالات الطارئة؛
- فعالية التنسيق بين مختلف الأقسام والمصالح.[1]

6.الرقابة: و"تعني التأكد من أن ما يتحقق، أو ما تحقق فعلا مطابق لما تقرر في الخطة المعتمدة سواء بالنسبة للأهداف أم بالنسبة للسياسات والإجراءات ، أو بالنسبة للموازنات التخطيطية."

وكتعريف أخر "الرقابة عملية منهجية يستطيع من خلالها المديرون ضبط مختلف الأنشطة التنظيمية، لتتوافق مع التوقعات المقررة في الخطط والموازنات والأهداف ومعايير الأداء".

الرقابة تُعرّف أيضًا بأنها عملية مستمرة تهدف إلى قيادة الوصول إلى النتائج، سواء بواسطة الفرد ذاته أو من خلال الآخرين، باستخدام مجموعة من التقنيات الكمية والكيفية لمقارنة الإنجازات الفعلية بما هو مخطط له. وتعمل هذه العملية على الحد من الانحرافات التي قد تظهر في الأداء التنفيذي، مع وضع التصحيحات اللازمة لضمان تحقيق الأهداف المرسومة بكفاءة وفعالية.

[1] بن فرحات عبد المنعم،**انعكاسات انماط تسيير المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات بالجزائر-دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة بسكرة**،2017،ص:66.

هذا التعريف يُبرز أن الرقابة ليست مجرد متابعة شكلية، بل هي أداة ديناميكية تُسهم في ضبط المسار العملي للمؤسسة، وتضمن التوازن بين التخطيط والتنفيذ، بما يعزز جودة الأداء ويحقق الاستمرارية في تحقيق الأهداف الاستراتيجية".[1]

وكتعريف أخر فالرقابة عبارة عن مجموعة من الأنشطة والأدوات الفنية التي تسخدم للحفاظ على عملية تحقيق الأهداف ومحاولة تصحيح الانحرافات عن تلك الأهداف، يرتبط هذا المفهوم بالمؤسسات الصحية إلى حد كبير بمدى قدرة هذه المؤسسات على تحقيق الرعاية الصحية التي تسعى إلى بلوغها من حيث إعداد البرامج الصحية، ومستوى وتنوع الخدمات المقدمة، إذ ينصب نحو تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة بما يتاح لها من موارد مختلفة.[2]

انطلاقًا مما سبق، يمكن صياغة تعريف جامع لمفهوم الرقابة كما يلي:

"الرقابة هي عملية إدارية منهجية ومستمرّة، تهدف إلى متابعة الأنشطة ومقارنتها بما هو مخطّط له من أهداف وسياسات وإجراءات ومعايير أداء، وذلك باستخدام أدوات وأساليب كمية ونوعية، للكشف عن الانحرافات وتصحيحها في الوقت المناسب، بما يضمن تحقيق النتائج المرجوّة بكفاءة وفاعلية، وفي المؤسسات الصحية تتجلى الرقابة في ضمان جودة البرامج والخدمات الصحية المقدمة وتحسينها ضمن الموارد المتاحة".

المطلب الثاني:مستويات السلطة ونظام التفويض:

1.مستويات السلطة:وتنقسم السلطة إلى:

1.1.السلطة التنفيذية:وهي تشمل السلطة الرسمية أو الشرعية للمدير على مرؤوسيه المباشرين وأصحاب هذه السلطة هم الذين لهم الحق في التوجيه والرقابة على أعمال مرؤوسيهم وتكون هذه السلطة هذه السلطة مسئولة بشكل مباشر عن تحقيق الأهداف وبصورة عامة فان أساس هذه السلطة تكون في يد مدير المؤسسة ونظرا لتوسع الأعمال وزيادة تعقيدها فانه يتم تفويض جزء من هذه السلطة إلى رِؤساء الأقسام والذين يقومون بدورهم بتفويض جزء من السلطة إلى رؤساء الأقسام والوحدات في المستويات الأقل.

2.1. السلطة الاستشارية:يعتبر الإستشاري أحد أعضاء الفريق الإداري في المستشفى ويملك حق توجيه النصح والتوصيات غير ملزمة بالضرورة للمدراء ويمكن القول بأن مديري الوحدات القانونية والمحاسبية ونظم المعلومات والموارد البشرية يملكون سلطة استشارية بالنسبة لبقية الوحدات وينبغي ملاحظة أن كل مدير منهم يملك سلطة تنفيذية بالنسبة لوحدتهم ليتولون رئاستها غير أنهم يقدمون النصح والإرشاد للمدير العام.

[1] محمد شويح،**مرجع سابق**، ص: 186-187.

[2] بن فرحات عبد المنعم،**مرجع سابق**،ص:66.

1.3.السلطة الوظيفية:وهي تمثل الصلاحيات المخولة لأحد رؤساء الأقسام في المستشفى للقيام بأعمال معينة بطرق معينة أو سياسات متعلقة بأوجه نشاط يقوم بها أفراد في إدارات أخرى خارج نطاق إدارته.

2.التفويض ومستويات التفويض:

1.2.مفهوم التفويض: لقد تعددت تعاريف الفقهاء وتنوعت بسبب إختلاف وجهات نظرهم حيث عرف الدكتور عبد الغني بسيوني عبد الله التفويض أنه :" هو الأسلوب الأمثل لتحقيق عدم التركيز داخل التنظيم الإداري والمقصود منه قيام الرئيس الإداري بنقل جانب من اختصاصاته إلى بعض مرؤوسيه ليمارسوها دون الرجوع إليه مع بقاء مسؤوليته أمام الرئاسات العليا."

أما الدكتور سليماني الطماوي فقد عرفه على أنه :" إجراء يعهد بمقتضاه صاحب الإختصاصّ نقل جانبا أو بعضا من اختصاصاته، سواء في مسألة معينة أو في نوع من المسائل إلى فرد آخر أو سلطة أخرى".

ومن خلال ما سبق يمكن أن نعرف التفويض بأنه: " هو تحويل الرئيس لبعض صلاحياته المسندة إليه إلى غيره من بين مرؤوسيه، على أن يتخذ التدابير والوسائل الكفيلة لمساءلتهم ومحاسبتهم على نتائجها بحيث يضمن ممارستهم لتلك الاختصاصات على الوجه الذي يتراءى له بصفته المسؤول الأول عنها".

2.2.مستويات التفويض:يمكن تفويض السلطات والصلاحيات بين مختلف مستويات الإدارة كأساس للمسؤولية الإدارية لكل نشاطات العمليات الاستشفائية والتخصص فيها حيث يأخذ التفويض أشكال مختلفة.

أ. تفويض حسب المستوى التنظيمي:ويمكن أن نميز فيه بين التفويض إلى الأعلى والتفويض الى الأسفل والتفويض الجانبي حيث يشمل التفويض إلى الأعلى تخلى بعض المسؤولين عن صلاحياتهم إلى المستوى الأعلى من أجل المطالبة بحقوق مثل الأجور والتحفيزات أو برامج التدريب والتنمية.

ب.التفويض المؤقت والدائم :يكون التفويض المؤقت لظروف طارئة ولفترة زمنية معينة عكس التفويض الدائم الذي يبقى سريانه الى غاية صدور قرار انهائه.

ج.التفويض الرسمي وغير الرسمي: يتميز التفويض الرسمي بكونه معدا وفق قواعد وقوانين وأنظمة مكتوبة بشكل متعارف عليها عكس التفويض الغير الرسمي الذي يكون مبني على العادات والأعراف في بيئة العمل.

د.التفويض المشروط والغير المشروط:يتميز التفويض الغير المشروط بتوسع صلاحيات المفوض دون الرجوع الى المستوى الأعلى، عكس التفويض المشروط الذي يلتزم فيه المفوض بالصلاحيات المخولة له.

هـ.التفويض الجزئي الكامل والجزئي غير الكامل: يبقى التفويض في المجال الصحي جزئيا لأن التفويض بالكامل يعتبر نزولا عن الاختصاصات وهو أمر غير مقبول في العمل الطبي.[1]

في السياق العام، تعتمد تسيير الخدمات الصحية العمومية على أسلوب الإدارة المباشرة، من خلال مؤسسات عمومية مكلفة بإدارة المرفق العام، وفي الغالب يسود نمط التسيير في المؤسسات الاستشفائية ذات الطابع العمومي النمط المركزي، الذي يُعد الأكثر شيوعًا، إذ يوجد نمطان أساسيان للتسيير: المركزي واللامركزي.

يُعد الانتقال إلى استكشاف هذين النمطين خطوة أساسية لفهم التحديات والفرص في إدارة الخدمات الصحية. فالنمط المركزي، الذي يعتمد على التحكم الهرمي من الجهات العليا، يضمن التوحيد والكفاءة في توزيع الموارد، لكنه قد يعاني من البطء في الاستجابة للاحتياجات المحلية، أما النمط اللامركزية فيمنح الوحدات المحلية صلاحيات أوسع في اتخاذ القرارات، مما يعزز الإبتكار والتكيف مع السياقات الإقليمية، مع مخاطر التنافر في السياسات العامة.

المطلب الثالث:أنماط التسيير الإداري في المرفق العام الصحي.

يمكن تصنيف أنماط التسيير الإداري في المرفق العام الصحي إلى نوعين رئيسيين يتمثلان في التسيير المركزي والتسيير اللامركزي.

1.نمط التسيير المركزي في المرفق العام الصحي: يعتبر النظام الإداري مركزيا عندما يتجه لتوحيد كل السلطات بين يدي السلطة المركزية، فيوجد عنها جهاز مركزي واحد، الدولة تعتبر وكلاؤها جزءا من البنى التسلسلية الموضوعة تحت السلطة المباشرة والعليا لمختلف الوزراء الذين يمثلون الدولة والذين تتمثل مهمتهم بتأمين تنفيذ الإجراءات التي تقررها السلطة المركزية.[2] يقصد بالمركزية الإدارية وحدة السلطة التي تباشر الوظيفة الإدارية في الدولة، أي توحيد النشاط الإداري تجميعا وحصرا في يد الهيئات الإدارية (الوزارات) الموجودة في العاصمة السياسية للدولة دون مشاركة هيئات أخرى.[3]

وفي النظام المركزي تباشر السلطة المركزية الشؤون الوطنية والمحلية عن طريق ممثليها في العاصمة، فهي إذن تقوم على استقطاب السلطات الإدارية وتجميعها في يد شخص واحد وهيئة واحدة.[4]

ومما سبق المركزية الإدارية هي نمط من أنماط التنظيم الإداري يقوم على تركيز مختلف السلطات الإدارية في يد السلطة المركزية المتمثلة في الوزارات والإدارات العليا بالعاصمة، بحيث تُمارس هذه الأخيرة الوظيفة الإدارية بشكل موحّد

[1] **رحمي عبد الرحيم،مرجع سابق ذكره،ص:14.**

[2] **أحمد محيو،محاضرات في المؤسسات الإدارية،دار المطبوعات الجامعية**،الإسكندرية،1996،ص:105.

[3] حجام العربي،**الخدمة العمومية واليات ترقيتها في الإدارات الحكومية مقاربات نظرية،تجارب محلية وعالمية**،النشر الجامعي الجديد،تلمسان،2020 ،ص:22

[4] عمار بوضياف،**الوجيز في القانون الإداري،الطبعة الأولى،جسور للنشر والتوزيع ،الجزائر**،2008،ص:15.

ومترابط عبر هياكلها التابعة، دون منح استقلالية حقيقية للهيئات المحلية أو اللامركزية. وبموجب هذا النظام تكون الإدارات المحلية مجرد امتداد للجهاز المركزي، تعمل تحت إشرافه المباشر لتنفيذ قراراته وتوجيهاته، مما يجعل النشاط الإداري للدولة يتميز بالوحدة والتجانس.

1.1.دعائم المركزية: تقوم المركزية الإدارية على مجموعة من الدعائم الأساسية التي تمنحها خصائص المميزة وتحدد نطاق عملها، إذ لا يمكن الحديث عن نظام مركزي إلا بتوافر هذه الركائز التي تترابط فيما بينها لتشكل الإطار العلمي والقانوني للمركزية ومن أهم هذه الأركان:

1.1.1.انفراد الإدارة المركزية بالسلطة وصنع القرار:ويقصد بها أن مركز القرار الإداري يضل محصورا في العاصمة، بحيث تدار مختلف القطاعات من الجهاز المركزي دون مشاركة حقيقة للمستويات المحلية، والمتمثلة في الوزير الأول والوزراء أصلا في ظل النظام البرلماني أو في رئيس الجمهورية ثم الوزراء من بعد في ظل النظام الدستوري الرئاسي، فمكنه حق إصدار القرارات الإدارية النهائية والباتة في الشؤون والمسائل المتعلقة بالوظيفة الإدارية في الدولة وسلطة تعديل هذه القرارات أو إنهائها أو إلغائها، كذلك يدخل في إعداد السلطات الإدارية المركزية ممثلي الإدارة المركزية ويرتبطون بها بعلاقة التبعية والخضوع.[1]

2.1.1. ارتكاز الإدارة المركزية في تسيير موظفيها على السلم الإداري.

يعنى أن يتخذ الجهاز الإداري في الدولة صورة الهرم المتتابع الدرجات وأن يقوم بتلك الدرجات نوع من التبعية ويترتب على الأخذ بالأسلوب الإداري المركزي أن سلطة اتخاذ القرارات من الناحية القانونية تتركز في أعلى الهرم الإداري سواء كان ذلك في يد رئيس الدولة او الحكومة وهذا لايعني أن القرارات لابد وأن تصدر من الأجهزة العليا فقط وإنما المقصود أن الجهاز الإداري الأعلى يبقى صاحب حق التوجيه وذلك بما يصدره الرئيس إلى مرؤوسه، وهذا الهرم ينبثق من القمة حيث تتركز جميع السلطات الإدارية وينتهي بالقاعدة مرورا بأجهزة ومؤسسات وأفراد ينفذون الأوامر والتعليمات الصادرة عن الحكومات المركزية، ويعتبر هذا مبدأ من المبادئ الأساسية في التنظيم الإداري يعني أن تنحصر سلطة إصدار الأوامر في نطاق منظمة معينة في يد واحدة بحيث لا يكون للمرؤوس داخل المنظمة سوى رئيس واحد حيث أن تعدد رئاسيات الإدارة يلقي بضلاله على الكفاية الإنتاجية للإدارة ويعيق مبدأ تسيير المرافق العامة بإنتظام وباضطراد.[2]

[1] عمار عويدات،**دروس في القانون الاداري**،ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر،2000،ص:116.

[2] سعيد نحيلي،**القانون الاداري،المبادئ العامة**،بدون طبعة،منشورات جامعة البعث،سوريا،2013،ص:122.

2.1.صور المركزية: إن تركيز الوظيفة الإدارية في الإدارة الكائنة بالعاصمة ضمن النظام المركزي، يجعل من الصعب على هذه الأخيرة أداء جميع مهامها عبر كامل إقليم الدولة، لذلك تلجأ إلى أسلوبين يمنحانها قدراً أكبر من المرونة في التطبيق، هما التركيز الإداري وعدم التركيز الإداري.

1.2.1.التركيز الإداري " Concentration":هي الصورة البدائية للمركزية الإدارية، وتقضي بتركيز جميع السلطات الإدارية في جزئياتها وعمومياتها في أيدي الإدارة المركزة، التي يعود إليها البث في جميع المسائل الإدارية سواء كانت تلك المتعلقة بالدولة ككل أو التي تخص إقليما معينا وهذا الأسلوب في التنظيم لا يتوافق مع متطلبات الدول الحديثة، فانه لا يمكن لها تلبيتها والاستجابة إليها من خلال جهة إدارية واحدة، بل هذا حالة من الاختناق نتيجة تراكم الملفات وانتظار الحسم فيها مما ينعكس سلبا على الأداء وعلى تلبية حاجات المواطنين.

2.2.1.عدم التركيز الإداري"Déconcentration":ويسمى بالمركزية النسبية، وتقضي هاته الصورة التنظيمية بتوزيع السلطات والاختصاصات الإدارية بين الإدارة المركزية وممثليها على الصعيد المحلي، بحيث تمنح لهؤلاء بعض الصلاحيات والاختصاصات والسلطات للقيام بالعملية الإدارية دون اللجوء للإدارة المركزية مع بقائهم تابعين لها ومعنيين من قبلها،كما تبقى الدارة المركزية دون اللجوء للإدارة المركزية على حقها في التوجيه، للرقابة والإشراف على ممثليها المحليين، ويتم تحويل هاته السلطات والاختصاصات عن طريق آلية التفويض الإداري يتوجب أولا وجود نص قانوني يجيز التفويض وثانيا إصدار قرار إداري يقضي بالتفويض يستوفي كل الجوانب الشكلية ويبلغ للجهات المعنية.[1]

ومن أهم ما يدعو إلى اعتماد المركزية في المرافق العامة ومنها الصحية وهي تلك المميزات التي يوفرها هذا النمط التسييري بحيث يكون فيه مايلي:

- تقوية السلطة المركزية وفرض هيمنتها على جميع المصالح من خلال القوانين المباشرة؛
- سهولة التنسيق وتوحيد السياسات والممارسات بين الإدارات المختلفة؛
- التشغيل الاقتصادي الأمثل للإمكانيات المتاحة؛
- عدم حدوث ازدواجية في اتخاذ القرارات؛
- سهولة الرقابة وإجراءاتها؛
- تحقيق المساواة بين جميع الأفراد المتعاملين مع الإدارة على اختلاف مناطقهم فالقانون يسود الجميع.

ومع ذلك بالرغم من هذه المحاسن الا أن هذا النمط التسيير المركزي له عدة عيون تتمثل فيما يلي:

[1] حجام العربي، **مرجع سابق**،ص:24.

- بطيء انجاز المعاملات نتيجة الروتين الإداري والتعقيد بسبب كثرة الرئاسات المتعددة في الإدارة المركزية والتي تتولد فيها البيروقراطية بأبشع صورها؛

-لا تشجع على الابتكار وروح المبادرة، وتتصف بالجمود وصعوبة الأخذ بالاقتراحات وإحداث تغيرات تصطدم بالبيروقراطية؛

- انشغال القياديين في السلطات المركزية بأمور ثانوية.[1]

2. نمط التسيير اللامركزية في المرفق العام الصحي: إن نمط التسيير اللامركزي لم يظهر دفعة واحدة، بل تطور عبر مراحل تاريخية وفكرية استجابةً لتحولات سياسية، اقتصادية، وتقنية، في بدايات القرن التاسع عشر، ظهرت اللامركزية كفكرة سياسية تهدف إلى تنظيم السلطة داخل الدولة وتعزيز الديمقراطية، مستندة إلى نظريات فصل السلطات وتوزيعها بين المركز والأقاليم ، مع تطور الإدارة العامة في القرن العشرين، أصبحت اللامركزية وسيلة لتحسين كفاءة الإدارة وتوزيع المهام الحكومية بشكل أكثر فعالية، خاصة في الدول الكبيرة أو متعددة الأعراق ، منذ ستينيات القرن الماضي، اكتسبت اللامركزية بعداً اقتصادياً ومالياً، حيث ارتبطت بإعادة توزيع الموارد المالية ومنح السلطات المحلية استقلالية أكبر في اتخاذ القرار، بهدف تحقيق العدالة والكفاءة في تقديم الخدمات .

وفي العقود الأخيرة، ساهمت التطورات التقنية، مثل ظهور تقنيات البلوكشين والشبكات الرقمية، في تعزيز مفاهيم اللامركزية، ليس فقط في الإدارة الحكومية، بل أيضاً في الاقتصاد والطاقة والحوكمة الرقمية ، على سبيل المثال، أدى ظهور العملات الرقمية مثل البيتكوين إلى بروز أنظمة مالية لامركزية تعتمد على المجتمعات بدلاً من الهيئات المركزية ، كما أن التحولات في قطاع الطاقة نحو نماذج إنتاج وتوزيع لامركزية تعكس هذا التوجه، حيث أصبح للأفراد والمجتمعات دور أكبر في إنتاج الطاقة وإدارتها.

وبشكل عام، جاء ظهور نظام اللامركزية كرد فعل على تحديات المركزية، مثل البيروقراطية وضعف الاستجابة لاحتياجات السكان المحليين، وسعياً لتعزيز الشفافية والمساءلة والمشاركة المجتمعية في صنع القرار ، فاليوم تتنوع تطبيقات اللامركزية بين الإدارة الحكومية، الاقتصاد الرقمي، الطاقة، وحتى الحكومة المجتمعية، مما يعكس مرونة هذا النظام وقدرته على التكيف مع متغيرات العصر.

اللامركزية تعني النظام الإداري الذي يقوم على توزيع السلطات والوظائف بين الإدارة المركزية (الحكومة) وهيئات أو وحدات إدارية أخرى إقليمية أو مصلحية، تكون مستقلة قانونيًا عن الإدارة المركزية بفضل اكتسابها للشخصية المعنوية، مع بقائها خاضعة لقدر معين من الرقابة من طرف تلك الإدارة.

[1] بن فرحات عبد المنعم،**مرجع سابق**،ص: 60-68.

هذا المفهوم يهدف إلى تخفيف العبء عن السلطة المركزية، وتمكين الهيئات المحلية أو المصلحية من ممارسة صلاحياتها بشكل مباشر، بما يسمح لها بالاستجابة السريعة لاحتياجات المواطنين وظروفهم الخاصة، مع الحفاظ على وحدة الدولة من خلال الرقابة العامة التي تضمن انسجام السياسات والقرارات.[1]

وبتعريف آخر تعني توزيع الوظيفة الإدارية بين السلطة المركزية وبين هيئات محلية أو مصلحيه تتمتع بالشخصية المعنوية،وبمقتضى نظام اللامركزية يوجد في الدولة أشخاص معنوية عامة متعددة يطلق عليها اسم الأشخاص الإدارية أو أشخاص القانون العام، وهي أن تكون أشخاص إدارية إقليمية كالبلديات أو أشخاص مرفقيه أو مصلحيه كالمؤسسات العامة على اختلاف أنواعها.[2]

ومما سبق فاللامركزية هي نظام إداري حيث يقوم على توزيع السلطة والاختصاصات بين الحكومة المركزية وهيئات محلية أو مصلحة مستقلة بهدف مشاركة أوسع في تسيير الشؤون العامة وضمان سرعة وفعالية اتخاذ القرار على المستوى العالي، وتتميز اللامركزية بمنح هذه الهيئات الشخصية المعنوية التي تخولها إدارة مصالحها بنفسها ضمن حدود القانون، وخضوعها لإشراف ورقابة الدولة بما يحقق التوازن بين الاستقلال الإداري والمحافظة على وحدة الدولة.

ومن خلال التعاريف السابقة يتبين أنه يقوم على ركنين أساسيين:

1.2.دعائم اللامركزية: تقوم اللامركزية الإدارية على مجموعة من الدعائم الأساسية التي تمنحها طابعها المميز وتحديد كيفية توزيع السلطة داخل الدولة، اذ لا يمكن الحديث عن نظام لامركزي إلا بتوفير هذه الركائز التي تتكامل بينها لتشكيل الإطار القانوني والتنظيمي للامركزية ومن أهم هذه الأركان:

1.1.2. الاعتراف بوجود مصالح محلية متميزة عن المصالح الوطنية:

يعني أن ثمة مصالح محلية ينبغي ترك مباشرتها والإشراف عليها لمن يهمه الأمر حتى تتفرغ الحكومة المركزية لمصالح أخرى ذات طابع عام تهم الدولة كلها فمثلا إذا كانت الدولة تهيمن على المرافق ذات الأهمية الكبرى كمرافق الأمن والدفاع والقضاء والمواصلات عبر التراب الوطني فإن المرافق المحلية كالنقل المحلي و توزيع الماء والكهرباء.... الخ يستحسن تركها لمن يستفيدون منها مباشرة فهم أدرى بإحتيجاتهم إليها وأقدر على تسييرها فضلا عما في ذلك من تخفيف عبء إدارتها عن الحكومة المركزية.[3]

[1] محمد الصغير بعلي،**القانون الاداري**،دار العلوم للنشر والتوزيع،2004،ص:62.

[2] بن فرحات عبد المنعم،**مرجع سابق**،ص:70

[3] صالحي عبد الرحمان،**الجماعات الاقليمية بين الاستقلالية والتبعية**،رسالة ماجستير،كلية الحقوق،2008.

2.1.2. أن يعهد بالإشراف على هذه المصالح إلى هيئات منتخبة.

حيث إنّ الإدارة المحلية تسعى أساساً إلى إسناد تسيير المصالح المحلية إلى المعنيين بها، وذلك بغرض إشباع حاجاتهم ومتطلباتهم على المستوى المحلي. ولما كان من المتعذر على جميع أفراد الإقليم أو المدينة القيام بهذه المهمة بأنفسهم وبصفة مباشرة، فإنّ المشرّع قد أقرّ إسناد إدارة هذه المصالح المحلية إلى ممثلين يتم اختيارهم عن طريق الانتخاب ليتولوا القيام بهذه المهام نيابة عنهم. ومن ثمّ يُعدّ الانتخاب الوسيلة الأساسية التي يتم من خلالها تكوين المجالس المعبرة عن إرادة الشخص المعنوي العام داخل الإقليم.

3.1.2.استقلال المجالس في ممارسة اختصاصاتها تحت إشراف السلطة المركزية.

هذا الاستقلال ليس منحة من الحكومة المركزية وإنما هو مقرر من المشرع ويخضع لمقتضيات القانون ولا يراد بذلك الاستقلال الفصل المطلق بين المصالح المحلية ودائرة المصلحة الوطنية، كما لا يراد بذلك الاستقلال جعل كل جماعة محلية في معزل عن الأخرى وإنما ثمة صلة تربط تلك الجماعات مع بعضها البعض في إطار مبدأ التعاون والتكامل والتعايش لأنها تؤلف في الواقع جزءا من جماعة أوسع نطاقا وهي المجتمع الوطني.[1]

2.2.صورة اللامركزية:

إن توزيع الوظيفة الإدارية بين مستويات مختلفة من الهيئات في إطار النظام اللامركزي، يهدف إلى تمكين السلطات المحلية من إدارة شؤونها بنفسها، بما يخفف العبء عن الإدارة المركزية ويمنح النظام الإداري مرونة وفعالية أكبر في تسيير المرافق العامة ومنها:

1.2.2.اللامركزية الإقليمية أو المحلية:وتسمى أيضا الإدارة المحلية، ومعناها أن تمنح الإدارة المركزية إلي جزء من إقليم الدولة جانب من اختصاصاتها في إدارة المرافق والمصالح المحلية مع تمتعها بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري، وقد كان لعجز الإدارة المركزية على القيام بكل صغيرة وكبيرة في كل أقاليمها، التي لكل منها مصالح متميزة معترف بها، أساس لإتباع هذا النوع من النظام الإداري.

2.2.2.اللامركزية المرفقية:تتجسد في انفصال مرفق معين عن الدولة وتمتعه بقدر من الاستقلال ليشكل مؤسسة عامة وطنية أو محلية وقد ظهرت هذه الصورة من اللامركزية حديثا نتيجة لتزايد وظائف الدولة المعاصرة لمواكبة التقدم الحضاري ومتطلباته خاصة المصالح العامة، وفي سبيل النهوض بهاته الوظائف وإدارتها بكفاءة تعين منح بعض المرافق المصالح العامة تُمنح الشخصية المعنوية لكي تتولى إدارة بعض الوظائف والخدمات بعيدًا عن التعقيدات الإدارية المباشرة، مع بقائها خاضعة لرقابة الإدارة المركزية لضمان الانسجام مع السياسات العامة للدولة. ومن أبرز هذه المرافق

[1] عمار بوضياف،**الوجيز في القانون الاداري** ،جسور للنشر والتوزيع،الجزائر،2009،ص:33-34-35.

التي تُدار بشكل مستقل نسبيًا: الغاز والكهرباء، النقل، المياه وغيرها، حيث يُعتبر منحها الشخصية المعنوية وسيلة لتسهيل عملها وتوفير مرونة أكبر في تسييرها، مع الحفاظ على ارتباطها بالسلطة المركزية لضمان تحقيق المصلحة العامة.[1]

ومن أبرز الأسباب التي تدفع إلى تبني اللامركزية في تسيير المرافق العامة، وبخاصة المرافق الصحية، ما تنطوي عليه من مزايا تجعل هذا النمط من التسيير يتيح ما يلي:

- تخفيف العبء عن الإدارة المركزية؛
- حل وتبسيط الكثير من المشاكل الإدارية كالبطء في اتخاذ القرارات؛
- تكريس مبدأ تقريب الإدارة من المواطن وزيادة القدرة على فهم مشاكلهم والاهتمام بها؛
- تحقيق مبدأ هاما يتمثل في التوازن بين السلطات والمسؤوليات؛
- اللامركزية أداة فعالة لتجسيد فكرة الديمقراطية.

وبالرغم من هذه المزايا إلا أن النمط اللامركزي لا يخلو من العيوب وهي كمايلي:

- نشوء نزاعات وتضارب بين الإدارة المركزية والهيئات اللامركزية؛
- عدم تحكم الإدارات اللامركزية والمرافق العامة في النفقات العمومية مقارنة بالمركزية؛
- عدم تماثل القرارات المتخذة من المرافق المحلية المختلفة، فيما يتعلق بذات المشكلة الخدمية، مما يعطي انطباعا متناقضا لدى مقدمي الخدمة عن عدم تجانس الخدمة العمومية.[2]

في الواقع، لا يمكن الحديث عن مركزية مطلقة أو لامركزية مطلقة في تسيير المرافق الصحية العمومية، إذ غالباً ما يتم المزج بين النمطين في التطبيق العملي، حتى وإن كان الإطار القانوني يميل إلى تبني أحدهما، سواء كان مركزياً أو لامركزياً.

ولكن مؤخرا نلاحظ هنا توجها لامركزيا من أجل تقريب الصحة من المواطن والسهولة في اتخاذ الإجراءات وهذا ما جاء في ترؤسه للاجتماع التنسيقي حول تعزيز اللامركزية في تسيير القطاع في إطار مساعي وزارة الصحة الرامية إلى تبسيط الإجراءات الإدارية من خلال تعزيز اللامركزية في تسيير القطاع، أشرف السيد وزير الصحة، الأستاذ عبد الحق سايحي، صباح اليوم الثلاثاء 09 سبتمبر 2025 بمقر الوزارة على أشغال إجتماع تنسيقي جمعه بإطارات الإدارة المركزية و مدراء الصحة و السكان للولايات و المؤسسات تحت الوصاية.

خلال كلمته بهده المناسبة، حرص السيد الوزير على التأكيد بأن هذا الإجتماع التنسيقي التقييمي يهدف بالدرجة الأولى إلى الوقوف على مختلف الأنشطة التي عرفها قطاع الصحة، مع التركيز على ما تم إنجازه، وما يمكن القيام به

[1] حجام العربي،**مرجع سابق**،ص:28-29.

[2] بن فرحات عبد المنعم،**مرجع سابق**،ص:70-71.

في المرحلة القادمة، وذلك من أجل تحسين الخدمة العمومية وضمان تكفل أفضل بالمريض من خلال مخطط المريض الذي تم اقراره ووضعه في هذا السياق المتضمن 143نشاطا و29 هدفا موزعة على 7 محاور أساسية، جميعها مترابطة ومرتبطة بخدمة المواطن.

وأبرز السيد الوزير النتائج التي أفرزتها المتابعة الميدانية لهذا المخطط والتي أظهرت وجود تحسن ملحوظ في عديد المجالات، خاصة ما تعلق منها بمصالح الاستعجالات، بالرغم من تسجيل بعض النقائص التي سيتم العمل عليها في ظل مجموعة التدابير الجديدة التي تم اتخاذها تنظم مجرى الاستعجالات و تحدد آلياتها من خلال إحداث التنسيق اللازم بينها و بين المصالح الأخرى.

و شكلت عملية الرقمنة أحد المحاور الرئيسية التي تم التطرق إليها خلال هذا الاجتماع، حيث أكد السيد الوزير على أنها عامل محوري لتطوير القطاع وضمان فعاليته، مشيرا إلى أنه قد تم تحقيق خطوات متقدمة من خلال اعتماد الرقم التعريفي للمريض، الذي يسهل الولوج إلى الخدمة الصحية أينما كان بفضل الملف الطبي الرقمي الموحد، الذي يربط مختلف المستشفيات ويسمح بمتابعة دقيقة لمسار العلاج.

وخلال حديثه عن مساعي وزارة الصحة لتعزيز اللامركزية في التسيير، تصريحات الوزير تُبرز بوضوح أن اللامركزية واللامركزي في التسيير ليست مجرد خيار إداري، بل حق قانوني أساسي يهدف إلى تقريب الخدمة من المواطن. الفكرة الجوهرية هنا هي أن الإدارة المركزية مطالَبة بمنح صلاحيات أوسع للمستوى المحلي، بما يضمن سرعة التكفل بالحاجات الصحية وفعالية القرارات المتخذة.

الإشارة إلى أن الاجتماع التنسيقي يندرج ضمن مقاربة تقييمية واقعية تعني أن هناك رغبة في تشخيص النقائص وتعزيز النقاط الإيجابية، وذلك عبر إشراك جميع الفاعلين في قطاع الصحة. هذا التوجه يعكس إدراكًا بأن تحسين التكفل بالمريض وضمان خدمة صحية عمومية ذات جودة يتطلب مشاركة جماعية، وتنسيقًا بين المستويات المركزية والمحلية، مع اعتماد آليات مرنة تستجيب لتطلعات المواطن.

بهذا المعنى، يصبح التسيير الصحي أكثر من مجرد إدارة موارد، إنه أداة استراتيجية لتقريب الخدمة، رفع مستوى الأداء، وضمان أن تكون الرعاية الصحية العمومية في مستوى تطلعات المجتمع.[1]

المطلب الرابع: النمط التعاقدي كبديل تسييري في المرفق العمومي الصحي.

يشهد تسيير المرافق العمومية الصحية في الوقت الراهن تحولات متزايدة نتيجة الضغوط التي تواجهها الأنظمة الصحية، الأمر الذي دفع العديد من الدول إلى تبني أساليب تسييرية حديثة تقوم على مبادئ الكفاءة والفعالية. وفي هذا الإطار برز النمط التعاقدي كأحد البدائل التسييرية التي تهدف إلى تحسين أداء المرفق العمومي الصحي من خلال تنظيم العلاقة بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي.

[1] https://web.facebook.com/Sante DZA. الخاص بوزارة الصحة الجزائر

1.النمط التعاقدي في التدبير المفوض في المرفق العمومي:

إن العجز الذي عاشته، أو لا تزال تشهده اليوم، مختلف الدول في تنظيم هياكلها الصحية وتمويلها وتسييرها، قد دفع الحكومات إلى مواجهة تحديات كبرى تهدف أساسًا إلى ضمان تقديم خدمة عمومية صحية تتسم بالجودة والنوعية . ومن بين هذه الدول من رأت في تبني النظام التعاقدي أحد الحلول الفعّالة الكفيلة بالتخفيف من حدة الأزمات الصحية المتفاقمة، الناتجة عن انتشار الأمراض المزمنة والزيادة الكبيرة في عدد السكان، وهو ما جعل العديد منها، ومن بينها الجزائر، تتجه نحو اعتماد هذا النمط الجديد من التسيير الاستشفائي.

وانطلاقًا من أهمية هذا النظام ودوره في تحسين كفاءة التسيير داخل القطاع الصحي، سنحاول في الفقرات الموالية التطرق إلى أهم مفاهيمه ومكوناته، من خلال التعرف على مفهوم التعاقد وأطراف العملية التعاقدية، باعتبارهما الأساس لفهم طبيعة هذا النمط في التسيير الاستشفائي.

1.1.مفهوم التعاقد: حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة فالتعاقد هو": تعهد أو عقد يشكل اتفاقا بين متعاملين اقتصاديين أو أكثر، بواسطته يلتزمان بالتخلي أو التملك، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء." فالتعاقد هنا هو ارتباط إرادي لشركاء مستقلين.

أما التعاقد بمفهوم النهج التعاقدي فيعني":إبرام المؤسسة الصحية عقد مع مموليها بأداء خدمة ، أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها".

والتعاقد سمة التسيير الحديث المبني على العقلانية و الشفافية و هو ما تصبوا إليه إصلاحات المنظومة الصحية، أهمية الموضوع تكمن في تجسيد مخطط عمل يرتكز على دعم الوصاية في إطار تعاقد تفاوضي (تعاقد خارجي أو تعاقد برنامجي).

و في نفس الوقت يمثل أداة قانونية و تقنية و تمويلية كأساس للعلاقة القائمة بين الوصاية والمؤسسات و الهادفة إلى تعريف المشروع الذي من شأن الهيئات الصحية – المتمتعة بالاستقلالية– و الاستطلاع به و تلتزم بتنفيذه كمخطط عمل وفق التوجهات العامة لإستراتيجية للسلطة العمومية في مجال الصحة.

2.1.أطراف التعاقد في الجزائر: لأداء الخدمة الصحية يلزم توافر الأطراف التالية:

أ.صاحب الخدمة: يتمثل في الطرف المنتج للخدمة الصحية، والمتمثل في المؤسسات العمومية للصحة بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية المؤسسات الاستشفائية العمومية المتخصصة.

ب.الممول: وهو الطرف الثاني في العملية التعاقدية، ويتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي. وتكون الدولة طرفا عندما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، كما يمكن أن يكون الممول الأفراد الذين لا ينتمون

للفئة التي تقوم الدولة بتمويل تكاليفها، ولا صناديق الضمان الاجتماعي أي الفئة التي تكون متاحة الدخل وغير مؤمنة اجتماعيا.

ج. المستهلك :هم المرضى أو زبائن قطاع الصحة العمومية.[1]

3.1. أنواع التعاقد: تتعدد أشكال التعاقد في القطاع الصحي تبعًا لطبيعة العلاقة بين الأطراف المتعاقدة، ومن أبرزها التعاقد الداخلي والتعاقد الخارجي.

1.3.1. التعاقد الداخلي.

المقصود بهذا النوع من التعاقد هو أن يفوض المدير لرؤساء المصالح مهام التسيير على أن يكون مبني على عقد تفاوضي، حيث تحدد فيه أهداف ووسائل و معايير متابعة و أساليب تعبئة و اهتمام بتحقيق النتائج، بالإضافة إلى تحمل الآثار الناتجة عن عدم الالتزام بتنفيذ بنود العقد، فالنهج التعاقدي يمر حتما عبر الإدارة المشتركة بتطوير وتوزيع وسائل تحقيق النشاط.

نوعية هذه العقود – اذا ما وضعت حيز التنفيذ من شأنها توزيع السلطات و المسؤوليات على مستوى الفرق كما يمكن الذهاب الى حد إمكانية قيام عقود مباشرة بين المصالح و الهيئات المنتفعة و عقود إمداد وتسيير مع الإدارة و لكن هل الطابع القانوني للمؤسسات الصحية يتسع لمثل هذه الأفكار؟

– **التعاقد الداخلي وسيلة لتسيير المؤسسة الصحية:** التوجه نحو التعاقد الداخلي هو شكل جديد في العلاقة بين منطقين الأول إداري و الأخر طبي و ذلك بـ:

– إنشاء و تنصيب قطب للنشاط الطبي كمركز للكفاءة و المسؤولية؛

– تفويض تسيير لرئيس القطب وليس تفويض سلطة أو إمضاء عقد يتعلق بالأهداف والوسائل بين الإدارة ومسؤول أقطاب النشاط الاجتماعي؛

هذه الأقطاب سوف تكون مراكز مسؤولية تمهد لإدخال المحاسبة التحليلية والتسيير التوقعي للوظائف و الكفاءات و بهذا تهدف إلى هدفين أساسيين:

– النجاعة في استغلال الوسائل لتقريب بها أرضية الواقع لاتحاد القرار المناسب و بذلك يتم التحكم في النفقات بتحليل المسؤولية من جميع المتدخلين و على جميع المستويات؛

– تحسين نوعية الخدمة و التكفل بالمريض في خطة مسبقة بين الطاقم الطبي و الشبه الطبي والإداري.

– **التعاقد الداخلي و تفويض و مراقبة التسيير:**في مراقبة التسيير حددت مهام و أهداف كل قطب بعد تعاقد في إطار" عقد وسائل و موارد كما و نوعا " بحيث يكون التقييم على أساس مؤشرات مقبولة من طرف الجميع تؤسس لجهاز إعلامي صحي من اجل معرفة أكثر عن النشاط الطبي و الشبه الطبي و من ثم إمكانية توجيه هذا الجهاز بالارتكاز على:

[1] خلايفة العلمي،**إدارة الكفاءات في النظام الصحي الجزائري**،2023،مقال ،جامعة الوادي،ص:152.

- لوحة التحكم في النشاط الطبي و الشبه الطبي؛
- تطوير تقنيات الميزانية بتجميع المصالح في أقطاب متجانسة؛
- وضع جهاز تقييم و تسيير على أساس المحاسبة التحليلية.[1]

كما ينبغي أخذ مسألة العلاوات والمكافآت بعين الاعتبار، من أجل توفير حوافز مادية ومعنوية تعزز روح المسؤولية وتشجع على مشاركة أكبر عدد من الموظفين في العملية.

ويمكن تجسيد الحوكمة الإدارية من خلال توسيع نطاق التشاور بين مختلف الأطراف المعنية، ووضع قواعد جديدة لإعداد ومتابعة القرارات المرتبطة بالإدارة المؤسسية.

2.3.1.التعاقد الخارجي:

هو تعاقد العلاقات ما بين المؤسسات الصحية كمنتج للعلاج وهيئات مشترية موكلة من طرف الطالبين له: صناديق الضامن الاجتماعي، مديرية النشاط الاجتماعي بالنسبة للمعوزين. التعاقد الخارجي أسلوب تسير مؤسس على نظام تقديم الخدمة و المخالصة، و هذا الأسلوب من شأنه أن يكون بديل لأسلوب المساهمة السنوية حيث تصبح تغطي في أجال أقرب على أساس الخدمة، أي إمكانية زيادة التمويل مرتبطة بحجم النشاط هذا من شأنه إحداث جو تنافسي يصب في صالح النوعية و التكلفة وسهلة الحصول عليه.

4.1.شروط نجاح النهج التعاقدي: ويعتمد نجاح النهج التعاقدي على مايلي:

– تحديد مكتب القبول: نظرا للأهمية المركزية بمكتب الدخل في عملية التعاقد فإنه أصبح يكتسي أهمية في نظام وتسير المؤسسة الصحية، فالنصوص التنظيمية و الصادرة منذ سنة 2000 أعادت هيكلة مكتب الدخول سواء من الناحية التنظيمية أو نمط التسيير و النشاط.

فقد تناولت التعليمة الوزارية رقم 03 المؤرخة في 2000/12/07 المتعلقة بمكتب على مستوى المراكز الإستشفائية و المؤسسات المتخصصة و كذا القطاعات الصحية قواعد تنظيمية و تسيره و من بين ما أهم ماء جاء في هذه التعليمة من تعديلات هو الإلحاح على التوفيق و الانسجام بين مختلف سندات ووسائل التسيير بالإضافة إلى الرجوع إلى استعمال استمارة العلاج حيث أنها ضرورة لا بد منها و هي أساس للفوترة أي الرجوع إلى الفترة التي سبقت 1974 أكدت التعليمة المذكورة أنفا على تطور مفهوم التسيير والتنظيم و ذلك باعتماد طرق حديثة مسخرة وسائل الإعلام الآلي بالدرجة الأولى و منها:

– الفوترة :يعتبر مكتب الفوترة ذو أهمية كبيرة إذ يساهم بقسط كبير في توسيع دائرة إيرادات المؤسسة حيث يتكفل بـ:

[1] زيدات سناء،**ادارة ومالية المؤسسات الاستشفائية**،رسالة ماجستر،كلية الحقوق جامعة الجزائر،2001، ص:74.

-المراقبة و الاستغلال الجيد لاستمارة العلاج؛

- البحث عن المدينين لإعداد كشوف الحساب من أجل دفع مصاريف العلاج؛

- التقييم المالي للخدمة المقدمة توافقا مع نمط الاقتصاد المتبع بغية تأمين نتائج عن طريق تحقيق فوائد.

- استمارة العلاج: تعتبر استمارة العلاج اللغة الكمية للعلاج المقدم، ووسيلة عمل تكميلي بين مختلف المتدخلين فأعوان مكتب الدخول باعتنائهم بجانب الحالة المدنية و التعريف بمن هو المريض في علاقة التأمينية يؤسسون إلى قواعد التنظيم و التسيير العمومي فاستمارة العلاج تسمح بحساب تكاليف النشاطات الطبية التي استفاد منها المريض كما تبين كمية الإعتمادات التي تم استغلالها أثناء تقديم العلاج و هي سند أساسي لتقيم إيرادات المؤسسة و المعطيات الإحصائية و هي أدلة مراقبة و متابعة لاستهلاك الأدوية والمستهلكات الأخرى.

أما بالنسبة للأنشطة الإستشفائية مثل متوسط مدة الإقامة D.M.S معدل شغل الأسرة T.O.C ومعامل التداول على السرير C.R.C مؤشرات تدل على حسن أو سوء التسيير في المستشفى ويجب حسابها شهريا، فصليا، سداسيا أو سنويا ومقارنتها مع المؤشرات الجهوية الوطنية والدولية لأنه إذا كان معدل الإقامة في المستشفى طويل فإنّه يسبب نفقات إضافية وقد تؤدي إلى إصابة المريض بأمراض أخرى تطيل مدة الإقامة أكثر.

كما أن المعدل الضعيف لشغل الأسرة غير المشغولة تكلف يد عاملة ونفقات دون إدخال إيرادات.

- المتابعة بواسطة الإعلام الآلي:

ويتم ذلك من خلال إدماج المريض في برنامج Logiciel Patient، مما يتيح لمكتب الدخول متابعة وضعيته بشكل دقيق، ويشمل ذلك عمليات التسجيل والحفظ والاستغلال، حيث يسمح هذا النظام بـ:

- إدخال بيانات دخول المرضى ومغادرتهم؛

- ثبات الخروج النهائي للمريض من المؤسسة؛

- تحرير شهادات المكوث داخل المؤسسة الصحية.

كما يمكن من الحصول على الوثائق التالية:

- وثيقة حجز الغرفة؛

- استمارة متابعة العلاج؛

- احصاء عدد المرضى على مستوى المؤسسة؛

- تحديد المصلحة الموجه لها؛

التعليمة الوزارية رقم 03 ركزت على إعادة الاعتبار للعنصر البشري من خلال تدعيم مكتب الدخول بالقدرات البشرية كماً ونوعاً، مع التركيز على الكفاءات ذات المستوى التعليمي المتخصص، واعتماد التكوين المتواصل

والتحسيس والتوعية الدائمة. أما التعليمة الوزارية رقم 16 الصادرة في 2002/09/22 فقد شددت على ضرورة التعامل مع الأمر بجدية أكبر استعدادًا لدخول عالم المنافسة والتعاقد، وذلك بجعل مكتب الدخول فعالًا في التحكم في نظام الإعلام الصحي، وأوصت بمبدأ تسليم المريض ملخصًا عند الخروج. ثم جاءت التعليمة الوزارية رقم 17 الصادرة في 2002/12/24 لتضيف الملخص المعياري للخروج والرضا ايضا" بالنسبة للإدارة باعتبارها طرفًا في العقد، فيجب أن يصدر رضاها عن الجهة المختصة قانونًا بالتعاقد، وذلك وفقًا للأشكال والإجراءات المقررة قانونًا من حيث الشكل والاختصاص ".[1]

– وضع آليات تسير حديثة و فعالة وذلك بالاعتماد على ما يلي:

– تطبيق منهجيات متطورة لحساب التكاليف عبر توظيف المحاسبة؛

– تنظيم الموارد البشرية وتحسين مردودها عبر نظام الحوافز وتنمية روح الابتكار بما يضمن بلوغ الأهداف المرسومة ؛

– تطوير منظومة الأعمال الطبية وتبسيط رموزها لتيسير استخدامها من قبل مختلف الممارسين في الميدان الصحي؛

– اعتماد آلية متابعة وتقييم مستمرة للمشروع تسمح بتصحيح الانحرافات في الوقت المناسب؛

– التقييم الدوري لمدى تنفيذ المشروع مع تقديم التصحيحات اللازمة في الوقت المناسب؛

– الانتهاء الفوري من عملية تعميم استمارة العلاج، و الفوترة على أساسها بصفة منتظمة؛

– إتمام عملية تعميم استمارة العلاج بصفة عاجلة، وربط عمليات الفوترة بها بصورة منتظمة ومستمرة؛

– تتجلى أهمية هذا النهج في وجوب تجسيد الإطار القانوني المنظم له، مع اعتماد آليات دقيقة لتوضيح الأهداف المشتركة بين مختلف الفاعلين، لا سيما مصالح الصحة والضمان الاجتماعي؛

1.5.الأسس القانونية للتعاقد:العقود التي تبرمها الإدارة عادة ما تكون عقودا إدارية، وتكون الأحكام الضابطة للعقد الاداري متشابهة مع العقد المدني، حيث يتضمن توافق إدارتين على إنشاء التزامات وحقوق مع تمتع الإدارة بميزة السلطة العمومية وقد تم توضيح ذلك في تعريف مفهوم العقد، وللعقد له ثلاث مرتكزات تتمثل فيما يلي:

أولا:التراضي Consentement : نصت المادة 59 من القانون الجزائري"يتم العقد بمجرد أن يتبادل الطرفان التعبير عن إرادتهما المتطابقتين دون الإخلال بالنصوص القانونية وطبقا للمادة 59 من القانون يتم التراضي بإيجاب وقبول متطابقين يتجهان الى أحداث أثر قانون هو إنشاء التزامات تترتب عليها اتفاقيات، ويشترط لصحة التراضي

[1] شريف عزيز،**دراسات في نظرية العقد الإداري**،دار النهضة العربية،1981،ص:15.

أن يكون كل من طرفي العقد متمتعًا بأهلية التعاقد، وأن يكون القبول مطابقًا تمامًا للإيجاب من دون أي تعديل أو تقييد أو زيادة، وإلا أعتُبر ذلك إيجابًا جديدًا وفقًا للمادة 66 من نفس القانون.[1]

والرضا أيضا" بالنسبة للإدارة باعتبارها طرفًا في العقد، فيجب أن يصدر رضاها عن الجهة المختصة قانونًا بالتعاقد، وذلك وفقًا للأشكال والإجراءات المقررة قانونًا من حيث الشكل والاختصاص ".[2]

وبالنسبة للإدارة الصحية، فإن مفهوم التراضي فيها يتحقق من خلال تبادل الإرادتين عبر الإيجاب والقبول، إذ يمكن أن يتمثل الإيجاب في تعبير الطبيب عن رغبته في تقديم خدمة صحية معينة، بينما يظهر القبول في موافقة المريض على تلقي تلك الخدمة أو مكوثه في العيادة للاستفادة منها.

أما في مجال التعاقد في التمويل الصحي، فيتجلى التراضي من خلال تحديد أطراف العقد بوضوح، حيث يتكون العقد عادة من:

- **الهيئة الممولة** :وهم الاشخاص الذين يتكفلون بالنفقات والمصاريف كالضمان الاجتماعي أو مؤسسات التأمين الصحي.
- **المؤسسات الصحية** بكل أطيافيها والمقدمة للخدمات الصحية .
- **مستهلك الخدمة الصحية** المتمثل في المريض أو المؤمن له، ويهدف هذا التعاقد إلى تنظيم العلاقة بين هذه الأطراف الثلاثة وتحديد حقوقهم والتزاماتهم في إطار تمويل وتقديم الخدمات الصحية وضمان جودتها واستمراريتها.

ثانيا:محل الالتزام: وهو العملية القانونية التي يراد تحقيقها من حيث إنشاء حقوق والتزامات متقابلة للمتعاقدين.[3]

كما يُقصد بمحلّ العقد الالتزام الذي ينشأ عنه، سواء كان هذا الالتزام يتمثل في إعطاء شيء، أو القيام بعمل، أو الامتناع عن عمل، وبذلك فإن المقصود من "المحل" في جوهره هو محل الالتزام نفسه، غير أنّ الفقهاء جرت عادتهم على استخدام تعبير محل العقد بدلاً من محل الالتزام، ويُشترط في المحل توافر ثلاثة شروط أساسية، كما يتضح من نصوص المواد 92 إلى 96 من القانون المدني وهي:

- أن يكون موجودا عند إبرام العقد أو ممكن الوجود في المستقبل؛
- أن يكون معينا أو قابل للتعين؛
- أن يكون مشروعا.[4]

---

[1] علي علي سليمان،**النظرية العامة للالتزام،مصادر الالتزام في القانون المدني الجزائري**، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية بن عكنون الجزائر،الطبعة الخامسة، 2003، ص:28.

[2]شريف عزيز،**دراسات في نظرية العقد الإداري**،دار النهضة العربية،1981،ص:15.

[3] حلمي محمود،**العقد الاداري**،دار الفكر للطباعة والنشر،ط2 ،1977،ص:6.

[4]على سليمان،**مرجع سابق**،ص:69-70.

ثالثا:السبب: يقصد بالسبب الباعث على التعاقد و يشترط أن يكون السبب مشروع بحيث يتماشى و متطلبات النظام العام (فلا يعطى مخدر بغرض الإدمان)، والسبب في منظور النهج التعاقدي يكمن في ضبط الأموال التي تقدمها الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي و تدقيق عملية حساب الكلفة كما يكمن السبب في الخدمة الاجتماعية التي يتعين على الدولة ضمانها في إطار مفهوم المرفق العام.[1]

وسبب العقد هو الباعث الدافع إلى التعاقد، سواء كان مباشرا أو غير مباشر، ويشترط فيه أن يكون مشروعا.[2]

ومما سبق فالسبب في العقد هو الباعث أو الدافع الذي يحمل أحد الأطراف على التعاقد، ويُشترط أن يكون مشروعًا وموافقًا للنظام العام والآداب حتى يكون العقد صحيحًا.

وفي القطاع الصحي، يتجلى السبب في الرغبة في تقديم أو الحصول على خدمة علاجية أو وقائية مشروعة تهدف إلى الحفاظ على صحة الأفراد وضمان رفاه المجتمع، كما أن العقود المبرمة في المجال الصحي، سواء بين الطبيب والمريض أو بين الدولة ومؤسسات الرعاية الصحية، تقوم على أسس إنسانية واجتماعية تسعى إلى تحقيق المصلحة العامة أكثر من تحقيق الربح، مما يجعل السبب فيها مرتبطًا بضمان جودة الخدمة واستمرارية المرفق الصحي في أداء مهامه.

2. المشاركة والمقاربة بالأهداف والنتائج:تعد المقاربة التشاركية مفهوما مشتقا من المعنى العام للديمقراطية التشاركية التي ترتكز بالأساس على إشراك المواطنين واستشارتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بتنمية حياتهم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وهي ذات صلة مباشرة بمفهوم الحكامة أو الحوكمة، حيث لم يعد التسيير والتنمية شأنا مركزيا للدولة بمختلف مؤسساتها ومصالحها العمومية بل أصبح شأنا جماعيا يتقاطع فيه المجتمع المحلي واللامركزي ويتضافر مع مجهودات السلطة السياسية المركزية من تحقيق تنمية شاملة ومستدامة.

ولوضع منهجية متكاملة لتسيير القطاع الصحي والإدارة الصحية "وفق المقاربات التسيير الحديثة، فقد أصبح من الضروري المواءمة المتكاملة بين السياسة والإدارية، لتطوير الفعل العمومي ورفع قدراته الوظيفية والعملية (تنظيميا، ماليا، قانونيا، لا مركزيا، وإداريا...) من خلال المزيد من الآليات التنظيمية والضبطية الصارمة والدقيقة للحديث عن النجاعة والفاعلية.[3]

وفي هذا السياق يعتبر (Domin Jean-Paul) أن منطق إدارة المستشفى هو منطق إداري بيروقراطي، بحيث يعود في أساسه إلى النمط التسييري للمستشفى عقب الثورة الفرنسية من خلال قانون 07 أكتوبر 1796

[1] مقدر طارق،**اصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية من خلال اعادة النظر في نظام تمويلها**،ماجستير،ادارة أعمال،جامعة الجزائر،2005،ص:109.

[2] زعلاني عبد المجيد،**موسوعة القانون الجزائري**،دار بيرتي للنشر،2009،ص:235.

[3] زينب قريوة،رشيدة بوخالف،**المقاربة التشاركية ونظام التعاقدية كآلية لتمويل وعصرنة القطاع الصحي الجزائري**،مجلة ابحاث قانونية وسياسية،المجلد08،العدد02، 2022،ص:536.

حيث عهد تسيير المؤسسة الاستشفائية للجنة إدارية (Commission Administrative) مكونة من 05 مواطنين يقيمون في البلدية المقر، برئاسة رئيس البلدية ويعينون أمينا يدير المستشفى بشكل فعلي، ليغير هذا الأمين فيما بعد ويصبح بصفة المدير ويتمتع بسلطة محاسبية وهرمية.

هذا المنطق البيروقراطي إستمر رغم التعديلات التي مست تنظيم مجلس الإدارة – بعد الجمهورية الخامسة سنة 1958- الذي حل محل اللجنة الإدارية، ليعرف تقلص دور مجلس الإدارة الديمقراطي الذي لا يتداول سوى في التوجيهات الكبرى للمؤسسة

هذه المقاربة البيروقراطية برزت في قطاع الصحة العمومي في الجزائر من خلال نموذجين أساسيين:

-النموذج التنظيمي للمرسوم التنفيذي 81/242،

-النموذج التمثيلي في مجلس الإدارة.

1.2.نمط التسيير الإداري بالنتائج: الإدارة بالنتائج تُعرّف بأنها أسلوب إداري يرتكز على تحقيق النتائج الملموسة، وهي استراتيجية موسعة تهدف إلى تغيير طريقة عمل المنظمات العامة والدولية بجعل تحقيق النتائج هو التوجه الرئيسي. يقوم هذا النظام على ضمان التزام المديرين بأهداف المؤسسة، مع التعبير عن هذه الأهداف بشكل قابل للقياس، حتى يتمكنوا من متابعة أدائهم وتقديمه بصورة واضحة.

هذا المفهوم يعكس تحولًا من التركيز على الإجراءات والوسائل إلى التركيز على المخرجات والنتائج، مما يعزز الشفافية والمساءلة، ويجعل الإدارة أكثر فعالية في تحقيق أهدافها الاستراتيجية.[1]

وجاء في تعريف لمنظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة 2019 ، على أنها أسلوب إدارة تستطيع المنظمة من خلاله كفالة إسهام جميع عملياتها ومنتجاتها وخدماتها في تحقيق النتائج المرغوبة وهي تعتمد على مساءلة واضحة بشأن النتائج، وتتطلب الرصد والتقدير الذاتي واعداد التقارير بشأن التقدم المحرز وذلك بصورة نظامية.[2]

يعتبر التسيير بالنتائج أحد مكونات الإدارة بالأهداف، والتي يرجع تاريخها لسنوات ما بعد الحرب ونجد أسسها في الكتاب الشهير Drucker أما بخصوص الهيئات الخدمية ومنذ خمسة عشرة سنة نتكلم خصوصا عن "الأداء"، حيث تم التطرق بشكل واسع للأهمية المتزايدة لهذا المفهوم في الخدمة العمومية في كتابDe Bruijn و في أمد سابق قام كل من Santo ، Verrierبتحليل النشاط العمومي واستنتاج مؤشرات ذات أهداف خاصة بالأداء . وبشكل عام لتطوير أداء النشاط العمومي باستخدام منهج التسيير بالنتائج وتقيمه، تتبع خطوتين مشتركتين وهذا بعد استخراج في بداية الأمر دورة إدارة أداء النشاط العمومي المنتج للنتائج ، والخطوتين المذكورتين تتكونان أساسا من :

[1] فاتن باشا،الادارة بالنتائج: **مدخل مفاهمي للممارسة الادارية بالمؤسسات الرياضية**،جامعة بسكرة،مجلة العلوم الانسانية،المجلد 24،العدد02. 2024،ص:209.

[2] سارة زرقوط،**الادارة بالنتائج ودورها في تحديث الادارات العمومية بجورجيا**،جامعة سكيكدة،مجلة تطوير العلوم الاجتماعية،2020،ص:31.

أولا : التنبؤ والتحديد لنوعية الخدمات المطلوبة من المواطنين، زبائن، على أساس تقييم الاحتياجات الخاصة بهم .

ثانيا : تقييم الخدمات التي تقدمها المنظمات العمومية باستعمال مؤشرات مناسبة.[1]

من خلال ما سبق يمكن تقديم مفهوم الادارة بالنتائج على أنه أسلوب حديث في الإدارة يقوم على توجيه جهود المنظمة نحو تحقيق نتائج محددة وقابلة للقياس، من خلال تحديد الأهداف بوضوح وربطها بالأداء الفعلي، بما يضمن المساءلة والشفافية في تحقيق تلك الأهداف، ويعتمد هذا النهج على التقييم المستمر للأنشطة والبرامج، قصد تحسين الأداء العام وضمان تلبية احتياجات المستفيدين بفعالية وكفاءة.

وتشتمل الادارة بالنتائج على مجموعة من الممارسات المتمثلة في:

- تحديد النتائج المتوقعة بدقة؛
- متابعة هذة النتائج ومتابعتها بإستمرار؛
- التركيز على النتائج الأكثر تأثيرًا واستدامة على أداء الأفراد داخل المؤسسة.

وتتمثل مبادئها في:

- التركيز على النتائج في جميع مراحل العملية وهذا بتوجيه الحوار والقرارات نحو النتائج في التخطيط، التنفيذ، والتقييم .
- محاذاة البرمجة والمراقبة مع النتائج وذلك بربط البرامج والأنظمة بالأهداف النتائجية لضمان التوافق.
- إدارة الموارد بناءً على النتائج وذلك بتخصيص الميزانيات والجهود لتحقيق النتائج المرغوبة بدلاً من الأنشطة.
- استخدام معلومات النتائج للتعلم عن طريق تحليل البيانات لاستخلاص الدروس وتحسين الأداء المستقبلي؛
- مشاركة الأطراف المعنية وذلك بإشراك الشركاء والمستفيدين في تصميم وتنفيذ البرامج لتعزيز الملكية؛
- المرونة والتكيف وذلك بتعديل الخطط بناءً على التغييرات السياقية والمراقبة المستمرة؛
- تعزيز الشفافية والمساءلة عن طريق إعداد تقارير واضحة لضمان الالتزام بالأهداف والمسؤولية.

وتتمثل مساهمة هذا النمط من التسيير في المرفق العمومي الصحي من خلال:

- يساعد هذا النهج على رفع جودة الخدمات الصحية من خلال التركيز على النتائج المرجوة بدلاً من التركيز على مجرد تنفيذ العمليات الإدارية.
- يؤدي التركيز على النتائج إلى تحسين الكفاءة التشغيلية للمؤسسات الصحية وتقليل التكاليف، حيث يتم توجيه الموارد نحو تحقيق أهداف محددة.

[1] رفاع شريفة،**أساسيات فعالية قياس الاداء وفق منهج التسيير بالنتائج في المنظمات الحكومية**،جامعة ورقلة،مجلة الباحث،2010،ص:71.

- يتم من خلاله استبدال الإدارة البيروقراطية التقليدية بنماذج حديثة تركز على الأهداف، مع مراقبة دورية للنتائج لضمان تحقيقها.

- يمنح هذا النهج استقلالية أكبر للمؤسسات الصحية في اتخاذ قراراتها وتحديد مساراتها لتحقيق أهدافها، مما يساهم في رفع مستوى أدائها.

- يساهم التسيير بالنتائج في تحقيق أهداف وطنية ورؤية أوسع، مثل تحسين صحة السكان، ورفع جودة الرعاية الصحية، وتعزيز التحول الرقمي في القطاع الصحي، وذلك وفقًا لرؤى استراتيجية طويلة الأمد.

2.2.نمط التسيير الإداري بالأهداف:

في عام الإدارة الحديثة، حيث تتسارع التحديات وتتزايد الضغوط على المؤسسات لتحقيق أداء متميز، برز نمط التسيير الإداري بالأهداف كأحد الأساليب الرائدة التي تحول طريقة تفكير القادة والموظفين على حد سواء، بدلاً من الاعتماد على التوجيهات العلوية أو الروتين اليومي، يضع هذا النمط الأهداف في قلب العملية الإدارية، ليصبح كل فرد مشاركًا في صياغتها وملتزمًا بتحقيقها في المؤسسات الاستشفائية، يأتي هذا النمط ليواجه تعقيدات الرعاية الصحية بأسلوب منظم يربط بين الجهود اليومية والأهداف الاستراتيجية، مما يمهد لتحسين جودة الخدمات وسلامة المرضى، يفتح هذا المدخل الباب أمام استكشاف تعريفاته الدقيقة، خطوات تطبيقه، ودوره في تعزيز الأداء المؤسسي.

1.2.2.مفهوم الإدارة بالأهداف:

اختلف الباحثون في تحديد مفهوم الإدارة بالأهداف، ولكنهم على شبه إتفاق أن الإدارة بالأهداف دور إداري حديث يقوم بتحديد الأهداف في العملية الإدارية وبمشاركة المرؤوسين في المؤسسة، ومن الصعب تحديد تعريف شامل لهذا النمط من التسيير كما يظهر من خلال التعاريف التالية:

- يعرفها "Drucker " على أنها" العملية التي يتم فيها تحديد الأهداف ووضع الأولويات وتصميم بنية الإدارة من اجل أهداف محددة للمنظمة".

- يعرفها "Samuel Adekunle" بأنها" تتشكل فلسفة الإدارة بالأهداف من خلال ثلاثة عناصر رئيسية:صياغة الأهداف، وعملية التنفيذ، وملاحظة الأداء".[1]

- ويعرفها "Mc Gregor " فهو أشار في تعريفه إلى الدور الذي يلعبه هذا الأسلوب في تحسين الأداء المستقبل للأفراد، وتنمية قدراتهم على تحديد الأهداف ومعايير قياس الانجازات واكتشاف الفرص والمجالات التي تطور الأداء.[2]

[1] حجو يوسف،**دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية**،أطروحة دكتوراه،العلوم الاقتصادية،تخصص تسويق الخدمات،جامعة الشلف،2021،ص:4.

[2] محمد عبد الله،**الإدارة بالأهداف النظرية والتطبيق**،الناشر مكتبة غريب،ص:17-18.

و يمكن القول إن الإدارة بالأهداف هي أسلوب حديث في التسيير يقوم على إشراك مختلف المستويات الإدارية في تحديد الأهداف المراد تحقيقها، وترجمتها إلى خطط وبرامج عمل قابلة للقياس والتنفيذ، مع متابعة دورية لمدى التقدم نحو تحقيقها، بهدف تحسين الأداء الفردي والجماعي ورفع كفاءة المؤسسة في استغلال مواردها لتحقيق نتائج ملموسة تتماشى مع رسالتها وأهدافها الاستراتيجية.

ويهدف هذا النمط من التسيير إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، ورفع كفاءة استغلال الموارد البشرية والمادية، وتعزيز ثقافة الأداء والمسؤولية المشتركة داخل المستشفى، بما يضمن تحقيق نتائج ملموسة تتماشى مع السياسة الصحية الوطنية واحتياجات المجتمع.

2.2.2.مبادئ نمط التسيير بالأهداف:يمكن تلخيص المبادئ الخاصة بهذا النمط في مايلي:

1.2.2.2.مبدأ التشاركية: وتتمثل ضرورة المشاركة بين الرئيس والمرؤوسين في تحديد أهداف المنظمة بعد صياغتها وتحليلها. حيث يعتمد هذا الأسلوب على افتراض أن الرئيس سيشجع مرؤوسيه على المشاركة والمبادرة وأن المرؤوسين يمكن الوثوق في قدراتهم وأنهم يسعون إلى تحقيق التنمية للمؤسسة والمساهمة في تحقيق أهدافيها، ويتحقق هذا المبدأ بمايلي:

- إضفاء المشاركة الايجابية في الأوساط العمالية، وهذا يجعلهم يشعرون بالفخر والإنتماء؛
- تجسيد المسؤولية المشتركة ، وهو ما يترتب عنه الممارسة بشفافية، وإلتزام كل من الرئيس والمرؤوسين؛
- إن مشاركة الرئيس لمرؤوسيه في تحديد الأهداف، يجسد فعليا إلتزام جميع الموظفين نحو تحقيق هذه الأهداف؛

2.2.2.2.مبدأ تحقيق الأهداف: ويعني أن الإدارة تركز على تحديد أهداف واضحة ومحددة تتوافق مع رؤية المؤسسة، ويتبع ذلك وضع خطة عمل دقيقة لتحقيق هذه الأهداف خلال فترة زمنية محددة، ويندرج عنه عدة مبادئ فرعية منها:

- ضرورة التمييز بين الغايات والوسائل؛
- التدرج في تحقيق الأهداف بدءا بالأهداف الفرعية عن تضيق البرامج، ثم الانطلاق للأهداف الكلية والإعتماد على الأساليب المناسبة لتحقيق ذلك؛
- وضوح الهدف النهائي، حيث يتمكن من ترجمته إلى أهداف فرعية لإمكانية تحقيقها بيسر وسهولة.[1]

3.2.2.2.مبدأ تقييم الأداء:يعتمد تقييم الأداء في أسلوب الإدارة بالأهداف بشكل أساسي على مدى وضوح ودقة الأهداف الموضوعة منذ بداية العملية الإدارية، فكلما كانت الأهداف محددة وقابلة للقياس، كان من الأسهل وضع

[1] طارق زياد الاسطل،**درجة تطبيق الإدارة بالأهداف في الجامعات الاردنية الخاصة في عمان من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية**،كلية العلوم التربية،جامعة الشرق الاوسط للدراسات العليا،2008،ص:17-18.

معايير موضوعية لتقييم الأداء، كما يسمح هذا الأسلوب بتقييم جهود الأفراد والوحدات التنظيمية بناءًا على مدى تحقيقهم لتلك الأهداف، بعيدًا عن الأحكام الشخصية أو التقديرات العامة.

4.2.2.2.مبدأ وضع الخطة: تُعدّ الخطة بمثابة برنامج عمل شامل يُرسم لتحقيق هدف أو مجموعة من الأهداف المحددة بدقة، فهي الأداة التي تُحوّل الرؤى والطموحات إلى واقع ملموس، إذ أن الهدف الذي لا يُرافقه تخطيط منظم وجدول زمني للتنفيذ يبقى مجرد حلم أو فكرة غير قابلة للتحقيق، ومن ثم يجب أن تكون لكل مجموعة من الأهداف خطة واضحة تتضمن تحديد الوسائل والإمكانات المتاحة، وتوزيع المسؤوليات بين الأفراد أو الفرق، مع وضع جدول زمني يوضح المراحل الأساسية والمهام المطلوب إنجازها في كل مرحلة، فبهذا الشكل يصبح العمل أكثر تنظيماً وتنسيقاً، وتزداد فرص النجاح في بلوغ الأهداف المنشودة بأقل جهد وأعلى كفاءة.[1]

5.2.2.2.مبدأ الرقابة الذاتية: يقوم هذا المبدأ على فكرة أن كل عامل في المؤسسة يتحمل مسؤولية مراقبة أدائه بنفسه أثناء ممارسة مهامه اليومية ومشاركته في تحقيق الأهداف العامة، وبذلك ينتقل الدور الرقابي من الإدارة العليا إلى داخل الفرد نفسه، مما يعزز روح المبادرة والانضباط الذاتي ويزيد من وعيه بمدى مساهمته في نجاح المؤسسة.

6.2.2.2.مبدأ تخفيض المخاطرة: يتمثل هذا المفهوم في الوصول إلى تصميم فعال لنظم المعلومات بما يسمح بتخفيض المخاطر في عملية التخطيط، ودراسة البدائل والحلول المتاحة، واتخاذ القرارات بشأنها، وتحقيق الاستمرارية والنمو التنظيمي.[2]

3.2.خصائص نموذج الإدارة بالأهداف:

يتّسم نموذج الإدارة بالأهداف ببعض الصفات التي تجعله أداة فعالة في تحسين أداء المؤسسات من خلال تعزيز التزام الموظفين على كافة المستويات الوظيفية، وتحفيزهم على تحقيق الأهداف والنتائج المرجوة، ولكي تتم هذه العليمة وجب المرور بعدة خطوات تتمثل فيما يلي:

1.3.2.دقّة الهدف:حيث يقوم نجاح النموذج عمليًّا بأكمله عليه، ولهذا يجب أن تكون أهداف نموذج الإدارة واضحة وقابلة للقياس، ومحددة مما يساعد على فهم الموظفين لما هو متوقع منهم، ويساعدهم على تكثيف جهودهم صوب الأهداف المرجوة.

2.3.2.التطوير المستمر :يتطلب نموذج الإدارة بالأهداف مراجعة دورية، لتجنّب تكرار الأخطاء، والوقوف على نقاط القوة والضعف، وتحسين الأداء، والبناء على الدروس المستفادة من هذه الأخطاء.

[1] حجو يوسف،دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية،دراسة حالة،اطروحة دكتوراه،تخصص تسويق الخدمات،جامعة الشلف،2021،ص:14.

[2] مبروكة عبد الله الخفيفي،فاطمة يوسف المنصوري،**تطبيق الإدارة بالأهداف وعلاقتها بأداء العاملين بمنظمات الأعمال الليبية**،المجلة الجزائرية للاقتصاد السياسي، مجلد02 العدد02، 2020،ص:15.

3.3.2.المشاركة والتعاون :أحد أهم الخصائص الأساسية لنموذج الإدارة بالأهداف هو المشاركة بين مختلف مستويات المنظمة، سواء في مرحلة التخطيط أو التنفيذ أو اتخاذ القرارات، مما يعزز التواصل الفعال ويساهم في خلق بيئة عمل إيجابية

4.3.2.الديناميكيّة :يجب أن يتصف نموذج الإدارة بالأهداف بالمرونة والقدرة على استيعاب و ملائمة التغيّرات الحادثة والمؤثرة على المنظمة، سواء كانت تغيّرات داخليّة أو خارجيّة، لهذا يجب أن تكون أهداف نموذج الإدارة قابلة للتعديل لضمان استمرارية نجاح المنظمة

5.3.2.الإطار الزمني: يجب ارتباط أهداف نموذج الإدارة بإطار زمني محدّد يتوافق مع ما يحتاجه تحقيق الهدف واقعيًا، ويساعد هذا الإطار الزمني على توجيه الجهود بكفاءة وفاعلية، وتقييم الأداء الإداري للمنظمة في تحقيق الأهداف المحددة خلال فترة زمنية معينة

6.3.2.البساطة :يجب أن يتسم نموذج الإدارة بالأهداف بالسلاسة والسهولة التي تجعله نموذجًا صالحًا للتطبيق في المنظمّات المختلفة بغض النظر عن طبيعة نشاطها.

7.3.2.المسؤوليّة المشتركة: تنبع هذه المسؤولية نتيجة تضمين مختلف مستويات المنظمة في صنع القرار وتحديد الأهداف، مما يشعر الموظفون بأنهم جزء من العملية الإدارية ويعزز التزامهم ودوافعهم نحو تحقيق النجاح المهني الشخصي والمؤسسي.

8.3.2.الاستمراريّة :بمجرد انتهاء الجدول الزمني للأهداف يبدأ بعده جدول زمني جديد بأهداف جديدة، مما يحافظ على تعزيز الأداء المستدام للمنشأة.

9.3.2.التقييم والنقد البنّاء :يعتبر النقد البناء لنموذج الإدارة بالأهداف من العناصر الأساسية التي تساعد على التطوير وتحسين الأداء من خلال تطبيق استراتيجيات وإجراءات إدارية ناجحة وفعالة.[1]

4.2.إنعكاسات الإدارة بالأهداف على إدارة المستشفيات:

إن نمط تسيير الإدارة بالأهداف له أثرًا عميقًا على إدارة المستشفيات، حيث تساهم بشكل رئيسي في تحسين جودة الخدمات الصحية، وتعزيز الأداء، وتحقيق رضا العاملين، ويتمثل ذلك في عدة جوانب رئيسية كمايلي:

1.4.2.تحسين جودة الخدمات الصحية:إن الإدارة الفعالة، وخاصة التي تعتمد على أسلوب الإدارة بالأهداف، تساعد على تنظيم الموارد بشكل أكثر كفاءة، وتحقيق معايير الجودة العالية في تقديم الرعاية الصحية. وتعمل

[1] https://www.daftra.com/hub29:اطلع عليه يوم 30 و14 على الساعة

على ترسيخ ثقافة الجودة، من خلال تعزيز الالتزام، الشفافي، والمساءلة بين الموظفين، مما يعزز من مستوى الخدمات المقدمة.[1]

2.4.2.تعزيز أداء الموظفين: أي منظمة تعتمد التسيير بالأهداف حيث تشير الدراسات إلى أن تطبيق الإدارة بالأهداف يساهم في دعم وتحفيز الموظفين، مما يؤدي إلى تحسين أداء الموارد البشرية في المؤسسات الصحية، حيث يتطلب ذلك مشاركة الموظفين في وضع الأهداف وترتيبها، مما يعزز من شعورهم بالإنتماء والإلتزام، ويزيد من رضاهم الوظيفي.[2]

3.4.2.تحسين بيئة العمل ورضا العاملين: تطبيق الإدارة بالأهداف يساعد على خلق بيئة عمل إيجابية، من خلال تفعيل الرقابة الفعالة وإشراك الموظفين في تخطيط الأهداف، مما يساهم في تحقيق رضا العاملين وتحسين الأداء العام.[3]

4.4.2.تطوير الموارد وتقنيات العمل: يسهم تطبيق الإدارة بالأهداف في المستشفيات في تحقيق أداء فعّال ونتائج متميزة، إذ يتيح هذا النمط من التسيير توجيه الجهود نحو أهداف واضحة ومحددة، مما يؤدي إلى الإستخدام الأمثل للموارد، وتطوير التقنيات، وتعزيز روح الإبتكار في تقديم الخدمات الصحية. وينعكس ذلك إيجابًا على كفاءة الأداء وجودة الرعاية المقدّمة.

كما يساهم هذا الأسلوب في تجسيد رسالة المستشفى من خلال تحديد الأهداف العامة بدقة واختيار الأنسب منها بما يتوافق مع إستراتيجيته، إذ أن أي قصور في صياغة الأهداف ينعكس سلبًا على فعالية الرسالة الاستشفائية. إضافة إلى ذلك، تلعب الإدارة بالأهداف دورًا محوريًا في تحسين عملية صنع القرار وتعزيز نظام الرقابة والمعلومات، من خلال اعتماد مبدأ المشاركة بين الرئيس والمرؤوس في تحديد الأهداف والعمل المشترك على تحقيقها بعيدًا عن الأساليب التسلطية.

كما تسهم الإدارة بالأهداف في تنمية روح القيادة داخل المؤسسة الصحية وتحفيز الموارد البشرية، عبر إشراكها في وضع الخطط وتحمل المسؤولية، مما يعزز من إلتزامها ويدعم بيئة عمل قائمة على التعاون والإبتكار.[4]

5.2.مشروع المؤسسة:رغم أن مصطلح مشروع يعتبر حديثا نوعا ما، إلا أنه يوجد له تنظير في بعض المراجع، لاسيما الرسمية منها وهي تلك الصادرة عن وزارة أو هيئة حكومية.

---

[1] https://www.codezone-eg.com/ar/blog/the-role-of-management-in-improving-healthcare-service-quality-in-hospitals2025/10/30 أطلع عليه يوم:

[2] تونسي اسمهان،بن الدين أمحمد،**أثر الادرة بالاهداف على اداء المرد البشري في المؤسسات العمومية الصحية-دراسة حالة مؤسسات القطاع الصحي لولاية أدرار**،مجلة التكامل الاقتصادي،المجلد 10،العدد02، 2022،ص:10.

[3] حازم فروانة،**انعكاسات الادارة بالاهداف في رضا العاملين في القطاع الصحي**،جامعة تلمسان،مجلة التنمية الاقتصادية،العدد06،2018،ص:47.

[4] حجو يوسف،**مرجع سابق**،ص: 105-114.

مشروع المؤسسة يعني برنامجًا إراديًا وخطةً تطوعية تتكون من مجموعة من الأعمال المنسجمة، تهدف إلى تحقيق أفضل النتائج داخل المؤسسات، والرفع من مستوى التحصيل فيها، والسمو بجودة علاقتها بمحيطها الإقتصادي والإجتماعي والثقافي.[1]

فمشروع المؤسسة في المؤسسات الإستشفائية هو وسيلة أو أداة لتجسيد الرؤية الإستراتجية المستقبلية للمؤسسة، يسمح لها بترجمتها إلى خطط عملية سنوية. وتعرف المادة: 714-11 من قانون الصحة العمومية الفرنسية كالأتي: يحدد مشروع المؤسسة على وجه الخصوص على أساس المشروع الطبي، الأهداف العامة للمؤسسة في المجال الطبي، خدمات التمريض، السياسة الإجتماعية، برنامج التكوين، التسيير ونظم المعلومات على أن يتوافق هذا المشروع مع الأهداف المسطرة، من أجل تحديد وسائل الإستشفاء المناسبة، و الوسائل البشرية و التجهيزات الضرورية اللازمة لتحقيق الأهداف، ويحدد لمدة أقصاها خمس سنوات قابلة للمراجعة والتعديل.[2]

ويمر مشروع المؤسسة بعدة خطوات أساسية تتمثل في:

أ. تحليل الوضعية: هو عملية وصفية موضوعية وملموسة للسير الحالي لعمليات المنظمة في لحظة زمنية معينة، بهدف الى فهم وبيان طريقة عملها ووضعها، بحيث يمثل هذا التحليل نقطة الإنطلاق التي تتيح للمنظمة تحديد نقطة القوة والضعف ، وهي خطوة أساسية لوضع الخطط الاستراتيجية والتطويرية، لما يوفر رؤية واضحة للوضع الفعلي للمنظمة ويُسهل إتخاذ القرارات المبنية على فهم دقيق للبيئة الداخلية والخارجية التي تؤثر عليها.

ب. التشخيص: هو ذلك العمل الذي يهدف إلى ترتيب مظاهر الخلل ومصادره في عمليات المنظمة حسب الأهمية، بهدف تقديم حلول مناسبة لها تنسجم مع بيئتها الثقافية والاجتماعية ومع نمط التسيير المعتمد من طرفها وتمكن هذه المرحلة من:

- تحديد قيمة ومدى تأثير كل خلل أو مشكلة تم رصدها في أداء المنظمة ؛
- قياس الفجوة بين ما تسعى المنظمة إلى تحقيقه من أهداف، والواقع الفعلي الذي تعيشه حاليا.

ج. إعداد واختيار الحلول: ويقصد به جمع وحصر مختلف الحلول التي يمكن أن تصحح حالات الخلل، التي تم تشخيصها بصفتها الأكثر ضررا على عمل المنظمة، هذا الإحصاء سيسمح أيضا بإختيار الحل الأفضل للتنفيذ، وكخلاصة هذه المرحلة ستسمح إذا بـ:

- صياغة قائمة متكاملة للحلول أو محاور التحسين التي من شأنها تصحيح الإختلالات المسجّلة في عمل المنظمة؛

---

[1] خليل صبيرية،زديرة شرف الدين،حداد عمار،**مشروع المؤسسة كأداة حديثة للتسير الاستشفائي**، Journal of Economic Growth and Entrepreneurship JEGE،2021،ص:64.

[2] عقون سعاد،مقدود وهيبة،**تفعيل المناجمنت العمومي الجديد في المؤسسات الاستشفائية من خلال مشروع المؤسسة-دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية عين تادلس**،مجلة اقتصاديات شمال افريقيا،العدد28، 2022،ص: 525.

- اختيار الحلول الأكثر ملائمة لحاجات المنظمة والمتماشية مع التزاماتها وإمكاناتها.

د. التنفيذ: هو يتمثل في تنظيم عملية وقيادة تنفيذ الحلول أو محاور التحسين المعتمدة ، من أجل حل المشاكل و الإختلالات أو سد الثغرات في عملية ما من عمليات المنظمة، وتتيح هذه المرحلة في النهاية ما يلي:

- إعداد مخطط عملي واضح ومفصل لتطبيق الحل الذي تم اعتماده.
- إختبار الحل أو محور التحسين المعتمد، ومتابعة تطبيقه تحت الرقابة.
- تعميم الحل أو محور التحسين وتوسيعه ليصبح إجراءً مطبقا بصفة رسمية داخل المنظمة.

هـ. المتابعة والتقييم: وهي المرحلة التي يتم الفحص والتأكد من ملائمة الحل أو محور التحسين الذي تم تطبيقه، من طرف المعنيين بهذه العملية ، كما تتيح هذه العملية متابعة مستوى التقدم بشكل مستمر، وتعديل الحلول عند الحاجة بما يتوافق مع التطورات الحاصلة، وفي المحصلة، تسمح هذه المرحلة بـ:

- الإشراف على تنفيذ الحلول أو محاور التحسين ومراقبة سيرها؛
- تقييم النتائج المتحصّل عليها مقارنة بالأهداف المرسومة؛
- تقديم تصحيح أو تعديلات بالنظر للتقدم المحقق.[1]

1.5.2.التوجهات الكبرى المستهدفة بمشروع المؤسسة الصحية:

يتغير واقع المستشفيات بشكل غير متوقع وهذا نتيجة طابع الطوارئ الذي لا يمكن التنبؤ به ، بحيث تختلف فيه أنماط التسيير بيشكل كبير عن باقي المؤسسات الخدمية الأخرى ، لذا وجب الأخذ في الحسبان العوامل التالية:

- التعريف بالتوجيهات الكبرى في المجال الصحي، بما يتماشى مع السياسة الصحية الوطنية والتوجهات الاستراتيجية للدولة.

- تعريف المستخدمين بالإستعدادات الواجب إتخاذها عند الإحتياجات الخاصة، لاسيما الطبيب المرجعي والتداخل بين المستخدمين، مع ضرورة تكثيف التكوين المستمر لفائدة الموارد البشرية.

- تحديد المردودية المستهدفة والمراد تحقيقها في المستقبل.

- دراسة متطلبات الواقع الصحي والتفاعل مع تغيره بشكل أفضل عبر إعتماد منهج تشخيصي دوري للوضعية الصحية داخل المؤسسة.

لكن حاليا وفي الوقت الراهن فإن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أوعزت لمصالحها على الإهتمام بالتوجهات الكبرى التالية:

[1] شاربي بلقاسم،قاسمي أحمد توفيق،**مشروع المؤسسة كأسلوب إداري لإحداث التغير التنظيمي**،مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية،العدد 17،ص: 16-17-18.

– تخفيض عدد الأمراض المعدية والمتنقلة، عبر تعزيز الوقاية والتوعية الصحية داخل المجتمع.

– الإلتزام بالمتابعة المنتظمة للأمراض المزمنة، لضمان الإستقرار الصحي للمرضى وتقليل حالات الإستشفاء غير الضرورية.

– إعتماد التكنولوجيات الحديثة في التنظيم أو الرعاية الصحية، وتعزيز رقمنة الملفات الطبية ونظام المواعيد؛

– إعتماد أفضل الأدوية والمستهلكات وطرق التشخيص. بما يتوافق مع المعايير الدولية؛

– تطوير نشاطات الفحوصات، العلاجات، والجراحات اليومية وتحسين الخدمات الصحية؛

– إجراء الفحوصات الطبية المتخصصة على مستوى العيادات متعددة الخدمات بهدف إيجاد جو إستشفائي وتخفيف الضغط على المصالح الإستشفائية وفلترة الوافدين.

– إعتماد التراتبية في العلاج، والمركزية، والتركيز، وإعادة تأهيل المراكز المتخصصة لضمان التكفل الأمثل بالمرضى؛

– إدراج عدة تخصصات لتكون أحد جوانب الرعاية الصحية المقدمة، على غرار إعادة التأهيل بعد العمليات الجراحية؛

– الإهتمام بشكل خاص بالصحة العمومية بكل ما تتضمنه من مهام وقائية وعلاجية.[1]

[1] خليل صبيرية،زديرة شرف الدين،حداد **عمار،مرجع سابق**،ص: 68- 69.

المبحث الثاني: الأزمة الصحية كوفيد19.

واجهت النظم الصحية في الدول المتقدمة والنامية على حد سواء ضغوطا هائلة، حيث كافحت المستشفيات من أجل توفير أسرة العناية المركزة وأجهزة التنفس الاصطناعي، بينما دفع الكادر الطبي والتمريضي ثمنا باهظا في خطوط الدفاع الأمامية، وكشف الوباء عن مواطن الضعف الهيكلية في العديد من المنظومات الصحية وأظهر أهمية الاستثمار في القطاع الصحي كركن أساسي للأمن القومي.

تقدم جائحة كوفيد 19 نفسها كحقل دراسي خصب يتقاطع فيه الطب، الاقتصاد، الاجتماع، العلوم. وفي هذا المبحث سوف نعالج تحليل هذه الأزمة متعددة الأوجه، ليس فقط لتوثيق ما حدث، بل لفهم الدروس المستفادة.

إن استخلاص هذه الدروس هو أمر حتمي ليس فقط للتعافي من الأزمة الحالية، بل لتأسيس أنظمة أكثر صمودا واستعدادا لمواجهة التحديات الصحية العالمية التي لا مفر من ظهورها في المستقبل.

المطلب الأول: مفهوم الأزمة وخصائصها.

1. **تعريف الأزمة:** يمكن التطرق الى تعريفها لغة واصطلاحا.

أ.لغة: في قاموس المصباح المنير وردت الأزمة بمعنى الشدة والقحط ويقال:أزم علينا الدهر، أي اشتد وقل خيره، كذلك يقال أزمت عليهم السنة أي اشتد قحطها وتأزم أي أصابته أزمة.

وتعني كذلك الضيق والشدة، أزم عض عليه وأزم أزما، أمسك عن الطعام والمأكل، وأزم المكان إشتد بالقحط وأزم الأزم الطريق الضيق بين الجبلين.[1]

ب.اصطلاحا: الأزمات تتميز بحدوثها المفاجئ وغير المتوقع، حيث تكون شاملة وتمس العديد من الجهات الفاعلة المختلفة، مما يفرض اتخاذ قرارات سريعة وجريئة في ظل ضغوط زمنية شديدة ومع غياب اليقين الكامل. كما أنها تجذب انتباه العامة ووسائل الإعلام، وتؤدي إلى انتشار الأخبار والشائعات، وهو ما يزيد من تعقيد عملية إدارتها ويجعل التعامل معها يتطلب جاهزية عالية ومرونة في التسيير.[2]

" والأزمة (Crises) مصطلح مشقة من الكلمة اليونانية (krisis) والتي تعني لحظة القرار، وفي اللغة الصينية (Wetji) وهي عبارة عن كلمتين Wet والتي تعبر عن الخطر، و Ji والتي تعبر عن الفرصة التي يمكن استثمارها لدرء الخطر، وتشير كلمة الأزمة إلى لحظة مصيرية أو زمن مهم ،كما تشير إلى معنى التغيير المفاجئ، وفي الغالب نحو

[1] بوعلاقة عز الدين، **مساهمة الكفاءات البشرية في إدارة الأزمات دراسة حالة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية**،أطروحة دكتوراه علوم التسيير،تخصص ادراة أعمال،جامعة الجزائر 03،2023،ص:31.

[2] اية رياض العبد القادر بورزان،**إدارة الأزمات**،الجامعة الافتراضية السورية،سوريا،2021،ص:02.

الأسوأ، وفي الحضارة الإغريقية القديمة فإن الأزمات هي مواقف تحتاج إلى صناعة القرار، والأزمات تشكل نقطة تحول تاريخية حيث تكون الخيارات والقرارات الإنسانية قادرة على إحداث تغيرات أساسية وجوهرية في المستقبل".[1]

الأزمة تُعرّف بأنها طارئ يحدث في مكان أو عدة أماكن ويتسبب في دمار أو خراب، مما يستدعي اتباع إجراءات غير اعتيادية لتجنيب الدولة أكبر قدر ممكن من الآثار السلبية المترتبة عليها. وهي حدث فجائي يحمل في طياته تهديدًا، ويحتاج إلى سلسلة من الإجراءات السريعة والفعالة لتجاوزه أو على الأقل الحد من سلبياته.[2]

رغم التعاريف الاصطلاحية العديدة إلا أنه يجري الاتفاق على أن الأزمة محددة بفترة زمنية معينة، إذ ترد في قاموس راندام على أنها" ظرف انتقالي يتسم بعدم التوازن ويمثل نقطة تحول تحدد في ضوئها أحداث المستقبل التي تؤدي إلى تغيير كبير"، ويتفق رضا رضوان مع هذا التعريف عندما اعتبر الأزمة" فترة حرجة أو حالة غير مستقرة تنتظر تدخلا أو تغييرا فوريا".

أما بيبر فيذهب إلى اعتبارها" نقطة تحول في أوضاع غير مستقرة يمكن أن تقود إلى نتائج غير مرغوب فيها إذا كانت الأطراف المعنية غير مستعدة أو غير قادرة على احتوائها أو درء مخاطرها".[3]

ومنه نستنتج أن الأزمة هي موقف طارئ وغير متوقع يؤدي إلى اضطراب في نظام ما ويهدد بتحقيق خسائر كبيرة مادية أو معنوية إذا لم يتم التعامل معه بشكل فعال وسريع، يستلزم إتخاذ قرارات وتدابير معينة بهدف إستعادة التوازن ومنها تفاقم المشكلة مما ترتب عليها اثار سلبية يمكن أن تكلف خسائر أكثر من المعقول.

مما سبق يمكننا أن نعرف الأزمة على أنها هي حالة من الاضطراب أو التوتر الشديد الذي يطرأ على الأفراد أو المؤسسات أو المجتمعات، ويشكل لهم تهديدا يهدد استقرارهم أو استمراريتهم ، وتحدث الأزمة نتيجة وقوع تطور مفاجئ يتطلب استجابة عاجلة ومكثفة ، بحيث يكون في هذه الحالة نقص في الوقت والموارد المتاحة لمعالجة الوضع، مما يتطلب اتخاذ قرارات وإجراءات سريعة وفعالة للحد من الأضرار وإيجاد حل للإشكالية أو المشكلة ومعالجتها.

2.الأزمة الصحية: بالإنجليزية (Health crisis) هي حالة صعبة أو نظام صحي معقد يؤثر على البشر في منطقة أو عدة مناطق جغرافية، وقعت أساسا في الأخطار الطبيعية ، من مكان معين لتشمل الكوكب بأسره. للأزمات الصحية عموما آثار كبيرة على صحة المجتمع، والخسائر في الأرواح والاقتصاد. قد تنجم عن الأمراض أو العمليات الصناعية أو سوء السياسات.[4]

---

[1] غسان قاسم داود اللامي،خالد ابراهيم العيساوي،**إدارة الأزمات الاسس والتطبيق**،نشر الكتروني،العراق،2020،ص:12.

[2] مريم جنان، **استراتيجية إدارة الازمة الصحية كوفيد 19 في الجزائر**، مجلة الحقوق والحريات، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 3،ص:162.

[3] فاطمة صالحي، **إدارة الازمات الصحية في الجزائر: الفشل السياسي والإداري في إدارة أزمات الأوبئة –إدارة ازمة وباء الكوليرا نموذجا 2018–**، أطروحة دكتورا، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة قالمة 8ماي 1945، ص: 13-14.

[4] https://ar.wikipedia.org/wiki.2025/11/05 اطلع عليه يوم:

الأزمات الصحية" هي الأزمات التي تحدث بشكل مفاجئ و متسارع في قطاع الصحة ويؤدي إلى حدوث خسائر في الأرواح من أمراض أو كوارث طبيعية في منطقة معينة أو في العالم.[1]

وبتعريف أخر لأزمة الصحية هي حالة طوارئ عامة مفاجئة أو غير متوقعة تهدد الصحة العامة لمجتمع أو دولة أو العالم، ناتجة عن انتشار مرض معدٍ، كارثة طبيعية، أو عوامل أخرى، مما يؤدي إلى نقص في الموارد الصحية، زيادة الوفيات، وتأثير اقتصادي واجتماعي واسع.

عموما يكمن التحدث عن الأزمات الصحية التي تصيب الإنسان بالخصوص والتنظيمات الصحية في العالم كما حدث مع أزمة كورونا المستجد، فيروس إيبولا في إفريقيا من قبل والملاريا وانفلوزا الطيور والخنازير وسارس قبلها.

وعليه فان الأزمة الصحية هي حالة طارئة تهدد الصحة العامة بسبب تفشي مرض معد أو حالة صحية غير متوقعة تؤثر على عدد كبير من الناس وتتطلب استجابة سريعة وموارد طبية استثنائية للتعامل مع هذه الأزمة ، وكذلك يمكن أن تظهر نتيجة وباء أو نقص كبير في الخدمات الصحية المقدمة أو البنية التحتية، أو تلوث بيئي يؤثر على الصحة العامة، مما يتطلب تنسيقا فعالا بين الجهات الصحية والحكومة والمجتمع ككل للسلامة الأفراد.

2.خصائص الأزمة:تتميز الأزمات بعدة خصائص حسب ما جاء به (Albert Steve) في كتابه إدارة الأزمات وهي ستة خصائص:

أ.المفاجأة: وتتسم الأزمات بأنها تحدث بشكل مفاجئ، إذ أنه لا يمكن التنبؤ بها، وتعني المفاجئة تحدث بدون سابق إنذار، بل بشكل مفاجئ مما يعني حدوث أمر غير متوقع لنا، ما يؤدي إلى تدميرنا أو إلحاق الضرر بناءا على أقل الأحوال، مما ينذر بوضع جديد على أقل ما يقال عنه انه سيء؛

ب.نقص المعلومات: وتعني عدم توافر المعلومات عن المتسبب في هذه الأزمة، ويعود السبب إلى نقص المعلومات خصوصا إذا كانت تحدث لك لأول مرة، حيث لا نعرف المتسبب في هذه الأزمة، ولا نعرف حجم هذه الأزمة، ولا توجد ضوابط علمية لكيفية التصرف؛

د. تصاعد الأحداث: إن توالي الأحداث بسرعة يضيق الخناق على من يمر بالأزمة، وعلى صاحب القرار أيضا؛

هـ.فقدان السيطرة: إن جميع أحداث الأزمة تقع خارج نطاق قدرة صاحب القرار وتوقعاته عن الأمور العادية؛

و.حالة الذعر: حيث تصدر ردود أفعال شديدة من قبل جميع الجهات المتعلقة بالأزمة،كأن يعمد المدير أو المسؤول إلى إقالة كل من له علاقة بوقوع الأزمة، أو يلجأ إلي التشاجر مع معاونيه ومرؤوسيه؛

[1] فؤاد جدو،**الأمن الصحي وإدارة الأزمات الصحية لما بعد كورونا**،مجلة الحقوق،العدد02،المجلد10،2022،ص:942.

ت.غياب الحل الجذري والسريع: الأزمات لا تمنح الإدارة وقتًا كافيًا للوصول إلى حل جذري، بل تهدد بشكل مباشر وسريع سمعة المنظمة وقد تُدمّرها في لحظة واحدة. لذلك يصبح من الضروري المفاضلة بين عدة حلول مكلفة واختيار أقلها ضررًا، مع التركيز على سرعة الاستجابة والقدرة على الحد من الخسائر بأقل التكاليف الممكنة.[1]

وكذلك من خصائصها:

- تتسم الأزمة بدرجة عالية من التعقيد والتداخل في العناصر والمسببات.

- نظرا لانعدام حالة التوازن لدى صناع القرار (نتيجة لوقوع الأزمة) فإنهم قد يصبحون تحت سيطرة الآخرين من المتخصصين وغير المتخصصين.

- التهديد للمصالح، وهي إجراءات تصدر من فرد أو مجموعة أفراد أو نظام معين سواء بالإشارة أو القول أو الفعل من أجل الاستجابة لمطالب يسعى طرف على تحقيقها من قبل طرف آخر.

- ظهور بعض القوى التي تدعم الأزمة وتؤيد كل ما يقود إلى تفاقمها، ومن أهم هذه القوى هم أصحاب المصالح المعطلة أو المؤجلة.

- ان سلوك المنظمة وعملها في حالة الأزمة تختلف عنه في الظروف العادية أو اثناء فترة النمو المخطط له، لذا فإن الإجراءات والأساليب المستخدمة من قبل الإدارة يجب أن تختلف عن إجراءات إدارة الأزمة.[2]

3. أنواع الأزمات:أشار Aho and verhoeven إلى أنواع الأزمات وصنفها إلى مجموعات على النحو التالي.

1.3. تصنيف الأزمة على أساس التكرار:

صنفت الأزمة بناءا على تكرار حدوثها:

-**أزمات دورية متكررة:** حيث تكرر الأزمات بتوقع حدوثها، وتتمثل في الأزمات الاقتصادية المرتبطة بالدورة الشرائية والناجمة عن الكساد، التي قد تنجم كذلك عن الانتعاش نتيجة لخلل في قوى الإنتاج.

-**أزمات غير دورية:** هذا النوع من الأزمات عشوائية الحدوث، لا ترتبط في حدوثها بأسباب دورية متكررة مثل الأزمات المرتبطة بالدورة الاقتصادية.

2.3. تصنيف الأزمة على أساس حدة الأزمات.

وهي قوة التأثر بالأزمة وحجم الخسائر المختلفة الناتجة عنها، وتقسم إلى نوعين أساسين:

[1] بوعلاقة عز الدين، **مرجع سابق**،ص:31.

[2] غسان قاسم داود اللامي وخالد عبد الله إبراهيم العيساوي، **إدارة الأزمات الأسس والتطبيقات**، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد وجامعة الفلوجة، 2015، ص: 24-25.

– **الأزمات السطحية:** وهي أزمات لا تشكل خطرا، إذ أنها تحدث فجأة وتنقضي بسرعة، خاصة إذا عولجت أسبابها، وهي تنجم عن الشائعات الكاذبة مثل: الأزمات التموينية المفتعلة.

– **الأزمات العميقة:** وهي أخطر أنواع الأزمات، وذات طبيعة شديدة القسوة لارتباطها ببنيان الكيان الذي حدثت به الأزمة ومن ثم فقد تدمره إن أهمل مواجهتها.

3.3. تصنيف الأزمة على أساس تأثير الأزمات.

تقسم إلى نوعين وفقا لمقدار وحجم تأثير الأزمة في أداء الكيان الذي حدثت فيه الأزمة حسب ما يلي:

– **أزمات محدودة التأثير:** وهي أزمة وليدة ظروف معينة، وتحدث عادة دون أن تترك بصمات أو معالم واضحة على الكيان الذي حدثت فيه الأزمة مثل: أزمة عدم توفير سلعة تموينية معينة ولديها بديل يحل محلها بالكامل ومتوافر بالأسواق.

– **أزمات جوهرية:** يؤثر هذا النوع من الأزمات تأثيرا ينعكس على أدائه، ويساعد على حرمان حاجاته ومطالبه الأساسية التي لا يمكنه الاستغناء عنها ولذلك فإنه لا يمكن تجاهل هذا النوع من الأزمات، أو إهمال مواجهتها إذ إن استمرارها قد يسفر عن نتائج صعبة وقد يولد أزمات أشد خطرا.

4.3.تصنيف الأزمات على أساس مستوى الأزمات.

يمكن تصنيف الأزمات على أساس المستوى حسب الأتي:

-**أزمات عالمية لها تأثير محلي:** غالبا ما تنجح الدول الكبرى في نقل أزماتها إلى الدول التي تدور في فلكها.

-**أزمات محلية لها تأثير خارجي:** كلما كانت الدول النامية مترابطة. ويمكنها ترابطها وعلاقتها التعاونية من جعل أزماتها تطول العالم الخارجي، فتدفع الدول الكبرى إلى النهوض بمسؤولياتها تجاه تلك الأزمات. وتحمل الدول الكبرى فاتورة عبء هذه الأزمات وتجعلها تدفعها نيابة عنها.

– **أزمات محلية فقط:** هذه هي الأزمات التي يقتصر تأثيرها على حدود الدولة ولا يتعداها، إذ تظل محصورة في قطاع محدد داخلها، ولا يمكن ترحيلها أو نقل آثارها إلى الخارج، ولذلك تُعالج حصريًا في إطار محلي داخلي.[1]

المطلب الثاني:إدارة الأزمات ومقارباتها ومراحلها.

سيتم التطرق إلى أهم العناصر المرتبطة بإدارة الأزمات، وذلك من خلال عرض مفهومها، ثم مختلف المقاربات المعتمدة في دراستها، مع ذكر مراحلها الأساسية.

[1] سعد بن عزيز حبيب العتيبي، **واقع إدارة الأزمة في جامعة ام القرى في ظل جائحة كورونا كوفيد 19 وأثر ذلك في خطط إدارة الأزمة بالجامعة**، المجلة العربية للإدارة، كلية إدارة الأعمال، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية،2024، ص: 35-36.

1.مفهوم إدارة الأزمات:ارتبط مصطلح Crisis Management ارتباطا قويا بالإدارة العامة Public Administration فإدارة الأزمات نشاط هادف يقوم على البحث والحصول على المعلومات اللازمة التي تمكن الإدارة من التنبؤ بأماكن واتجاهات الأزمة المتوقعة، وتهيئة المناخ المناسب للتعامل معها، عن طريق اتخاذ التدابير اللازمة للتحكم في الأزمة المتوقعة والقضاء عليها أو تغير مسارها لصالح المنظمة.[1]

كما يعرفها (Gigliotti and Ronald) على أنها قدرة المنظمة على التصرف بسرعة وكفاءة وفاعلية في العمليات المحتملة التي تهدف إلى الحد من التهديدات التي تتعرض لها صحة الانسان وأمنه، وتقليل الأضرار التي تلحق بالممتلكات العامة أو الشركات وتقليل التأثيرات السلبية على استمرار الأعمال العادية أو العمليات الأخرى.

يعرف(Coombs) إدارة الأزمات على أنها "مجموعة من العوامل المصممة لمكافحة الأزمات وتقليل الضرر الفعلي الناجم عن الأزمة".[2]

إن الهدف الرئيسي لإدارة الأزمات هو الحل المعقول لتصحيح الحالة غير الطبيعية، بطريقة تحافظ على الموارد الأساسية الضرورية للمنظمة.

تعرفها الكاتبتان عبادي إيمان وبويض ياسمين بأنها " عملية إدارية مقصودة على التخطيط والتدريب بهدف التنبؤ بالأزمات على أسبابها الداخلية والخارجية وتحديد الأطراف الفاعلة والمؤثرة فيها واستخدام كل الإمكانيات المتاحة للوقاية من الأزمات أو مواجهتها بنجاح بما يحقق الاستقرار ويجنب التهديدات والمخاطر واستخلاص الدروس واكتساب خبرات جديدة تحسن من أساليب التعامل مع الأزمات مستقبلا.[3]

ومما سبق يمكن القول أن إدارة الأزمات هي جملة من الاستراتيجيات التي يتم اتخاذها لمواجهة حدث مفاجئ، قد يهدد الافراد أو المؤسسات أو يهدد الاعمال والهدف منها هو الحد من تفاقم المشاكل، التي قد تخلف اضرارا غير متوقعة وليست في الحسبان للتعافي من الازمة والخروج منها بأقل الخسائر.

2.مقاربات إدارة الأزمات:هناك خمس مقاربات لإدارة الأزمات نذكرها كما يلي:

1.2. مقاربة الهروب: في هذه المقاربة من الضروري متابعة البيئة الداخلية والخارجية باستمرار وتحسين طرق التنبؤ بالمستقبل قبل حدوث أزمة، من أجل منع الأحداث السلبية للأزمات، يجب على الإدارة العليا تحديد الاحتياجات

[1] سامح أحمد زكي الحفني،**إدارة الأزمات**،ص:5.

[2] بوسماحة محمد واخرون، **الأزمات، إدارة الأزمات في المنظمة: مقاربات ونماذج، الملتقى الدولي السابع: إدارة الأزمات واستشراف فرص المستقبل (ما بعد كورونا)**، جامعة بشار، 2022، ص: 06.

[3] مريم جنان، **استراتيجية إدارة الأزمة الصحية كوفيد-19 في الجزائر**، مجلة الحقوق والحريات، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر3 ،2024،ص: 163.

والقيم الرئيسية للمنظمة لتحديد الأهداف المتوقعة وإبلاغ الموظفين بسياسة المنظمة وفلسفتها وتقاسم ومشاركة القيم، علاوة على ذلك بعد تحديد المشكلات وإيجاد حلول فعالة وإنشاء هيكل تنظيمي مرن وديناميكي شرطا أساسيا.

2.2.مقاربة الحل: ترتكز هذه المقاربة على استباق الظروف المحتملة قبل وقوع الأزمة، والتدخل في الوقت المناسب لمعالجتها عند حدوثها. وخلال الأزمة، يتطلّب الأمر فهمًا واضحًا للمعطيات الراهنة، وتحديدًا دقيقًا لمجالات التأثير، مع اعتماد أسلوب واقعي في التعامل مع الوضع. كما ينبغي بذل جهود إضافية تتمثل في تجميع المعلومات بشكل منهجي يسمح باتخاذ قرارات مدروسة وفعّالة، إلى جانب التحكم في عامل الزمن وتقليل الضغط المرتبط به، مع تحليل مصادر الأزمة بشكل تفصيلي ودقيق.

3.2.المقاربة الاستباقية أو الوقائية: وفقا لهذه المقاربة الوقائية، يتعين على الإدارة العليا إعداد بدائل وحلول استباقية للتعامل مع الأزمات المحتملة، وهذه ما يوجب على المنظمات تكييف أنشطتها الإنتاجية والتسويقية بما يتناسب مع ظروف الأزمة، كما يجب أن تكون المنظمة ناجحة ماليا بينما يكون منافسوها في حالة ذعر. مع المحافظة على أداء مالي مستقر في وقت قد يواجه فيه المنافسون اضطرابات أو حالة ارتباك.

وتقوم هذه المقاربة على مجموعة من المتطلبات الأساسية، من أهمها:

- تقديم معلومات دقيقة وكافية لاتخاذ القرارات ؛
- تحديد مختلف المخاطر المحتملة ضمن بيئة العمل؛
- إنشاء أنظمة الإنذار المبكر للكشف عن الأزمات قبل وقعها؛
- وضع خطط وقائية مسبقة لتجنب خطر وقوع الأزمات .

4.2. المقاربة التفاعلية (L'approche réactive):

تستخدم هذه المقاربة عادة في الأزمات المفاجئة والغير متوقعة، حيث يتم اتخاذ إجراءات عاجلة وقصيرة المدى القصير مثل (الانكماش، إغلاق بعض الأقسام، تخفيض الأجور، إجازة غير مدفوعة الأجر، تقييد الخدمات الإضافية، والفصل)، غير ان هذه التدابير قد تسهم الى تراجع الثقة لدى الموارد البشرية، على الرغم من أن هذا الأسلوب قد يساعد في التغلب على الأزمات الصغيرة والمحدودة والقصيرة المدى، إلا أنها طريقة غير فعالة في مواجهة الأزمات الواسعة والطويلة الأجل، والتي تتطلّب مقاربات إستراتيجية أكثر استدامة.

5.2.المقاربة التبادلية:

تهدف هذه المقاربة الى تقييم الأزمة في مختلف مراحلها قبل وأثناء وبعد الأزمة، فهي تعتمد على التعلم التنظيمي المستمر وآلية التحكم في النفس، بحيث يعد وجود التواصل الدائم وتدفق المعلومات بين جميع أصحاب المصلحة،

وينبغي على منظمات الأعمال التي ترغب في تطبيق هذه المقاربة مشاركة آثار الأزمة مع أصحاب المصلحة بصدق، والعمل معهم على وضع سياسة مشتركة ضد الأزمة.[1]

3. مراحل إدارة الأزمات والعوامل المؤثرة فيها:

1.3.مراحل إدارة الأزمات:يعتبر نموذج (Pearson&Mitroff 1993) من أشهر النماذج وأوضحها التي قدمها هذان الباحثان حيث يتكون هذا النموذج من خمس مراحل أساسية وهي كما يلي:

1.1.3.المرحلة الأولى (اكتشاف إشارات الإنذار):

وهي مرحلة اكتشاف إشارات الخطر بوقوع أزمة، وتظهر تلك الإشارات مبكرة وأن عدم الانتباه لهذه الشارات يؤدي إلى وقوع الأزمة، مما يحتم أخذ تدابير وقائية مبكرة، وذلك عن طريق جمع المعلومات وتحليل البيانات للتنبؤ بالأزمات قبل حدوثها.

2.1.3.المرحلة الثانية (الإستعداد والوقاية):

وهي مجموعة أساليب وقائية مطلوب إتخاذها في مرحلة اكتشاف الخطر، والوقاية تشمل إكتشاف نقاط الضعف والقوة من أجل إتخاذ الإجراءات اللازمة لتقليل إحتمالات حدوث الأزمة أو الحد من آثارها في حال وقوعها.

3.1.3.المرحلة الثالثة (احتواء الأضرار والحد منها):

في حالة وقوع الأزمة، يتم في هذه المرحلة التركيز على وضع خطط واستراتيجيات فعالة للحد من الأضرار وتقليص الخسائر، مع منع انتشار آثار الأزمة إلى أجزاء أخرى من المنظمة. ويختلف أسلوب التعامل هنا باختلاف نوع وطبيعة الأزمة من اجل احتواء الوضع والتقليل من الأضرار.

4.1.3.المرحلة الرابعة (إستعادة النشاط):

تتمثل هذه المرحلة في التركز على إعادة الوضع إلى طبيعته بعد إنتهاء الأزمة، مع تحديد خطوات للتقليل من الأضرار التي سببتها الأزمة، وممارسة الأعمال الاعتيادية والعودة بالوضع إلى مرحلة ما قبل وقوع الأزمة.

5.1.3.المرحلة الخامسة (التعلم): تعتبر هذه المرحلة هي الختامية في دورة إدارة الأزمات، حيث يتم تحليل ما حدث ودراسة أسباب الأزمة وظروفها واستخلاص الدروس والخبرات منها، وذلك من أجل تعزيز قدرة المؤسسة على منع تكرار الأزمات مستقبلاً وتحسين فعالية استجابتها وتطوير استراتيجيات وخطط أفضل للتعامل مع الأزمات المستقبلية.[2]

---

[1] موساوي محمد، **أثر إدارة الأزمات الوبائية العالمية على إدارة الموارد البشرية بالمؤسسات الجزائرية: حالة كوفيد 19**، أطروحة دكتورا، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2024/2023، ص:54-55.

[2] حورية بالأطرش ومسروق فاطمة، **إدارة الازمات في المستشفى محمد بوضياف في ظل جائحة كورونا-دراسة ميدانية لعينة من الإداريين، الأطباء والممرضين**-مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، ص: 61.

وهناك من يصنف مراحل الأزمات إلى تصنيفات أخرى منها:

1.مرحلة ما قبل الأزمة (Pré-crise): وتتطلب هذه المرحلة اكتشاف المؤشرات التي تعلن احتمال وقوع أزمة، كذا التنبؤ بالمسار الذي ستأخذه وهذا يتطلب وجود مختصين وخبراء ومختصين للأزمات وإنشاء خلية خاصة بكل المؤسسات المختلفة تتمثل في اليقظة الإستراتيجية وهي التي توفر المعلومات الكافية في الوقت المناسب.[1]

وكل مؤسسة ناجحة يجب أن تملك نظام يقظة إستراتيجية (Système de veille stratégique) يسمح لها برصد الإشارات المبكرة مثل:

- ظهور معلومات عن خلل في سلسلة التموين بالنسبة للمؤسسات أو الدول؛
- تقارير طبية عن إنتشار عدوى معينة مثل تقارير منظمة الصحة العالمية؛
- مؤشرات عن ارتفاع تكاليف أو نقص موارد خاصة مع أزمات سلاسل التوريد.

وفي هذه المرحلة يكون دور الإدارة هو التحليل الإستباقي والتخطيط الوقائي، مثل إعداد مخزون إحتياطي، تكوين فرق تدخل، وضع بروتوكولات طوارئ، إذ التعامل الجيد مع هذه المرحلة يمنع وقوع الأزمة أو التخفيف من آثارها قبل حدوثها.

وعند ربط هذه المرحلة بالأزمة الصحية كوفيد19 داخل المؤسسات الصحية نجد قبل ظهور أولى الحالات في الجزائر، كانت هناك بوادر تشير إلى ظهور وإنتشار فيروس جديد في الصين ثم في أوروبا، إضافة إلى تحذيرات منظمة الصحة العالمية عن خطورته و إنتشاره السريع في العالم، وعلى إثر ذلك شرعت وزارة الصحة إلى توجيه تعليمات أولية للمؤسسات الصحية من أجل إتخاذ كافة التدابير والإحتياطات ، إلا أنّ درجة الجاهزية لم تكن في أعلى مستوى، وهذه من خصائص الأزمات الصحية، لأن مرحلة الإنذار المبكر غالبا ما لا تؤخذ بجدية كاملة في بدايتها.

2.مرحلة وقوع الأزمة (مرحلة النمو أو النضج): وهنا تنتقل الأزمة من إحتمالية إلى واقع ملموس، هنا تتصف، بالاضطراب في الوظائف وغياب اليقين، والقرارات تكون غالبا تحت الضغط والزمن يكون ضيق، كما تطبيق الخطة المبرمجة في مرحلة ما قيل الأزمة، والسهر على القيام بالإجراءات المخطط لها، ويتطلب في المرحلة مايلي:[2]

- تفعيل خطط الطوارئ التي تم إعدادها في المرحلة الأولى؛
- تعبئة الموارد جمع الموارد البشرية والمادية والمالية؛
- التوجيه الفوري للفريق المسؤول وتشكيل خلية أزمة؛
- التواصل المستمر مع الجهات المعنية وإعداد التقارير الدورية والتنسيق العالي لإدارة هذه الأزمة.

[1] لمياء مرتاض نفسي،**تغير الأنساق والحياة اليومية بالجزائر مع أزمة فيروس كوفيد 19 –رصد للمتمثلات والممارسات**،ط1،الناشر ألفا للوثائق،الجزائر،2022،ص:48

[2] لمياء مرتاض نفسي،**نفس المرجع السابق**،ص:54.

وعند ربط هذه المرحلة بالأزمة الصحية كوفيد19 داخل المؤسسات الصحية نجد أنه مع بداية تسجيل أولى الإصابات المؤكدة في الجزائر حدثت صدمة داخل المستشفيات، وإرتفعت حالات العدوى بسرعة، مما تولد عنه ضغط كبير على مصالح الاستعجالات والعناية المركزة، وخلق ضغطا كبيرا على الموارد البشرية (أطقم طبية وشبه طبية) وعلى الموارد المادية (أسرة ، أجهزة تنفس ، أدوية ، وسائل وقاية)، حيث تميزت هذه المرحلة بإتخاذ قرارات استعجاليه مثل تحويل بعض المستشفيات إلى مؤسسات مرجعية كوفيد وتخصيص عدة أجنحة داخل المستشفيات، بالإضافة إلى إلغاء أغلب العمليات الجراحية بإستثناء الحالات الإستعجاية، فضلًا عن إنشاء خلايا أزمة لمتابعة تطورات الوضع بشكل يومي وإفادة الوزارة المعنية بالتقارير والتوصيات اللازمة.

3.مرحلة ما بعد الأزمة: تمثل هذه المرحلة نقطة تحول حاسمة في مسار الأزمة، إذ يتم تجميع قدرات المؤسسات التي مستها الأزمة وإعادة الثقة في فاعليتها،كما يتم خلالها تقييم نقاط القوة والضعف والخطط التي تبنتها مسبقا، للحد من إضرارها إذا تكررت هذه الأزمات مرة أخرى والتصدي والاستعداد لأزمات مستقبلية ومحتملة.[1]

و هذه المرحلة تتضمن ثلاث عمليات رئيسية:

– **التقييم** : تقييم الأداء خلال الأزمة في المؤسسة، وتشخيص نقاط القوة ونقاط الضعف؛

– **التعلم المؤسساتي** : تحويل الأخطاء والدروس إلى خبرات يمكن إستغلالها مستقبلا في حالة وقوع أزمات لاحقة؛

– **التحسين** :مراجعة سياسات وخطط الطوارئ المنتهجة وتصحيحها بما يتوافق مع الدروس المستفادة من الأزمة.

وعند ربط هذه المرحلة بالأزمة الصحية كوفيد19 داخل المؤسسات الصحية نلاحظ أنه بعد تراجع الموجات القوية للفيروس، انتقلت المنظومة الصحية الجزائرية الى مرحلة تقييم شامل، أظهرت دروس مهمة أبرزها ضرورة تقوية الحوكمة الصحية، وتطوير نظام الإنذار المبكر، وتقوية قدرات الاستجابة السريعة، وتحسين مخزونات الأدوية ووسائل الوقاية، كما أعادت الأزمة تشكيل ثقافة جديدة داخل المستشفيات مبنية على أهمية الاستعداد المسبق والتكوين المستمر للأطقم الطبية والتسريع في إعتماد أساليب وطرق تسيير حديثة وتعميم الرقمنة داخل المنظومة الصحية الجزائرية.

4. العوامل المؤثرة في إدارة الأزمات:

هناك مجموعة من العوامل التي تعيق عمل هذه الإدارات بل وتواجه فكر إدارة الأزمات ومن أهمها:

– إدارة الأزمات هي وظيفة مستقلة تقوم على التوقع ووضع سيناريوهات لما قد يحدث من مخاطر مستقبلية، لكن بعض المديرين ينظرون إليها كنوع من التشاؤم، لأنهم يبدءون عملهم بتفاؤل مفرط، وهذا قد يعرّض المؤسسة لمفاجآت غير محسوبة.

[1] لمياء مرتاض نفسي،**نفس المرجع السابق**،ص:69.

- إدارة الأزمات لا ضرورة لها في الوقت الحاضر؛
- قيادات المنشأة من المشهود لهم بالكفاءة ولا نتوقع أزمات؛
- نحن في بداية النشاط ولا نتوقع حدوث أزمات بالمعني الذي يستدعي وجود إدارة أزمات؛
- حجب البيانات والمعلومات والمعرفة المهمة (المتعلقة بالأزمة المحتملة)، عن الأطراف والأفراد الذين يحتاجون إليها وتلزمهم بصورة كبيرة لإتخاذ القرارات المناسبة وإدارة نقاط الضعف والتغلب عليها، وبذلك فإن إشارات الإنذار المبكر لا تصل إلى هذه الأطراف وإلى هؤلاء الإفراد؛
- عدم قدرة المنظمة على الاستجابة المناسبة والفاعلة وفي الوقت المناسب للأخطار المحيطة والمحتملة (ومنها الأزمات).
- وجود صورة خاطئة وقناعة غير سليمة لدى أفراد المنظمة بخصوص قدرات هذه المنظمة ومناعتها ضد الأزمات.
- مدى السيطرة على البيئة من خلال الأشخاص وتدريبهم وتوفير الأجهزة المطلوبة والسرعة في المواجهة.
- الزمن المتوفر للتصرف وإتخاذ اللازم.
- الأزمات التي وقعت لمنشات أخرى سابقا وقعت لظروف خاصة بهذه المنشأة، فلماذا نتوقع حدوثها لنا.[1]

المطلب الثالث: جائحة كورونا (كوفيد-19) كنموذج للأزمة الصحية.

1.مفهوم جائحة كورونا:

1.1.الجائحة لغة: تُشتق كلمة جائحة من الفعل جاح، جوحا: أي مال عن الطريق إلى غيرها، وإجتاحه تعني إستأصله وأهلكه ، والجائحة جمعها جوائح أو جائحات وهي تدل على البلية والتهلكة والداهية العظيمة وسنة جائحة جد قاحلة، وهي الشدة والنازلة العظيمة التي تجتاح المال من سنة أو فتنة وهي مأخوذة من الجوح و الإهلاك والإستئصال، والوباء وتُطلق الجائحة على كل نازلةٍ عامة تُصيب الناس والمال بالضرر والهلاك، ولهذا إرتبط معناها بالوباء الذي يُعدّ مرضًا عامًا.

2.1.الجائحة اصطلاحا:يؤكد الدكتور محمد الدسوقي إستشاري الأمراض الصدرية أن الوباء يُعرّف بظهور حالات مرضية معدية في دول متجاورة وإنتشارها السريع بين الناس، بينما تُعرف الجائحة بإنتشار هذه الحالات في معظم دول العالم، حيث تصبح السيطرة عليها شديدة الصعوبة، وهو ما يهدد صحة البشر ويستدعي تدابير صحية عاجلة وخطط طارئة لإنقاذ الأرواح. وقد أوضح الدكتور محمد الدسوقي أن هذين المصطلحين يُستخدمان حصريًا لوصف الأمراض المعدية. ومن ذلك يتبين أن الجائحة تمثل وباءً عالميًا واسع النطاق، كما حدث مع فيروس كورونا المستجد.[2]

[1] ريحي عبد القادر، **واقع استخدام أساليب إدارة الأزمات في المستشفيات الكبرى في قطاع غزة**،رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية- غزة2،،2006،ص:69-70.

[2] لويزة مكسح، **التدابير الشرعية للوقاية من جائحة كورونا المستجد(COVID-19)**. مجلة الأحياء ،المجلد20،العدد2020،26،ص:288-289.

2.لمحة عن ظهور فيروس كورونا: في 31 ديسمبر من عام 2019م، تم إبلاغ المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الصين بحالات الالتهاب الرئوي المسبب لمرض غير معروف تم إكتشافه في مدينة ووهان بمقاطعة هوبي الصينية، كما أعلنت منظمة الصحة العالمية في التاسع جانفي 2020 أن سلالة جديدة من فيروس كورونا بيتا SARS-CoV-2 كانت السبب وراء هذا المرض النفسي، ولقد عم الوباء وإنتشر في العالم، ليتحول إلى جائحة وفق إعلان منظمة الصحة العالمية في: 11 مارس 2020، مشكلا بذلك أزمة صحية عالمية تضاهي ما شهده العالم في هذا العصر من أمراض وبائية عالية الخطورة مثل السيدا في سنوات الثمانينات ومرض السارس 2003 ومرض إنفلونزا الخنازير H1N1 في سنة 2009، وأن عواقبها الإقتصادية والإجتماعية والإنسانية والثقافية والدينية كبيرة مست جميع البلدان، ولا سيما البلدان النامية، ولقد أحصى العالم في 11مارس 2022 في الذكرى الثانية للإعلان الرسمي لجائحة كورونا (كوفيد 19) من قبل منظمة الصحة العالمية 454058853 حالة مؤكدة بفيروس كورونا وما يزيد عن ست ملاين حالة وفاة وقد سجلت الجزائر في نفس التاريخ 6861 وفاة.[1]

أما في الجزائر فقد تم تسجيل أول إصابة مؤكدة يوم 25 فيفري 2020، حيث أعلنت وزارة الصحة عن تسجيل أول إصابة مؤكدة لرعية إيطالي قدم إلى البلاد في 17 فيفري من نفس السنة، بعده تم التصريح في بداية مارس حالات أخرى جديدة إلى غاية يوم 13 مارس 2020 تم تسجيل 27 حالة إصابة وتواصل إرتفاع الإصابات وسجلت حالات وفاة في نفس الوقت خاصة في ولاية البليدة التي كانت بؤرة إنتشار الوباء، ومنذ ذلك الحين زاد إنتشار الوباء في الجزائر، حيث عرفت أربع موجات رئيسية خلال سنتين ونصف تقريبًا، وهو ما وضع المنظومة الصحية أمام تحدٍ كبير في مجال التسيير الإستشفائي وإدارة الأزمات الصحية تقريبا.[2]

3.مفهوم فيروس كورونا(كوفيد19):

1.3.التعريف بالفيروسات: الفيروسات هي كائنات دقيقة تسبب الأمراض للإنسان وتنتشر بسرعة كبيرة عند دخولها في الجسم، وتبدأ في التكاثر داخله مما يؤدي إلى تلف أجهزته العضوية، وقد تصل في بعض الحالات إلى الوفاة، ويصعب القضاء عليها نظرًا لقدرتها على التكيف والتبلور المتكرر دون فقدان قدرتها على التطور.[3]

2.3.فيروس كورنا المستجد(COVID-19): يعتبر فيروس كورونا (Coronavirus) من بين الفيروسات الشائعة التي تصيب الجهاز التنفسي العلوي مسببة التهابات أنفية وحلقية وأعراضًا شبيهة بنزلات البرد، غير أن بعض الحالات لا تكون الإصابة به خطيرة باستثناء الإصابة بنوعيه المعروفة بمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية

[1] نور الدين زرارقة،محمد صالي،**تطور الوضعية الوبائية و الديمغرافية لجائحة كورونا(كوفيد19) في الجزائر**،مجلة رفوف-مخبر المخطوطات-جامعة ادرار،المجلد 19،العدد01، 2025 ، ص317.

[2] أمال بوقاسم، **مرجع سابق**، ص: 174-175.

[3] لويزة مكسح، **مرجع سابق**،ص:289.

(MERS-CoV) الذي ظهر في 2012 والمتلازمة النفسية الحادة الوخيمة (SARS) الذي ظهر في 2003 بالإضافة إلى النوع المستجد الذي ظهر في الصين في نهاية 2019.

ويشتق اسم "Coronavirus" في اللغة العربية إلى فيروس كورونا، وهو إختصار للكلمة اللاتينية "Corona" التي تعني التاج أو الهالة، وجاءت هذه التسمية من الشكل المميز لجزيئات الفيروس (الفيريونات) كما ترى تحت المجهر الإلكتروني، إذ تظهر بروزات سطحية بارزة تحيط به، فتمنحه مظهرا يشبه تاج الملك أو الهالة الشمسية، ووفق ما جاء في تعريف لمنظمة الصحة العالمية فان فيروسات كورونا هي"فصيلة فيروسات واسعة الإنتشار يعرف على أنها تسبب أمراضا تتراوح من نزلات البرد الشائعة إلى الأمراض الأشد حدة، مثل متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS) ومتلازمة الالتهاب الرئوي الحاد الوخيم (السارس). إلا أن فيروس كورونا المستجد (nCoV) هو سلالة جديدة من الفيروسات لم يسبق إكتشافها من قبل لدى البشر وهي في الأصل تنشأ من الحيوانات، أي أن يكون إنتقالها من الحيوانات والبشر. وقد أثبتت الدراسات المفصلة أن فيروس كورونا المسبب لمرض سارس(SARS-CoV) قد انتقل من القطط إلى البشر، في حين أن فيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS-CoV) قد إنتقل من الإبل إلى البشر.

وبصفة عامة فالأعراض الشائعة للإصابة فتتمثل في الحمى و والسعال وضيق أو صعوبة التنفس، إلى جانب الأعراض التنفسية العامة. وفي الحالات الشديدة قد تتطور العدوى لتسبب الالتهاب الرئوي أو المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة أو الفشل الكلوي وقد تؤدي أحيانًا إلى الوفاة.[1]

3.3. توضيح حول مصطلح كوفيد-19: ولتوضيح وتفسير هذا المصطلح نرفق هذا الجدول التوضحي مع الشرح المفصل لكلمة Covid-19.

جدول رقم(02-01): تحليل مكونات تسمية COVID-19 .

COVID-19			
الجذر الأول	**الجذر الثاني**	**الجذر الثالث**	**الجذر الرابع**
CO	VI	D	19
CORONA	VIRUS	DISEAS	2019

المصدر:حرش كريم،أطروحة دكتوراه،ص:147.

تم أخذ الاسم الانجليزي للمرض عن طريق الإشتقاق كمايلي:

[1] نعيم بوعموشة،**فيروس كورنا (كوفيد-19)في الجزائر –دراسة تحليلية-**،مجلة التمكين الاجتماعي،المجلد02،العدد02،جامعة محمد الصديق بن يحي جيجل،2020،ص:126.

- CO: وهما أول حرفين من كلمة CORONA؛

- VI: هما او حرفين من كلمة VIRUS؛

- D:هو أول حرف من كلمة DISEAS باللغة الانجليزية؛

- 19: هو إشارة إلى السنة التي تم ظهور هذا الوباء فيها (2019)، حيث أعلن المدير العام لمنظمة الصحة العالمية يوم الثلاثاء المصادف للحادي عشر من شهر فبراير سنة 2020 عن الاسم الجديد لهذا المرض(COVID-19) اعتمادا على التوصيات المتفق عليها مع منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة FAO والمنظمة العالمية لصحة الحيوان OIE.[1]

4. أعراض فيروس كورونا (كوفيد19) وطرق إنتشاره:

1.4. أعراض فيروس كورونا (كوفيد19): فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) يتميز بأعراض متعددة تظهر عادة بعد فترة حضانة تتراوح بين يومين وأربعة عشر يومًا من التعرض للفيروس. أكثر الأعراض شيوعًا هي الحمى، السعال، والتعب، وقد تشمل أيضًا فقدان حاستي الذوق أو الشم، آلام العضلات، القشعريرة، التهاب الحلق، سيلان الأنف، الصداع وألم الصدر.

تشير الدراسات إلى أن حوالي 80% من المصابين يعانون من أعراض طفيفة، بينما نسبة قليلة قد تواجه أعراضًا حادة. في المتوسط يبدأ ظهور الأعراض بعد خمسة أيام، لكن بعض الحالات قد تتأخر في إظهار العلامات. منظمة الصحة العالمية أوضحت أن فترة الحضانة تصل إلى 14 يومًا، أما فترة التعافي فتستغرق بضعة أيام إلى أسابيع في الحالات الخفيفة.[2]

- هناك أعراض أولية مشابهة لأعراض الأنفلونزا، التي تسبب نسبة حالات الزكام الحاصلة للبالغين والاطفال؛
- ارتفاع الحرارة لدى المصاب والشعور بالتوعك نتيجة استجابة الجهاز المناعي عند الاصابة بالفيروس

وهناك أعراض أقرتها منظمة الصحة العالمية، نزلات البرد الشائعة مثل الرشح وعندما يزيد في الالتهاب يؤدي إلى التهاب رئوي،فقدان الشم، ومن الإعراض كذلك والعلامات الدالة على الإصابة بفيروس كورنا COVID-19 مايلي:

- ضيق التنفس أو صعوبة التنفس:تظهر هذه الأعراض بشكل خاص في الحالات الشديدة، حيث يتسبب الفيروس في صعوبة التنفس نتيجة لتأثيره على الرئتين ؛

[1] حرش كريم،**العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بإستراتيجيات المواجهة لدى الأطباء والممرضين في زمن الأوبئة،وباء كورونا المستجد نموذجا دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران**،اطروحة دكتوراه ل،م،د في علم النفس،جامعة غليزان،2022،ص:147

[2] مجدي صلاح طه المهدي،**تعليم ما بعد كورونا(الواقع ومالات المستقبل)** ،ط1،القاهرة، دار الكتاب الحديث،2021،ص:30-31

- الشعور المستمر بألم أو ضغط في الصدر، والتي تعبير على وجود الفيروس؛

- السعال الجاف والمستمر:يعد السعال الجاف أحد الأعراض الشائعة، ويكون غير مصحوب بالبلغم أو المخاط في البداية؛

- التعب والإرهاق العام:يشعر المصاب بشعور شديد من التعب والإرهاق، والذي قد يؤثر على قدرته على أداء الأنشطة اليومية؛

- تغير لون الشفتين والوجه إلى اللون الأزرق، بحيث يصبح يتميز بالضعف والوهن؛

- الحمى أو ارتفاع درجة الحرارة:وتعد الحمى من الأعراض الرئيسية التي قد تشير إلى الإصابة بفيروس كورونا، مما يصاحبها شعورا بالحرارة الشديدة أو البرودة ؛

- الصداع المستمر، حيث وجد تقرير منظمة الصحة العالمية أن ما يقرب من (14%) من حوالي (6000) حالة مصابة بفيروس Covid-19 في الصين كانت لديهم أعرض الصداع والتهاب الحلق، في حين أن (5%) تقريبا يعانون من احتقان الأنف؛

- احتقان الأنف أو سيلان الأنف:يمكن أن يظهر انسداد الأنف أو سيلانه، وهو أحد الأعراض التي قد تشبه نزلات البرد؛

- الغثيان والقيء أو الإسهال، وهي أيضا من الأعراض الخاصة بالفيروس؛

- الإرهاق وآلام بالعضلات أو الجسم، حيث الشعور بألم بالجسم وبالصدر والشعور بالتوعك فهذه علامة مبكرة على فيروس كورونا الجديد، فقد وجد تقرير منظمة الصحة العالمية أن ما يقرب من(40%) من حوالي(6000) شخص يعانون من حالات مؤكدة مختبريا أنهم يعانون من الإرهاق، والذي قد يستمر لفترة طويلة حتى بعد زوال الفيروس قد تصل لبضعة أسابيع؛

- حدوث التهاب بالرئة والتهاب بالحلق، نتيجة الفيروس؛

- الارتباك المفاجئ وعدم القدرة على الاستيقاظ واليقظة،بسبب تأثيرات الفيروس؛

- العين الوردية، حيث تشير الأبحاث العلمية إلى أن حوالي(1 إلى 3%) من الأشخاص المصابين بـ Covid-19 يعانون أيضا من التهاب الملتحمة، المعروف بإسم العين الوردية.[1]

5.طرق وأسباب انتشار فيروس كورونا:

1.5.طرق الانتشار:إنتشر الفيروس بطريقتين مختلفتين سنشرحها شرحا مفصلا كالتالي:

[1] مجدي صلاح طه المهدي،**نفس المرجع** ،ص:36-37.

1.1.5.الطريقة المباشرة: وهي تنتقل من شخص إلى أخر مباشرة بوساطة أحد الأمور التالية:

- الملامسة الشخصية للمريض وأكثر الأمراض إنتقالا الأمراض الجلدية المعدية مثل الجرب والقمل والفطريات.
- الرذاذ الصادر من المصاب بواسطة السعال أو العطس أو البصق مثل الانفلونزا والسل.
- العلاقات والتجارب والملامسة الجنسية الخاطئة والمحرمة مثل الزهري والسيلان والايدز.
- بواسطة نقل الدم عندما يكون الدم مصابا بمرض مثل الايدز.
- من الأم على الجنين عبر المشيمة مثل مر الايدز.

2.1.5.الطريقة الغير مباشرة: والذي يحتاج إلى شخص وسيط لنقل المرض من شخص إلى أخر مثل:

- الوسائط الحية أي الكائنات الحية الموجودة في الطبيعة مثل القوارض والحشرات والحيوانات الأخرى وخير مثال عليه مرض الطاعون وانفلونزا الطيور.
- الوسائط الغير الحية أي الكائنات الحية الموجودة في الطبيعة مثل الماء والتربة والهواء والحليب والأغذية مثل التسمم الغذائي والإسهامات، الجفاف، التهابات الأمعاء.[1]

ونفس الحال بالنسبة لفيروس كورونا (كوفيد-19) فإن طريقة انتقاله تتم بطريقتين مباشرو وغير مباشرة، حيث أثبتت أغلب الدراسات والأبحاث حول طريقة انتقال فيروس كورونا من شخص إلى شخص إذ ينتشر الفيروس بشكل رئيسي عندما تخرج قطيرات تنفسية من الجهاز التنفسي لشخص مصاب(وهي تخرج أثناء الحديث والعطاس والغناء) ، ثم تدخل إلى عين أو أنف أو فم الأشخاص القريبين منه، كما قد يصاب الشخص إذا لمس فمه أو أنفه أو عينه بعد لمسه سطحا ملوثا بالفيروس، قد يعيش الفيروس المسبب لداء كوفيد-19 على الأسطح لساعات أو حتى لعدة أيام، لكن المطهرات تقتله.

وقد أظهرت الدراسات أن بمقدور الفيروس أن يبقى على البلاستيك والفولاذ المقاوم للصدأ لمدة 72 ساعة وعلى النحاس لمدة أقل من 4 ساعات، وعلى الورق المقوى لمدة أقل من 24 ساعة.

الأشخاص المسنون يُعتبرون الأكثر عرضة للإصابة بأعراض خطيرة من فيروس كورونا المستجد، ويزداد الخطر كلما تقدم العمر. كما أن المصابين بالأمراض المزمنة معرضون بدرجة أكبر للمضاعفات، ومن أبرز هذه الأمراض: أمراض القلب وإنسداد الشرايين الناتج عن المرض التاجي، إعتلال عضلة القلب، السرطان، السكري، نقص المناعة، داء الانسداد الرئوي المزمن (COPD) ، السمنة الشديدة، القصور الكلوي، ومرض الخلايا المنجلية.

[1] نعيم بوعموشة، **فيروس كورونا (كوفيد 19) في الجزائر-دراسة تحليلية-**، مجلة التمكين الاجتماعي، جامعة محمد الصديق بن يحي، جيجل، الجزائر، 2020، ص:160.

وتوجد أيضًا حالات أخرى قد تزيد من خطورة الإصابة مثل الربو، أمراض الكبد، الأمراض الرئوية المزمنة كالتليف الكيسي، إرتفاع ضغط الدم، أو حتى بعض النزلات البردية القوية، ويظل ذلك مرتبطًا بقوة مناعة الشخص وقدرته على مقاومة الفيروس.[1]

6.أسباب انتشار فيروس كورونا:

تعبر فيروسات كورونا حيوانية المنشأ، فهي قادرة على الانتقال مكمن الحيوان إلى الإنسان، كما تتصف بأنها قادرة على العدوى السريعة والإنتقال من إنسان مصاب إلى آخر كما هو الحال مع فيروس كورونا المستجد.

وقد أشارة دراسة صينية إلي أن يكون نوع من الأفاعي الحيوان المسؤول عن نقل العدوى لهذا الفيروس إلى الإنسان غير أن هذا الأمر لم يتم تأكيده إلى الآن، كما أشارت الدراسة الخفافيش قد تكون المسؤولة عن نقل العدوى للأفاعي والتي بدورها عملت كناقل وسيط للإنسان، وهذا ما جعل الخبراء يحذرون من تجارة الحيوانات البرية وإعتبارها قنابل موقوتة للأوبئة خاصة وإنها تجمع أنواعا مختلفة من الحيوانات البرية قد تنقل الفيروسات إلى بعضها البعض وتتسبب في إنتشارها.

ويعيش فيروس كورونا لفترات قليلة ومحدودة خارج جسم الإنسان فهو يحتاج إليه لينمو وينتشر، وقد وضع العلماء عدة أسباب لتفشي الفيروس وإنتشاره وهي كما يلي:

- إن الطفرة الوراثية التي تعرض لها فيروس كورونا المستجد جعلته أكثر قدرة على إختراق الخلايا البشرية من النسخ غير المتطورة فالتغيرات التي طرأت على البروتين الشركي الذي يستخدمه الفيروس ليتعلق بالخلايا البشرية تجعله أكثر التصاقا و تأثيرا؛

- كانت العولمة مسؤولة عن تفشي هذا الفيروس من خلال النظام القائم على حركة السفر والنقل والسياحة والتبادل التجاري والذي سهل إنتقال الفيروس وإنتشاره؛

- التغيرات المناخية، والزيادة في قطع الأشجار من الغابات وكميات النفايات المتزايدة يزيد بدوره من نسبة الإصابة بالفيروس ونقلها من خلال القوارض والحشرات؛

- تعد الخفافيش من بين المسببات لإنتشار هذا الوباء في مختلف أنحاء العالم حيث تمكن الأطباء في المختبرات الصينية من تحديد التركية الجينية للفيروس في جسم الإنسان ووجدوا أنها تتشابه إلى حد كبير والتركيبة الجينية ها في الخفاش؛

- يعد التلوث وعدم النظافة من بين المسببات الأساسية لفيروس كورونا، حيث يمكن أن ينتشر هذا الوباء في الأماكن الأكثر تلوثا والتي تكثر فيها البكتريا والجراثيم والنفايات خصوصا وأن بعض الفيروسات والفطريات تتغذى على النفايات المتلوثة، ويشير الباحث الإيطالي ليوناردو سيتي أن تلقي قطرة واحة من الرذاذ مع جزئيات هواء ملوثة

[1] بوعموشة نعيم،**تجربة الجزائر في التعامل مع جائحة كوونا(كوفيد-19)**،مجلة الميدان للعلوم الانسانية و الاجتماعية ،المجلد03،العدد2، جامعة جيجل،2021،ص:62-63.

تبقى في الهواء لمدة أطول وتنتشر لمسافات أبعد وهو ما يجعلها ناقلة للفيروسات وشبه الجزيئات المتناقلة، كما أكدت المديرة الفنية للوقاية من العدوى ومكافحتها بمنظمة الصحة العالمية بينيديتا الغيرانزي ذلك قائلة: أنه لا يمكن إستبعاد الأدلة الجديدة عن إنتقال عدوى كورونا عبر الهواء في الأماكن المزدحمة والمغلقة وذات التهوية القليلة.[1]

بالإضاف إلى عوامل أخرى تساهم في انتشار فيروس كورونا وهي:

النقاط التي ذكرتها تُبرز أهم أوجه القصور التي واجهت الجزائر في التعامل مع جائحة كورونا، بدءًا من غياب تفعيل إدارة الأزمات داخل المؤسسات الاستشفائية، مرورًا بعدم الإستفادة من تجارب الدول الرائدة مثل الصين، وصولًا إلى ضعف المنظومة الصحية والبنية التحتية ونقص الأدوية والهياكل. كما أن عدم غلق المنافذ الجوية والبحرية رغم أن الحالات الأولى كانت وافدة من الخارج، والتأخر في إتخاذ التدابير الصارمة، كلها عوامل ساهمت في تفاقم الوضع.

إضافة إلى ذلك، عدم إلتزام المواطنين بالبروتوكولات الصحية، ونقص الوعي والإستهتار بخطورة الفيروس، جعل المجتمع يواصل حياته بشكل عادي رغم خطورة الأزمة، وهو ما زاد من إنتشار العدوى وأضعف فعالية الإجراءات الوقائية.[2]

7.متحورات فيروس كورونا:

ظهرت بعض المتحورات الناتجة عن فيروس كورونا والتي كانت وصفتها منظمة الصحة العالمية بأنها مثيرة للقلق، نذكر ما يلي:

1.7.متحور ألفا (Alpha varient): يعتبر أول متحور لفيروس كورونا المسبب لمرض كوفيد 19، أكتشف هذا المتحور للمرة الأولى في المملكة المتحدة في اكتوبر2020، جراء عينة مأخوذة في شهر سبتمبر، بدأ الفيروس المتحور بجلب الأنظار إليه بعد أن انتشر بسرعة كبيرة بحلول منتصف ديسمبر مما أدى إلى ارتفاع أعداد الحالات المصابة بهذا المرض.

2.7.متحور بيتا (Beta variant): اكتشف هذا المتحور للمرة الأولى في جنوب افريقيا إثر عينة مأخوذة في ملي 2020 وقد تم تسمية هذا المتحور في 18 دسيمبر 2020.

3.7.متحور غاما (Gama variant): أحد تحورات الفيروس المسبب لمرض فيروس كورونا 2019 اكتشف هذا المتحور للمرة الأولى في البرازيل إثر عينة مأخوذة في نوفمبر 2020، وقد تم تسمية هذا المتحور في 18 ديسمبر2020.

[1] لويزة مكسح، **مرجع سابق**،ص:290-292

[2] وريدة براهيمي، **فيروس كورونا بالجزائر وانعكاساته الاجتماعية**، مجلة مقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2020، ص: 1010.

4.7.متحور دلتا (B.1.617.2): اكتُشف هذا المتحوّر لأول مرة في الهند إثر عينة مأخوذة في أكتوبر 2020، وتمت تسميته في 11 ماي 2021. تُعد هذه السلالة من بين أكثر السلالات قدرة على العدوى مقارنة بالسلالات السابقة، كما أنها قد تسبب حالات مرضية أشد وطأة.

5.7.متحور أوميكرون (B.1.1.529): أخر المتحورات المثيرة للقلق من لفيروس كورونا المسبب لمرض كوفيد 19، تم إكتشافه في عدة دول في نوفمبر 2021 لديه سلالات متفرعة ويتداخل تماما مع سلالة بانغو BA.1 يتميز هذا المتحور بعدد كبير من الطفرات بعضها مثير للقلق وتشير البيانات الأولية إلى زيادة خطر الإصابة مجددا بالعدوى بهذا المتحور مقارنة بغيره من المتحورات المثيرة للقلق.

8.**طريقة الكشف عن فيروس كورونا**:إعتمدت وزارة الصحة والسكان في الكشف عن فيروس كورونا في بداية ظهوره على معهد باستور بالجزائر، لما يملكه من القدرة على إجراء فحص العينات الموحد(PCR/RT) قبل أن يتم إستحداث ثلاثين مخبرا ملحقا مجهزا بالإمكانيات الضرورية للوصول إلى إجراء 2000 أخبار كمعد يومي نتيجة ارتفاع الكبير في عدد الإصابات، إلا أنها لم تكون كافية والمستشفيات على الرغم من الجهود الكبيرة إلا وجدت نفسها في مواجهة حالات كثيرة في مقابل النقص الكبير لأدوات التشخيص الكيمائي والمستهلكات الطبية، وفي ظل غياب البدائل كان المسح الضوئي الطبي للقفص الصدري هو المنصوح به للكشف عن الإصابات بالعدوى دون ضمانات التشخيص الدقيق، فقد أوصت اللجنة العلمية لمتابعة ورصد فيروس كورونا الإدارة العامة لهياكل الصحة في الوزارة بصياغة إستراتيجية بالتنسيق مع المسئولين حول شروط وكيفية إجراء هذه الفحص، والسماح للمخابر التي تتبع القطاع الخاص بإمكانية القيام باختبار(PCR) لتقصي كوفيد-19، لتشمل بعد ذلك عشرات المخابر لإجراء الفحوصات الخاصة بالكشف عن كوفيد-19 الخاصة والعامة.

إضافة إلى إجراء الفحص عن طريق الصيدليات عن طريق كاشف المسح بالأنف، وتم الاعتماد على إختبار الأجسام المضادة للكشف عن كورونا، حيث بدأت مصالح معالجة فيروس كورونا في الجزائر في الكشف عن حالات كوفيد-19 بالاعتماد على هذا الإختبار السريع والفعال، والذي يمكن من الحصول على نتيجة الاختبار في مدة 15 دقيقة،كما أن نتائج التحليل أكثر دقة وفعالية وتمكن من التكفل السريع بالمرضى الإيجابيين عكس نتيجة تقنية (PCR) التي تتأخر قبل الإعلان عنها كما سيأتي في الجدل التالي:[1]

[1] مريم جنان، **السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة الإلزامية الدولية لمواجهة الطوارئ البعد العالمي-كوفيد-19أنموذجا**،المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد08،العدد02، 2023،ص:338-339-440.

جدول رقم(02-02): الاختبارات التشخيصية المعتمدة في الجزائر لرصد حالات كوفيد-19.

أنواع الاختبارات	كيف يعمل الاختبار	كيف يتم الاختبار	الوقت المستغرق للحصول على النتائج	نسبة الكشف عن كوفيد-19
اختبار Polymerase Chain Reaction "PCR "	اختبار تضخيم الحمض النووي(NAAT)يكشف المادة الجنينية RNA داخل الفيروس المستجد كوفيد-19،يتم الاختبار في المختبر	أخذ عينة من اللعاب أو مسحة من الأنف أو الحلق	من اليوم نفسه الى ثلاثة أيام	جد مرتفعة 90%
اختبار الأجسام المضادة	يكشف البروتينات أو المستضدات على سطح فيروس كورونا،يكشف ما اذا كان الشخص مصابا بعدو كوفيد-19 نشيطة.	مسحة من الأنف أو الحق	اختيار المختبر 24 ساعة،اختبار سريع 15 دقيقة	اختبار المختبر نتيجة مرتفعة 80% . اختبار سريع منخفضة 60%
اختبار الاجسام المضادة المصلية.	يكشف عن وجود الأجسام المضادة المنتجة ضد فيروس كوفيد-19 حوالي 7أيام من بداية الإصابة،لذلك فهي دليل غير مباشر على عدوى نشيطة أو أنها مرت	الفحص المختبري عن طريق استخراج الدم الوريدي. الفحص السريع عن طريق استخراج الدم الشعيري	اختبار المخبر 24 ساعة،اختبار سريع من 10 الى 15 15 دقيقة.	اختبار المختبر نتيجة جد مرتفعة 90%. اختبار سريع منخفضة 80%.
الماسح الضوئي الطبي الصدري	التصوير بالأشعة الصينية	عن طريق آلة السكانير.	من 5 دقائق إلى ساعة.	منخفضة 50%.

المصدر:مريم جنان،السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة الإلزامية الدولية لمواجهة الطوارئ البعد العالمي-كوفيد-19 أنموذجا.مقال،ص439-440.

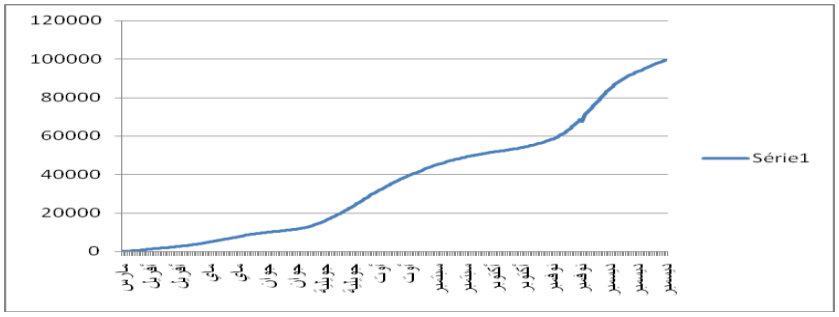
9.كرونولوجيا جائحة كورونا في الجزائر: بدأت الجزائر مواجهة وباء كورونا (كوفيد-19) يوم 25 فيفري 2020 بعد تسجيل أول إصابة مؤكدة بفيروس كورونا المستجد (SARS-CoV-2) لدى رعية إيطالية في منطقة البليدة. ومع تزايد إنشار الفيروس وارتفاع عدد الإصابات، أعلنت الجزائر انضمامها إلى قائمة الدول التي ظهر فيها الوباء، وشكّلت خلية خاصة لمتابعة التطورات، لتدخل مرحلة جديدة من التأهب الصحي وإحصاء التطورات الوبائية كما يلي:

جدول رقم (02-03): إحصائيات إصابات وباء كورونا لسنة 2020 بالأشهر

الأشهر / الأيام	فيفري	مارس	أفريل	ماي	جوان	جويلية	أوت	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر
01	/	/	847	4154	9513	14272	30950	44833	51690	58272	84152
02	/	/	986	4295	9626	14657	31465	45158	51847	58574	85084
03	/	/	1171	4474	9733	15070	31972	45469	51995	58979	85927
04	/	/	1251	4648	9831	15500	32504	45773	52136	59527	86730
05	/	/	1320	4838	9935	15941	33055	46071	52270	60169	87502
06	/	/	1423	4997	10050	16404	33626	46364	52399	60800	88252
07	/	/	1468	5182	10154	16879	34155	46653	52520	61381	88825
08	/	/	1572	5369	10265	17348	34693	46938	52658	62051	89416
09	/	/	1666	5558	10382	17808	35160	47216	52804	62693	90014
10	/	/	1761	5723	10484	18242	35712	47488	52940	63446	90579
11	/	/	1825	5891	10589	18712	36204	47752	53072	64257	91121
12	/	/	1914	6067	10698	19195	36699	48007	53325	65108	91638
13	/	/	1983	6253	10810	19689	37187	48254	53399	65975	92102
14	/	/	2070	6442	10919	20216	37664	48496	53584	66819	92597
15	/	/	2160	6629	11031	20770	38133	48734	53777	67679	93065
16	/	/	2268	6861	11147	21355	38583	48966	53998	68589	93507
17	/	/	2418	7019	11268	21948	39025	49194	54203	67679	93933
18	/	/	2534	7201	11385	22549	39444	49413	54402	70629	94371
19	/	/	2629	7377	11504	23048	39847	49623	54616	71652	94781
20	/	139	2718	7542	11631	23691	40258	49826	54829	72755	95203
21	/	201	2811	7728	11771	24278	40667	50023	55081	73774	95659
22	/	230	2910	7918	11920	24872	41068	50214	55357	74862	96069
23	/	264	3007	8113	12076	25484	41460	50400	55630	75867	96549
24	/	302	3127	8306	12248	26159	41858	50579	55880	77000	97007
25	/	367	3256	8503	12445	26764	42228	50754	56143	78025	97441
26	/	409	3382	8697	12685	27357	42619	50914	56419	79110	97857
27	/	454	3517	8857	12968	27973	43016	51067	56706	80168	98249
28	/	511	3649	8997	13273	28615	43403	51213	57026	81212	98631
29	/	584	3849	9134	13571	29229	43781	51368	57332	82221	98988
30	/	716	4006	9267	13907	29831	44146	51530	57651	83199	99311
31	/	/	/	9394	/	30394	44494	/	57942	/	99610

المصدر: قنان سهيلة،بودور عبد المالك،التدابير التي اتخاتها الجزائر للتصدي لفيروس كورنا،مقال،ص408

شكل رقم(02-01):اتجاهات الإصابات بكورونا لسنة 2020.



المصدر: قنان سهيلة،بودور عبد المالك،التدابير التي اتخاتها الجزائر للتصدي لفيروس كورنا،مقال،ص408.

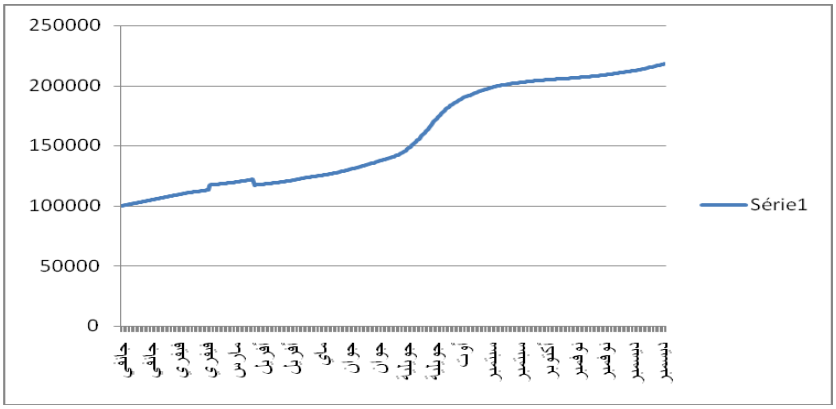
من خلال الجدول رقم(02-03)، والتصميم البياني المرفق، يتضح أن أول إصابة سجلت في شهر فيفري، ثم بدأت حالات الإصابات في تزايد لتصل ذروة انتشار الفيروس بتاريخ 24 من شهر أكتوبر 2020، حيث وصل عدد الإصابات إلى 55880 حالة أي ما يمثل نسبة 25.53% من مجموع الإصابات المسجلة، ثم بدأها بدأ المنحى الوبائي في الانخفاض النسبي قليلا ليصل الى نسبة 19.97% ، مما ظهر هذا التطور وجود حالات انتشار للفيروس شملت أغلب ولايات الوطن.

جدول رقم(02-04):إحصائيات إصابات وباء كورونا لسنة 2021 بالأشهر.

الأشهر / الأيام	جانفي	فيفري	مارس	أفريل	ماي	جوان	جويلية	أوت	سبتمبر	أكتوبر	نوفمبر	ديسمبر
01	99897	107578	113255	117304	122311	129218	140075	172564	196527	203517	206566	210723
02	100159	107841	113430	117429	122522	129640	140550	173922	196915	203657	206649	210921
03	100408	108116	113593	117524	122717	129976	141007	175229	197308	203789	206754	211112
04	100645	108381	113761	117622	122999	130361	141471	176724	197659	203915	206878	211297
05	100873	108629	113948	117739	123272	130681	141966	178013	198004	204046	206995	211469
06	101120	108629	114104	117879	123473	130958	142447	179216	198313	204171	207079	211662
07	101382	109088	114234	118004	123692	131283	143032	180356	198645	204276	207156	211859
08	101657	109313	114382	118116	123900	131647	143652	181376	198962	204388	207254	212047
09	101913	109559	114543	118251	124104	132034	144483	182368	199275	204490	207385	212224
10	102144	109782	114681	118378	124288	132355	145296	183347	199560	204597	207509	212434
11	102369	110049	114851	118516	124483	132727	146064	184191	199822	204695	207624	212652
12	102641	110303	115008	118645	124682	133070	146942	185042	200068	204790	207764	212848
13	102860	110513	115143	118799	124889	133388	147883	185902	200301	204900	207873	213058
14	103127	110711	115265	118975	125059	133742	148797	186655	200528	205005	207970	213288
15	103381	110894	115410	119142	125194	134115	149906	187258	200770	205106	208104	213533
16	103611	111069	115540	119323	125311	134458	151103	187968	200989	205199	208245	213745
17	103833	111247	115688	119486	125485	134840	152210	188663	201224	205286	208380	214044
18	104092	111418	115842	119642	125693	135219	153309	189384	201425	205364	208532	214330
19	104341	111600	115970	119805	125896	135586	154486	190078	201600	205453	208695	214592
20	104606	111764	116066	119992	126156	135821	155784	190656	201766	205529	208839	214835
21	104852	111917	116157	120174	126434	136294	157005	191171	201948	205599	208952	215145
22	105124	112094	116255	120363	126651	136679	158213	191583	202122	205683	209111	215430
23	105369	112279	116349	120562	126860	137049	159563	192089	202283	205750	209283	215723
24	105596	112461	116438	120736	127107	137403	160868	192626	202449	205822	209463	216098
25	105854	112622	116543	120922	127361	137772	162155	193171	202574	205903	209624	216376
26	106097	112805	116657	121112	127646	138113	163660	193674	202722	205990	209817	216637
27	106359	112960	116750	121344	127926	138465	165204	194186	202877	206069	209980	216930
28	106610	113092	116836	121580	128198	138840	167131	194671	203045	206160	210152	217265
29	106887	/	116946	121866	128456	139229	168668	195162	203198	206270	210344	217647
30	107122	/	117061	122108	128725	139626	170189	195574	203359	206358	210531	218037
31	107339	/	117192	/	128913	/	171392	196080	/	206452	/	218432

المصدر:قنان سهيلة،بودور عبد المالك،التدابير التي اتخاتها الجزائر للتصدي لفيروس كورنا،مقال،ص408-409-410.

شكل رقم(02-02):اتجاهات الإصابات بكورونا لسنة 2021.



المصدر: قنان سهيلة،بودور عبد المالك،التدابير التي اتخاتها الجزائر للتصدي لفيروس كورنا،مقال،ص:410.

من خلال الجدول رقم (02-04)، يتبيّن أنّ عدد الإصابات بوباء كوفيد-19 خلال سنة 2021 عرف منحى تصاعديًا مستمرًا منذ بداية السنة، حيث سُجّلت في شهر جانفي حوالي 99.897 إصابة، ليرتفع العدد تدريجيًا عبر مختلف الأشهر. وقد بلغت الإصابات مستويات مرتفعة خلال فترة الصيف، خاصة في شهري جويلية وأوت، أين تجاوزت 140.000 إصابة، وهو ما يعكس تسارع انتشار الوباء خلال هذه المرحلة.

وبعد ذلك، استمر عدد الحالات في الارتفاع خلال الأشهر اللاحقة، ليبلغ ذروته في شهر ديسمبر بحوالي 218.432 إصابة، وهو أعلى رقم مسجل خلال السنة. ويُلاحظ أنّ هذا الارتفاع كان بوتيرة متقاربة خلال الأشهر الأخيرة، ما يدل على استمرار الضغط الوبائي رغم بعض محاولات التحكم فيه.

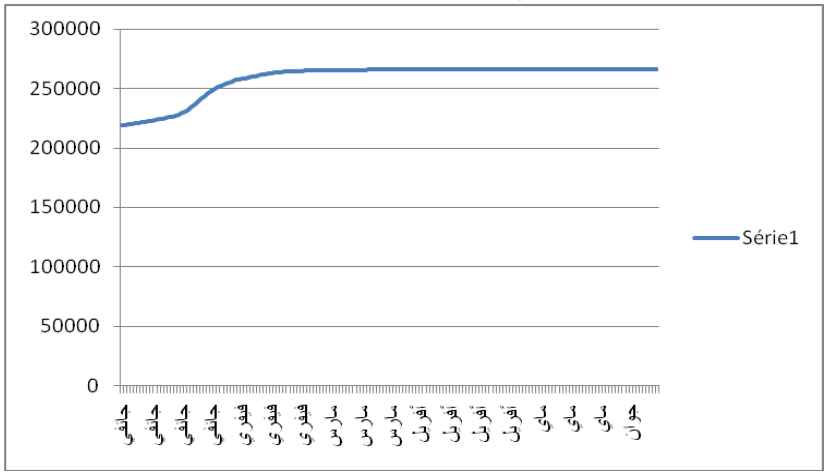
ويعكس هذا التطور التصاعدي للحالات صعوبة التحكم الكامل في انتشار الفيروس خلال سنة 2021، الأمر الذي فرض تحديات كبيرة على المنظومة الصحية، خاصة فيما يتعلق بتسيير الموارد والاستجابة السريعة لمتطلبات الأزمة. كما يبرز أهمية اعتماد سياسات صحية فعالة وإجراءات وقائية مستمرة للحد من تفاقم الوضع الوبائي.

جدول رقم (02-05):إحصائيات إصابات وباء كورونا لسنة 2021 بالأشهر.

الأشهر / الأيام	جانفي	فيفري	مارس	أفريل	ماي	جوان
01	218818	253520	265010	265679	265782	265887
02	219159	254885	265079	265684	265782	265889
03	219532	255836	265130	265691	265782	265889
04	219953	256806	265186	265694	265782	265889
05	220415	257598	265227	265699	265786	265897
06	220825	257976	265265	265705	265791	265900
07	221316	258478	265297	265707	265794	265904
08	221742	259088	265323	265714	265798	265909
09	222157	259673	265346	265720	265800	265920
10	222639	260191	265366	265724	265804	265925
11	223196	260723	265391	265727	265806	265925
12	223806	261226	265410	265730	265808	/
13	224383	261752	265432	265731	265814	/
14	224979	262165	265457	265733	265816	/
15	225484	262570	265478	265738	265818	/
16	226057	262994	265496	265739	265823	/
17	226749	263369	265511	265739	265828	/
18	227559	263685	265524	265741	265834	
19	228918	263936	265539	265746	265841	/
20	230470	264054	265550	265746	265847	/
21	232325	264201	265562	265754	265851	/
22	234536	264365	265573	265761	265854	/
23	236670	264488	265585	265761	265855	/
24	238885	264603	265599	265767	265860	/
25	241406	264706	265612	265771	265862	/
26	243568	264778	265621	265772	265864	/
27	245698	264855	265629	265773	265870	/
28	247568	264936	265641	265776	265873	/
29	249310	/	265651	265779	265873	/
30	250774	/	265662	265780	265877	/
31	252117	/	265671	/	265884	/

المصدر:قنان سهيلة،بودور عبد المالك،التدابير التي اتخاتها الجزائر للتصدي لفيروس كورنا،مقال،ص410-411.

شكل رقم(02-03): اتجاهات الإصابات بكورونا لسنة 2022.



المصدر: قنان سهيلة،بودور عبد المالك،التدابير التي اتخاتها الجزائر للتصدي لفيروس كورنا،مقال،ص412.

من خلال الجدول رقم(02-05)، يتبين أن أعلى نسبة إصابات سُجلت خلال سنة 2022 منذ بداية الجائحة، حيث تم بلغ عدد الحالات في شهر جانفي 64.70%، ما يقدر بـ:25309 إصابة، لتبدأ في الانخفاض بوتيرة سريعة في حالة الإصابات بفيروس كورونا لتصل الى 13084 إصابة، أما في شهر مارس وأفريل فقد سُجلت 647 حالة و109 إصابات على التوالي، وهو ما يعكس بوضوح تحكم السلطات الصحية في انتشار الفيروس وبلوغ مرحلة الاستقرار ثم التلاشي التدريجي لهذه الجائحة، وقد تزامن ذلك مع الفتح التدريجي وعودة عدد من الأنشطة وذلك نتيجة الانخفاض الملحوظ في حالات الإصابات وتوسع حملات التلقيح ضد الفيروس.[1]

المطلب الرابع: تأثيرات كوفيد-19 على الاقتصاد العالمي والاقتصاد الجزائري:

لقد كان لجائحة كوفيد-19 آثارا متعددة على الاقتصاد العالمي والاقتصاد الجزائري، إضافة إلى تأثيرات واضحة على الجانب الاجتماعي والثقافي، ويمكن تلخيص هذه الآثار كمايلي:

1.الآثار على الاقتصاد العالمي: تسببت جائحة كوفيد-19 في صدمة غير مسبوقة للاقتصاد العالمي، حيث وصفت بأنها أكبر أزمة اقتصادية شهدها العالم منذ أكثر من قرن،فقد أدت سرعة انتشار الفيروس والإجراءات الاحترازية المصاحبة له،مثل الإغلاق الكامل والقيود على الحركة، إلى توقف شبه كامل للأنشطة الاقتصادية على مستوى العالم، مما انعكس ذلك سلباً على مختلف القطاعات، بما في ذلك السياحة، التجارة الدولية، النقل البحري، الصناعة، أسواق المال، وقطاع الطاقة، وهذا ما أسفر عن خسائر فاقت بكثير تلك التي شهدها العالم خلال الأزمة المالية العالمية لعام 2008،أما عن التأثيرات الاقتصادية التي نتجت عن فيروس كورونا كوفيد-19 فهي كمايلي:

[1] قنان سهيلة،بودور عبد المالك،**التدابير التي اتخاتها الجزائر للتصدي لفيروس كورنا**،مجلة الفكر،الجلد07،العدد2023،01 ،ص:408-409-410-411-412.

1.1. انخفاض معدل الاقتصاد العالمي: حسب ما جاء في تقرير أفاق الاقتصاد العالمي لسنة 2020 فقد شهد النمو الاقتصادي العالمي انكماشا حادا وصل الى -3.5% خلال الربع الأول من انتشار الوباء، أي بنسبة انخفاض -1.9% لتصل إلى أدني مستوياتها منذ الكساد العظيم سنة 2029، وسجل النمو في سنة 2021 معدل بلغ 5.2%، وهذا ما عكس التعافي في الاقتصاد العالمي نتيجة الصدمة الأولية وبداية اتخاذ الإجراءات للتصدي للازمة منها التلقيح ضد الفيروس، كما أن هناك توقعات بوصول معدل النمو إلى نسبة 3.4% سنة 2022.[1]

رغم ذلك سجل تباطؤ سنة 2023 حيث سجل معدل النمو نسبة 2.9% نتيجة الحرب الأوكرانية والعقوبات الاقتصادية على روسيا وتعثر سلال التوريد والإمداد، ليصل في سنة 2024 الى نسبة 3.2% مسجلا تحسننا ملحوظا حسب تقرير صندوق النقد الدولي، تشير أحدث توقعات المنظمات الدولية، الصادرة في عام2025، إلى تباطؤ طفيف في وتيرة النمو الاقتصادي العالمي فيعام2025 مقارنة بعام2024، وذلك في أعقاب فرض تعريفات 2020.[2]

وقد تكبدت أسواق الأسهم خسائر تقدر بنحو 6 تريليونات دولار منذ 23 فيفري 2020، كما سجلت أسواق الائتمان الخطرة انخفاضا سعريا يعادل نحو ثلثي حدة الانخفاضات الذي شهدته خلال الأزمة المالية العالمية ل2008، إضافة الى ذلك الانخفاض الكبير في سعر الفائدة مما تولد عنه ضغط كبير على ربحية البنوك التجارية على المدى المتوسط، أما في الأسواق الصاعدة، فقد شهدت هذه الأخيرة خروجًا غير مسبوق للتدفقات المالية نتيجة مخاوف المستثمرين من الخسائر المحتملة المرتبطة بانتشار فيروس كورونا، مما زاد من هشاشة هذه الأسواق في مواجهة الصدمة العالمية.[3]

ومع ذلك، لم يبق الأثر سلبياً إلى الأبد، تشير دراسات على بعض الأسواق المالية في الدول العربية إلى أن الفترة ما بين 2022 و2023 شهدت تحسُّناً في الأداء بعد الجائحة، من خلال تعافٍ في المؤشرات العامة، عدد الصفقات، وقيمة التداول لكن هذا التعافي جاء في سياق اقتصاد عالمي لا يزال يعيش بعض التبعات المؤثرة، ارتفاع غير مسبوق في ديون الحكومات، اختلال في سوق العمل، وتحول في أنماط الاستهلاك والعمل (مثل الانتشار الدائم للعمل عن بُعد والمدفوعات الرقمية) وهي عوامل تُعيد تشكيل الاقتصاد العالمي حتى 2025، في المقابل رغم الانتعاش في بعض الأسواق لا تزال المخاطر قائمة، زيادات في التقلبات، ضغوط على أرباح الشركات بفعل أسعار الفائدة، واضطرابات

[1] موسى كاسي،دربال رقية،**تداعيات جائحة كورونا على الاقتصاد الجزائري-الاثار والاجراءات-**،مداخلة،2022،ص:05.

[2] اليمين سعادة،**تداعيات جائحة فيروس كورنا المستجد على الاقتصاد العالمي:الآثار على أهم القطاعات الاقتصادية وسبل مواجهتها**،مجلة نماء للاقتصاد والتجارة، المجلد 5، العدد2 ،جامعة العربي بن مهدي أم البواقي،2021،ص:215.

[3] موسى كاسحي،دربال رقية،**مرجع سابق**،ص:9-8.

اقتصادية وسياسية عالمية تجعل بعض المستثمرين حذرين، خصوصًا في ظل تذبذب متجدد في الأسواق نتيجة العقوبات الاقتصادية على روسيا نتيجة حربها على أوكرانيا والرسوم الجمركية المفروضة من طرف الولايات المتحدة .

2.1.آثار فيروس كورنا على المحروقات: كانت بداية وباء كورونا (كوفيد-19) في الجزائر بتاريخ 25 فيفري 2020 بعد تسجيل أول إصابة مؤكدة لدى رعية إيطالية في منطقة البليدة، لتعلن الجزائر بذلك انضمامها إلى قائمة الدول التي ظهر فيها الفيروس. ومع تزايد سرعة انتشاره وارتفاع عدد الإصابات، شكّلت الجزائر خلية لمتابعة التطورات، ودخلت مرحلة جديدة من التأهب الصحي وإحصاء الوضع الوبائي. وقد بيّن الجدول أن أعلى نسبة إصابات سُجلت خلال سنة 2022، حيث بلغ عدد الحالات في شهر جانفي 64.70% أي ما يعادل 25,309 إصابة، ثم بدأت الأعداد في الانخفاض لتصل إلى 13,084 إصابة. وفي شهري مارس وأفريل سُجلت 647 حالة و109 إصابات على التوالي، وهو ما يعكس تحكم السلطات الصحية في انتشار الفيروس وبلوغ مرحلة الاستقرار ثم التراجع التدريجي للجائحة، وقد تزامن ذلك مع الفتح التدريجي وعودة الأنشطة نتيجة الانخفاض الملحوظ في الإصابات وتوسع حملات التلقيح ضد الفيروس.

وعلى جانب العرض، تقلصت الإمدادات من الدول المنتجة خارج منظمة أوبك إلى 58 مليون برميل يوميا بتراجع نسبته 9.1% ،كما انخفضت إمدادات الدول الأعضاء من النفط الخام والغاز الطبيعي الى نحو 29.5 مليون برميل أي ما يعادل نسبة 17.6%، وذلك وفق ما ورد في النشرات والتقارير البترولية الشهرية.[1]

لكن هذه الصدمة سرعان ما تم تجاوزها ؛ ففي عام 2021 بدأ الطلب العالمي ينتعش تدريجيا مع تخفيف القيود الصحية وعودة الحركة الجوية، مما أدي ارتفاعه إلى مستويات قريبة من 96و98 مليون برميل يوميًا، بالرغم من استمرار التقلبات، وفي عام 2022 شهد السوق تعافيا قويا مدفوعا بعودة النشاط الاقتصادي الكامل، وارتفع الطلب مجددًا ليتجاوز حدود 100 مليون برميل يوميًا، إضافة إلى تسجيل ارتفاعات قياسية في الأسعار بسبب الاضطرابات الجيوسياسية العالمية.

أما في عام 2023 فتميّز باستقرار نسبي في الإنتاج والطلب، مع اتجاه الأسعار نحو التراجع مقارنة بذروة 2022، نتيجة سياسات خفض الإنتاج التي اعتمدتها أوبك+ للحفاظ على توازن السوق.

وفي عام 2024 بقي السوق متأثرا بعوامل عدم اليقين، خاصة تباطؤ النمو الاقتصادي العالمي، ما جعل الأسعار تتراوح ضمن مستويات معتدلة رغم استمرار التخفيضات الطوعية من بعض الدول المنتجة.

[1] موسى كاسحي،دربال رقية،**مرجع سابق**،ص:8.

وفي عام 2025 ما تزال سوق النفط تشهد تحولات مرتبطة بنمو الطاقات البديلة وتغير الطلب العالمي، إضافة إلى سياسات أوبك+ للحفاظ على الاستقرار، مع توقعات باستمرار مستويات الطلب فوق 101–102 مليون برميل يوميًا، لكن ضمن إطار حساس للتقلبات الاقتصادية والجيوسياسية.

3.1.انخفاض الإنتاج على مستوى القطاعات الصناعية العالمية: شهد الاقتصاد العالمي خلال عام 2020 اضطرابًا غير مسبوق نتيجة القيود المفروضة على الأشخاص والأنشطة الاقتصادية مما أدى إلى توقف مؤقت للنشاط الاقتصادي بخاصة الانتاج في الدول الصناعية الكبرى مثل الصين باعتبارها بؤرة انتشار الجائحة الاكثر تأثرا ،بحثت تساهم بحوالي 60% من إجمالي الناتج العالمي، و65% من الناتج الصناعي العالمي 41%، من إجمالي الصادرات المصنعة، حيت أشارت التقارير من الربع الأول من سنة 2020 إلى إنخفاض القيمة المضافة الإجمالية لمنشآت بسنة 13.5% ما ساهم في تعطيل التجارة الدولية ونقص كلٍّ من الطلب والعرض عالمي، ولم يقتصر الأمر على الصين وحدها فقد إمتد إلى دول صناعية كبرى أمثال الولايات المتحدة الأمريكية واليابان، وألمانيا والتي شهدت بدوها إنخفاضا كبيرا على مستوى قطاعات الصناعة التحويلية والخدمات والسياحة ، والصناعات الثقيلة وغيرها.[1]

ومع ذلك، ففي السنوات اللاحقة (2021–2025) بدأت بظهور تحسن تدريجي؛ في سنة 2021 شهد النشاط الإقتصادي إنتعاشًا أوليًا مع تخفيف القيود الصحية رغم إستمرار إختناقات سلاسل التوريد، ثم تعزز هذا الانتعاش في 2022 بعودة الحركة التجارية وارتفاع الطلب العالمي بالرغم من إندلا ع الحرب الروسية الأوكرانية، وهو ما ساعد الدول الصناعية على إستعادة جزء مهم من إنتاجها، مع بقاء قطاعات مثل السياحة والخدمات في مرحلة تعافٍ بطيء. أما في 2023 فقد إتجهت المؤشرات نحو قدر أكبر من الاستقرار، وإستعادت الصناعات التحويلية والخدمات معظم مستويات نشاطها. وفي 2024 ظهرت تحديات جديدة تمثلت في التضخم وارتفاع أسعار الطاقة، مما أحدث تذبذبًا محدودًا في النمو. بينما تميز عام 2025 بعودة شبه كاملة للديناميكية الاقتصادية، رغم استمرار بعض التحديات المرتبطة بالتحول الرقمي والطاقة، لتستعيد معظم القطاعات مستويات قريبة من ما قبل الجائحة، غير أن هناك مؤشرات على تذبذبات في الاقتصاد العالمي نتيجة تبني الولايات المتحدة الأمريكية فرض الرسوم الجمركية والحروب الاقتصادية والعقوبات على بعض الدول.

2.الآثار على الاقتصاد الجزائري: تأثرت الجزائر مثل باقي دول العالم بجائحة كورونا كوفيد-19، حيث شملت آثارها جميع المجالات نتيجة الإجراءات التي فرضتها السلطات للحد من انتشار الفيروس، بالإضافة إلى الالتزام بتوصيات والبرتوكولات التي نصت عليها منظمة الصحة العالمية، وقد ركزت الجهود كلها على القطاع الصحي وحماية حياة البشر على حساب الاقتصاد، مما نتج عنه أثار وخيمة على الإقتصاد الجزائري نتيجة الإنتشار السريع للفيروس، وفي هذا السياق سنستعرض أهم آثار الجائحة على مختلف القطاعات الاقتصادية في البلاد.

[1] موسى كاسحي،دربال رقية،**مرجع سابق**،ص:12.

1.2. قطاع لمحروقات: يعتمد الاقتصاد الجزائري بشكل كبير على قطاع المحروقات، الذي يُعد قطاعا ريعيا بإمتياز حيث تشكل صادرات النفط نحو 90% من إجمالي صادرات البلاد، وعليه أي تقلبات أو اهتزازات في أسعار النفط النفط ينعكس مباشرة على الوضع الاقتصادي الوطني، وهذا ماحدث بالفعل نتيجة انتشار فيروس كورونا كوفيد-19 في العالم والجزائر خاصة، حيث انخفضت أسعار النفط إلى أدنى مستوى لها في أفريل 2020 ، ليصل سعر النفط إلى مستوى 17.66 دولار للبرميل الواحد، كما شهدت الصادرات غير النفطية تراجعا بلغ نسبة 25.78% مقارنة بالثلاثي الأول من عامي 2019و2020، وتأثرت الشركات والمؤسسات الناشطة في مجال شركة سوناطراك حيث سجلت هذه الأخيرة عجزا خلال تجاوز 51.5 مليار دينار جزائري خلال النصف الأول من سنة 2020، بينما بلغت خسائر شركة سونلغاز 5.6 مليار دينار نتيجة انخفاض الطلب على الكهرباء.[1]

2.2. التضخم وتطور الأسعار: مؤشر التضخم عرف ارتفاع كبيرا خلال الفترة (2019-2023) نتيجة الظرف الصحي العام كما يلي:

جدول رقم(02-06): تطور معدل التضخم خلال الفترة (2019-2023).

السنة	2019	2020	2021	2022	2023
معدل التضخم	1.95	2.42	7.27	9.27	9.3

المصدر: تقرير أفاق الاقتصاد العربي الموحد، الإصدار الحادي عشر،أفريل 2020 ص:32.

يتضح من بيانات الجدول أن معدل التضخم في الجزائر اتخذ مسارًا تصاعديًا خلال الفترة 2019– 2023، حيث ارتفع إلى 7.27% سنة 2021 ثم قفز إلى 9.3% سنة 2023، وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالسنوات السابقة. يمكن تفسير هذا الارتفاع بعدة عوامل متداخلة، أبرزها ضعف القاعدة الإنتاجية الوطنية وعدم قدرة المنتجات المحلية على تعويض الواردات، مما جعل الاقتصاد حساسًا لتقلبات الأسعار العالمية. كما ساهمت اضطرابات سلاسل التوريد خلال جائحة كورونا وارتفاع تكاليف النقل والشحن وزيادة الطلب العالمي على المواد الغذائية والطبية والصيدلانية في دفع الأسعار نحو الارتفاع.

إلى جانب ذلك، لعب توسع الإنفاق العمومي خلال الجائحة وارتفاع كتلة الأجور وسياسات الدعم غير الموجه دورًا في زيادة نسب التضخم، كما أثرت تقلبات سعر صرف الدينار على تكلفة الاستيراد. ونتيجة لهذه العوامل مجتمعة، سجل الاقتصاد الجزائري مستويات تضخم مرتفعة خلال فترة الجائحة وما بعدها.

[1] حاجي عيسي،**تحليل أثر انتشار وباء كوفيد-19 المستجد على الاقتصاد في الجزائر**،ملتقى علمي،جامعة غليزان،2022،ص:11.

3.2.النمو الاقتصادي:عرف النمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة (2019-2021) إنكماشا في مستوى معدل النمو الاقتصادي الذي وصل إلى(-6.1%) في سنة 2020 مقاسا بمستوى الناتج المحلي الإجمالي، بسبب تداعيات الأزمة الصحية كوفيد-19.

جدول رقم(02-07):تطور معدل الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة(2018-2023).

السنة	2018	2019	2020	2021	2022	2023
معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي%	1.2	0.8	6-	3.8	3.3	3.0

المصدر:تقرير أفاق الاقتصاد العربي الموحد ،الإصدار السابع عشر،اغسطس 2022، ص:40 .

من خلال الجدول رقم (02-07)، نلاحظ أن معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي في سنة 2019 بلغ نسبة (0.8%) مقابل (1.2%) سنة2018، ورغم هذا التراجع الطفيف، إلا أن النمو بقي في مستوى إيجابي، وذلك على الرغم من استمرار العجز في الحساب الجاري لميزان المدفوعات، وانخفاض احتياطات النقد الأجنبي، وتباطؤ وتيرة نمو قطاع المحروقات خلال تلك الفترة.

أمّا في سنة 2020 فقد سجّل الاقتصاد الوطني انكماشا حادًا قدره(-6%) مقارنة بعام 2019، وهذا التراجع يرتبط أساسًا بتداعيات انتشار فيروس كورونا وما نتج عنه من حالة كساد واسعة بسبب إجراءات الإغلاق الصارمة الرامية إلى احتواء الوباء، باتفاقية "أوبك+التي فرضت خفضًا يقدر بنحو 12% عام 2020 في تعميق هذا الانكماش، حيث تراجع متوسط الإنتاج من 1023 ألف برميل يوميا سنة 2019 إلى 899 ألف برميل يوميًا سنة 2020، بالإضافة إلى تأثير انخفاض الأسعار العالمية للنفط على أوضاع الموازنة العامة للدولة التي تواجه ضغوطات نتيجة الزيادة المطلوبة لمستويات الإنفاق العام للتخفيف من التداعيات الاقتصادية والإنسانية لانتشار فيروس كورونا.[1]

و في سنة 2021 شهد معدل النمو في الجزائر تحسنا مقبولا حيث بلغ (2.3%) خلال الثلاثي الأول من هذا العام، في مقابل انخفض خلال نفس الفترة من سنة 2020 بنسبة كبيرة بلغت (13.3%)، وقد تحقق هذا التحسن نتيجة ارتفاع أسعار النفط التي وصلت إلى61.7 دولارًا للبرميل في الثلاثي الأول من 2021 مقارنة بـ 52.2 دولارًا خلال الفترة ذاتها من 2020.

كما أشار صندوق النقد العربي في آخر إصدار له لتقارير " آفاق الاقتصاد العربي " في أكتوبر 2021، أن النمو الاقتصادي في الجزائر من المتوقع أن يصل إلى4.5% مع نهاية 2021، وأوضح نفس التقرير أن الاقتصاد الجزائري

[1] التقرير الاقتصادي العربي الموحد،افريل 2020،ص:02

شهد تسجيل تعافي ملحوظ في عدد من القطاعات الاقتصادية بما يشمل الصناعة وقطاع البناء والأشغال العمومية والري والخدمات غير المسوقة والمحروقات،كما أرجع التقرير هذا التعافي إلى ارتفاع أسعار النفط عالميا، وإلى نجاح حملة التلقيح ضد فيروس كوفيد-19 التي سمحت بإعادة إطلاق النشاط الاقتصادي تدريجيا، وأكد أيضًا أن النمو سيستفيد من السياسات الحكومية الداعمة، على غرار برنامج إنعاش الاقتصاد الوطني وبرنامج إعادة التمويل الذي أطلقه بنك الجزائر والممتد إلى غاية النصف الأول من سنة 2022.

وجاء في نفس التقرير أن النمو الاقتصادي الجزائري سيستفيد من تبني عدد من السياسات الاقتصادية الداعمة مثل برنامج إنعاش الاقتصاد الوطني، والبرنامج الخاص لإعادة التمويل الذي وضعه بنك الجزائر بهدف دعم برنامج إنعاش الاقتصاد الوطني والذي سيستمر حتى النصف الأول من عام 2022، إضافة إلى فتح الحدود الجوية والبحرية تدريجيًا عقب تحسن الظروف الصحية واحتواء الجائحة خلال سنة 2021.[1]

4.2.التجارة الخارجية:يعد قطاع المحروقات حجر الزاوية في الاقتصاد الجزائري، حيث تمثل 93% إلى 95% من الصادرات، ومع ذلك منذ عام 2014 أدى انخفاض أسعار النفط تدريجيًا إلى تقليل الميزانية وذوبان الاحتياطيات الأجنبية.

في عام 2020 أدت قيود حركة الأشخاص وإجراءات التباعد الاجتماعي المتخذة للتخفيف من انتشار كوفيد-19 مجتمعة مع الصدمة النفطية إلى تفاقم الوضع الذي كان هشا بالفعل بعد الانخفاض الكبير في عام 2019، لذا شهدت الجزائر خلال عام 2020 انخفاضا كبيرًا في الصادرات بنسبة (-51%) في النفط الخام و(-33%) في الغاز الطبيعي مقارنة بعام 2019.

كما بلغت واردات البضائع 34.4 مليار دولار أمريكي بنهاية ديسمبر 2020 بانخفاض بنسبة 18%. ويفسر هذا التطور السلبي أساسًا بانخفاض شراء لمجموع المنتجات تقريبا، وهي المنتجات الطاقية والسلع الاستهلاكية الوسيطة والسلع الرأسمالية والسلع نصف المصنعة.

من المتوقع أن يؤدي العجز التجاري البالغ (-15.1 مليار دولار أمريكي) إلى انخفاض الاحتياطيات الأجنبية إلى 44 مليار دولار أمريكي بنهاية عام 2020. وفي عام 2021 تسبب العجز التراكمي في ميزان الخدمات وميزان الدخل الأولي وحساب رأس المال في تقلص كبير للميزان الجاري ورأس المال من 18.68 مليار دولار سنة 2020 إلى 4.64 مليار دولار سنة 2021، ويعود ذلك إلى تحسن الميزان التجاري من عجز قدره 13.50 مليار دولار عام 2020 إلى فائض قدره 1.15 مليار دولار في عام 2021، إضافة إلى انخفاض قدره 814.20 مليون دولار

[1] وردة شيبان،سامية مقعاش،**انعكاسات جائحة كورونا على أهم المؤشرات الاقتصادية في الجزائر-دراسة تحليلية اقتصادية**،مجلة دراسات في الاقتصاد وإدارة الأعمال،المجلد 05، العدد01، 2022،ص:594-595-596.

في عجز رصيد الخدمات باستثناء العوامل. كما ارتفعت صادرات المحروقات بنسبة 70.16% في عام 2021 مقارنة بعام 2020، وذلك حسب تقرير البنك المركزي لسنة 2021.[1]

5.2.البطالة (مستوى التشغيل): بلغ معدل التشغيل في الجزائر خلال ماي 2019 نحو 11.4% مقابل (11.7%) في سبتمبر 2018 أي بتراجع 0.3 نقطة،وقد سجل هذا التراجع لدى فئة الرجال، حيث تراجعت نسبة البطالة لديهم من نسبة (9.9%) في سبتمبر 2018إلى(9.1%) في ماي 2019 ووفقًا لبيانات الديوان الوطني للإحصاء فإنه بلغ عدد السكان البطالين في الجزائر حوالى 1.449مليون شخص عام 2019 مقابل 1.462مليون شخص في سبتمبر 2018 ، كما أشار تقرير صندوق النقد الدولي في آخر نشرته نصف السنوية لسنة 2019 حول "آفاق الاقتصاد الإقليمي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا" أن نسبة البطالة في الجزائر يتوقع انها سترتفع إلى 13.3 % في سنة 2020، وفي السياق نفسة أعلنت وزارة العمل الجزائرية فقدان 51 ألف وظيفة خلال عام 2020 نتيجة غلق المصانع بفعل القيود التي فرضتها جائحة كورونا، اضافة إلى غلق مصانع لتجميع وتركيب السيارات ومصانع تجميع وتركيب أجهزة منزلية وتم تسريح عمالها.

وأكد "عبد الرحمان بن عوكلي" الباحث بالمجلس الجزائري الاقتصادي والاجتماعي، أن الجزائر ستشهد نسبة ارتفاع كبيرة في معدلات البطالة مع استمرار الازمة الصحية كوفيد-19، نتيجة غلق مئات المؤسسات في مختلف القطاعات بسبب برتوكولات الوقاية من الوباء، إلى جانب تأثر مئات الآلاف من أصحاب المهن الحرة التي تصنف ضمن خانة اليد العاملة المؤهلة وغير الناشطة.

كما كشفت دراسة للمجلس ذاته أن عدد، أن حجم فاقدي مناص الشغل قدر بين 100 ألف و150 ألف عامل منذ بداية الأزمة الوبائية، سواء تعلق الامر بمناصب شغل مباشرة،غير مباشرة، مناصب شغل مؤقتة .

وخلال سنة 2021، استمرت سوق العمل في الجزائر في تسجيل مستويات مرتفعة من البطالة، حيث بلغ معدل البطالة العام نحو 13.6%حسب التقديرات الدولية، بينما وصلت بطالة الشباب (الفئة 15– 24 سنة) إلى حوالي 33.8%، وهو ما يعكس استمرار الضغوط الاقتصادية الناجمة عن الجائحة وتباطؤ تعافي مختلف القطاعات الإنتاجية والخدمية خلال هذه السنة.[2]

[1] Habiba Bouguerroumi,Hayat BOUDJANA, **The Algerian economy facing the Covid-19 pandemic**: **Current situation**, **analysis and perspectives**,Journal of Studies in Economics and Management,2021,p :574-575.

[2] وردة شيبان،سامية مقعاش،**مرجع سابق**،ص:598.

6.2.اثر جائحة كورونا على ميزان المدفوعات:

شهد الاقتصاد الجزائري خلال جائحة كورونا تأثيرات مباشرة على توازنه الخارجي، حيث انخفضت الإيرادات الخارجية بنسبة تتراوح بين 20– 30% واتسع عجز الحساب الجاري ليبلغ –13.7% من الناتج المحلي الإجمالي سنة 2020. كما أدى الركود العالمي وإجراءات الحجر الصحي إلى تراجع الواردات بنسبة 18% لتصل إلى 34.4 مليار دولار في 2020، إضافة إلى انخفاضها في الثلث الأول من السنة بنسبة 20.83%، وهو ما ساهم نسبيًا في تخفيف الضغط على الميزان التجاري.

على مستوى الاحتياطيات وحساب رأس المال، تراجعت الاحتياطيات الدولية إلى 44 مليار دولار نهاية 2020 بعد أن كانت 53 مليار في 2019 و195 مليار في 2013، بما يعادل تغطية 12.1 شهرًا فقط من الواردات. كما أسهم فائض حساب رأس المال في تقليص العجز الكلي للميزان في الثلث الأول من 2020 بنسبة 57% ليبلغ 2.5 مليار دولار. في المقابل ارتفع الدين الخارجي إلى 7.38 مليار دولار سنة 2021 بزيادة 42.5% عن 2020.

أما التحويلات فقد تراجعت بنحو 10– 15% من مستواها السنوي المقدر بـ:2 مليار دولار نتيجة الركود العالمي، بينما ارتفعت واردات الخدمات الصحية والطبية بفعل الضغوط الوبائية، مما زاد من الأعباء على ميزان المدفوعات خلال سنة الأزمة، وذلك وفق تقارير صندوق النقد الدولي والبنك العالمي والبنك المركزي الجزائري.

المبحث الثالث: التدابير المتخذة لمواجهة الأزمة الصحية لجائحة كوفيد-19 في الجزائر.

شهدت الجزائر كغيرها من الدول حول العالم انتشار كبيرا لجائحة كوفيد-19 مع بداية عام 2020، وهذا ما أثار تحديات هائلة على المنظومة الصحية والاقتصادية والاجتماعية، حيث ظهر فيروس كورونا في الجزائر مع تسجيل أول حالة إصابة مؤكدة في 25 فبراير 2020، وسرعان ما إمتدت إلى جميع الولايات مسجلة أكثر من 107 آلاف إصابة بحلول نهاية عام 2020 وفي هذا السياق إعتمدت السلطات الجزائرية استراتيجية شاملة للتصدي للأزمة، ترتكز على مبادئ الوقاية والإستجابة السريعة، مستلهمة من توصيات منظمة الصحة العالمية (WHO)، تهدف هذه الاستراتيجية إلى الحد من الانتشار الفيروس، والحفاظ على حياة المواطنين، مع تخفيف الضغط على النظام الصحي.

وفي هذا المبحث، سنتناول التدابير المتخذة من خلال خمسة مطالب رئيسية: الأول يركز على التدابير الوقائية والإدارية، الثاني على التدابير الصحية والطبية، الثالث على التدابير الاجتماعية والاقتصادية، الرابع على التدابير القانونية والعقابية، والخامس على التدابير الرقمية والتحول الرقمي، سنعتمد على تحليل الإجراءات الرسمية، مع الإشارة إلى التحديات والدروس المستفادة، لفهم كيف ساهمت هذه التدابير في احتواء الجائحة في الجزائر.

المطلب الأول: التدابير القانونية والعقابية.

في ظل تزايد انتشار الفيروس في الجزائر، أمر رئيس الجمهورية بإغلاق المدارس والجامعات ومؤسسات التكوين المهني، وكذا مدار التعليم القرآني والزوايا ومدارس التعليم الخاصة ورياض الأطفال ابتداء من الخميس 12 مارس 2020، واستبعد الرئيس الحجر الصحي الشامل لكل الولايات وقررت لجنة الفتوى في 15 مارس 2020 تعليق صلاة الجمعة والجماعات وغلق المساجد ودور العبادة في ربوع الوطن مع الإبقاء على الأذان بالتنسيق مع الأطباء وأهل الاختصاص وحماية أرواح المواطنين ومرافقة للإجراءات التي اتخذتها الدولة، حسب اللجنة كما دعت إلى الحرص على الالتزام بالإجراءات الوقائية والتضرع لله والدعاء وفعل الخير.[1]

حيث تم تخصيص 51 مركزا للحجر الصحي في 15 ولاية عبر الجزائر للاستقبال الجزائريين الوافدين من الخارج.

وفي 21 مارس تم إصدار المرسوم التنفيذي رقم:20-69 المتعلق بتدابير الوقاية من إنتشار هذا الوباء، ترمي هذه التدبير إلى الحد من الاحتكاك الجسدي بين المواطنين في الفضاءات العمومية وأماكن العمل، تطبق على كامل التراب الوطني لمدة (14) يوما ويمكن رفعها عند الاقتضاء، حيث تم تعليق نقل الأشخاص والخدمات الجوية، النقل البري في كل الاتجاهات، نقل المسافرين بالسكك الحديدية، النقل الموجه بالمترو، والترامواى، النقل بالمصاعد الهوائية، النقل الجماعي بسيارات الأجرة ما عدا نقل المسافرين.[2]

كما نص نفس المرسوم لسميا المادة رقم 5 منه، على أن يتم غلق محلات بيع المشروبات ومؤسسات التسلية والعرض،والمطاعم باستثناء التي تضمن التوصيل إلى المنازل في كافة المدن الكبرى، ويمكن توسع هذه الإجراءات إلى أنشطة أو مدن أخرى بقرار صادر عن الوالي.[3]

كما تم منح عطلة استثنائية مدفوعة الأجر لقرابة نصف مستخدمي المؤسسات والإدارات العمومية، في إطار تقليل الاحتكاك بين الأفراد والحدّ من انتشار الوباء، حسب ما جاء في المواد(6-8) من نفس المرسوم التنفيذي،باستثناء موظفو الصحة وبعض مستخدمو الإدارات حسب ما تم ذكره في المادة رقم 07، على أن تعطى الأولوية للنساء الحوامل والمتكفلات بتربية أبنائهن، وأصحاب الأمراض المزمنة ويعانون من هشاشة صحية، كما خول للوالي اتخاذ إجراءات الوقاية من انتشار فيروس كورونا، كما يمكنه تسخير مستخدمي الصحة والحماية المدنية والوقاية الصحية والأمن وكل سلك أو فرد يكمن أن يكون معني بتدابير الوقاية، وكذا كل مرفق أو وسائل نقل أو منشأة، تستعمل للنقل أو الإيواء، ولضمان الحد الأدنى من الخدمات للمواطنين حسب المادة 10 من نفس المرسوم التنفيذي.

---

[1] عطاب يونس،**تدابير الوقاية لحماية الصحة العمومية من وباء كوفيد-19**،مجلة العلوم القانونية والإدارية،الجلد01،العدد8، 2020،ص:345.

[2] المادة 2،3 من المرسوم التنفيذي رقم:20-69،المؤرخ في 21مارس 2020،**المتضمن تدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا(كوفيد-19) ومكافحته**،الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ،العدد 15،المؤرخة في:21 مارس 2020.

[3] المادة 5من المرسوم التنفيذي السابق.

يُلاحظ من خلال هذا المرسوم أنه استند في جزء كبير من تدابير الحماية الصحية إلى التوجهات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، حيث منح للوالي دورًا محوريًا في اتخاذ تدابير الضبط الصحي داخل إقليم ولايته. كما خول له صلاحية اتخاذ الإجراءات المناسبة ضمن الحدود الإقليمية التابعة له،ولتعزيز هذه التدابير الوقائية ودعمها، تم إصدار مرسوم تنفيذي مكمّل يوضح تفاصيل وآليات تنفيذ هذه الإجراءات.

وجاء في المرسوم التنفيذي رقم 20-70 المحدد للتدابير التكميلية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورنا(كوفيد-19)، على إقامة حجز منزلي لتقيد الحركة يقرره الوزير الأول، حيث يطبق الحجر الجزئي على ولاية الجزائر من الساعة السابعة صباحا الى الساعة السابعة مساءا،كما يمنع خلال هذه الفترة تجمع لأكثر من شخصين، وضرورة احترام مسافة التباعد البدني المقدّرة بمتر واحد على الأقل بين الأفراد.

كما أقر الحجر الصحي الكلي على مستوى ولاية البليدة باعتبارها بؤرة الوباء، لمدة عشرة (10) أيام قابلة للتجديد، مع إمكانية توسيع هذا الإجراء ليشمل ولايات أخرى عند الضرورة. ويمتدّ الغلق المنصوص عليه في المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 20-69 ليشمل كامل التراب الوطني، مع تعليق أنشطة تجار التجزئة، باستثناء الأنشطة الضرورية لضمان تموين السكان بالمواد الغذائية ومواد الصيانة والتنظيف والمواد الصيدلانية، وذلك وفقًا لأحكام المادة 11 من المرسوم التنفيذي 20-70.

وفي السياق ذاته، تمّ إنشاء لجنة ولائية للتنسيق القطاعي للوقاية من انتشار الوباء، يرأسها الوالي وتضمّ ممثلين عن مصالح الأمن والنائب العام، رئيس المجلس الشعبي لمقر الولاية، وقد أُسندت لمصالح الدرك الوطني بتنفيذ قرارات اللجنة، كما نصّ المرسوم على تسليم رخص استثنائية للتنقل تُمنح للأشخاص لقضاء احتياجات التموين بين المتاجر المرخص لها، وقضاء احتياجات التموين بجوار المنزل، وضرورات العلاج الملحة وممارسة نشاط مهني مرخص به، وذلك وفق ما ورد في المواد (08–06) من المرسوم التنفيذي ذاته.

ويتعرض كل مخالف لهذا المرسوم الى عقوبات السحب الفوري والنهائي للسندات القانونية الخاصة بممارسة النشاط، دون المساس بالمتبعات الجزائية،كما يقع تحت طائلة العقوبات المنصوص عليها في قانون العقوبات كل من ينتهك تدابير الحجر الصحي والتباعد والوقاية،حسب المادة رقم 17 من نفس المرسوم.

كما تم تمديد إجراء الحجر المنزلي إلى (09) تسع ولايات لمدة (10) أيام قابلة للتجديد، ابتداء من 28 مارس 2020 حسب ما جاء في المرسوم التنفيذي 20-70 المتضمن تمديد الحجر المنزلي إلى بعض الولايات. كما تم أحكام الوقاية من انتشار وباء كورونا كوفيد-19مرة ثانية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 20-86 إلى غاية 19 افريل 2020، مع تطبيق الحجر الجزئي على (04) أربع ولايات إضافية.

على أن يتم تعديل المرسوم التنفيذي رقم 20-70 بالمرسوم التنفيذي 20-92 واهم ما جاء فيه هو تطبيق الحجر الجزئي على كامل التراب الوطني من الساعة(07) السابعة مساءا إلى الساعة(07) السابعة مساءا ما عدا (09) ولايات من بينهم الجزائر العاصمة، حيث يكون الحجر في هذه الولايات من الساعة الثالثة مساءا إلى الساعة السابعة ، ابتداء من 05 افريل إلى 19 افريل 2020، مع الإبقاء على ولاية البليدة تحت الحجر الكلي حسب المواد 03و04و05 من ذات المرسوم.

ثم تم صدور مرسوم تنفيذي 20-100 تضمن تحديد العمل بنظام الوقاية مرة ثالية الى غاية 29 افريل، ثم تم إصدار مرسوم تنفيذي رقم 20-102يتضمن تمديد اجراء الحجر الجزئي، ليتغير توقيت الحجر في تسع ولايات من الساعة (05) الخامسة مساءا الى الساعة (07) السابعة صباحا. مع رفع الحجر الكلي على ولاية البليدة ووضع الحجر من الساعة (02) الثانية بعد الزوال الى الساعة (07) السابعة صباحا، والابقاء على كافة الولايات الحجر الجزئي من الساعة (07) السابعة مساءا الى الساعة(07) السابعة صباحا وهذا بالتزامن مع دخول شهر رمضان.

تم تمديد العمل بإجراء الحجر الصحي مرة رابعة لمدة 15 يومًا ابتداءً من 30 أفريل إلى غاية 15 ماي.[1]

أما فيما يخص العقوبات التي اعتمدتها فقد تمثلت فيما يلي:

فقد أقرت الحكومة جملة من العقوبات الصارمة تصل إلى الحبس ضد المخالفين للحجر المنزلي من بينها حضر التجول بسبب الجائحة وفي هذا السياق أصدر الوزير الأول تعليمات موجّهة إلى الولاة والهيئات المعنية تشدد على ضرورة التطبيق الصارم لمختلف القواعد والإجراءات الوقائية، معتبرا كل من يخل بالإجراءات الحجر المنزلي يستوجب تطبيق عقوبات جزائية منصوص عليها في القوانين المتمثلة في الغرامات المالية تتراوح ما بين 3000 دج و 6000 دج ضد كل المخالفين الذين وقد تترافق في بعض الحالات علاوة على ذلك الحبس لمدة ثلاثة (03) أيام على الأكثر.

اعتمد الولاة جملة من العقوبات الجزائية الردعية ضد كل من يخالف التدابير الصحية التي أقرتها الحكومة، حيث تم اتخاذ إجراءات ميدانية صارمة من بينها حجز السيارات في المحشر للأشخاص المخالفين، مع فرض الحجر الصحي لمدة تصل إلى ثمانية أيام، وفي حال التكرار تضاعف العقوبة وقد يُحال صاحبها إلى القضاء. كما تمت إحالة الأشخاص الراجلين الذين يضبطون في حالة مخالفة تدابير الحجر المنزلي أمام الجهات القضائية المختصة.

كُلف الأمناء العامون للولايات ومديرو التنظيم ورؤساء الدوائر والبلديات وقادة الشرطة والدرك بالسهر على تنفيذ هذه الإجراءات، وفي هذا السياق أصدرت الحكومة تعليمة تنص على أن أي إخلال بهذه التدابير يستوجب تطبيق

[1] عطاب يونس،**تدابير الوقاية لحماية الصحة العمومية من وباء كوفيد-19**،مجلة العلوم القانونية والاجتماعية،جامعة ادرار،2020،ص:445-447.

العقوبات المنصوص عليها قانونًا، والمتمثلة في الحبس من شهرين إلى ستة أشهر مع غرامة مالية تتراوح بين 20,000 دج و100,000 دج، وذلك طبقًا للمادة 187 من قانون العقوبات.[1]

- إصدار قانون يهدف إلى توفير الحماية لجميع المستخدمين بالمؤسسات الصحية العمومية والخاصة مختلف أشكال الاعتداءات اللفظية والجسدية ومعاقبة المعتدين بالحبس لمدة تتراوح من ثلاث (3) إلى عشر (10) سنوات حبسًا في حالة الاعتداء الجسدي، وذلك تبعا لخطورة الفعل المرتكب والنتائج المترتبة عنه.

الطلب الثاني:التدابير الوقائية والإدارية.

اعتمدت الجزائر مجموعة من التدابير الوقائية والإدارية بهدف الحد من انتشار فيروس كورونا، من خلال تعزيز إجراءات ومن بين التدابير المتخذة مايلي:

1.استحداث هيئات صحية جديدة.

حرصت السلطات العمومية خلال جائحة كوفيد-19 على تعزيز منظومة الحوكمة الصحية عبر استحداث هيئات متخصصة تعنى بمتابعة الوضع الوبائي واتخاذ القرارات المناسبة، ومن أبرز هذه الهيئات مايلي:

1.1.إنشاء اللجنة الوطنية العلمية لرصد ومتابعة تفشي فيروس كورونا.

أعلن رئيس الجمهورية بتاريخ 22 مارس 2020 عن تشكيل لجنة وطنية علمية موسّعة تضم عدة قطاعات،منها الصحة والسكان والصناعة والصيدلانية والإعلام وغيرها يترأسها وزير الصحة مع ضم وزير الاتصال وتعين الدكتور جمال فورار ناطقا رسميا لها،وتتمثل مهام هذه اللجنة في رصد تطور انتشار الفيروس ومتابعة ميدانيا،اضافة الى تنشيط ندوات صحفية يومية على الساعة الخامسة مساءا لاطلاع الرأي العام على أهم التطورات والإجراءات والتدابير.

2.1.إنشاء خلية عملياتية لتحري ومتابعة التحقيقات الوبائية حول كورونا.

بتاريخ 9 جوان 2020 تم استحداث خلية عملياتية مخصّصة للتحري ومتابعة التحقيقات الوبائية المتعلقة بحالات كوفيد-19 المؤكدة أو المشتبه فيها، وقد عين البروفسور محمد بلحسين رئيسًا لهذه الخلية التي تعمل في تنسيقي مباشر مع مختلف الهياكل التابعة لوزارة الصحة،ما يتيح لها الاطلاع اليومي عن نتائج لتحقيقات الوبائية والتحري حول حالات كوفيد-19، بالإضافة إلى التعمق في التحقيقات التي باشرتها اللجنة العلمية وذلك بهدف الكشف المبكر عن الحالات وعزل المصابين وقطع سلسلة انتقال العدوى للحد من انتشار الفيروس.

[1] سهيلة قنان،ريمة مراد،**مرجع سابق**،ص: 102-103

3.1.إنشاء الوكالة الوطنية للأمن الصحي.

أنشئت هذه الوكالة بمقتضى مرسوم رئاسي مؤسسة للرصد واليقظة الاستراتجية والتوجيه والإنذار في مجال الأمن الصحي وتم تسميتها بالوكالة الوطنية للأمن الصحي حيث نصب الرئيس تبون بتاريخ 13 جوان 2020 بمرسوم رئاسي كل من البروفسور كما صنهاجي رئيسا للوكالة والبروفسور اسماعيل مصباح نائب له ومن مهامها:

– تنسيق البرامج الوطنية للوقاية من التهديدات واختار الأزمات الصحية ومكافحتها؛

– الاهتمام بمجال الأمن الصحي وإصلاح المنظومة الوطنية للصحة؛

– العلاقة بين الأمن والاستقرار الوطني والصحة العمومية علاقة مباشرة وعضوية، إذ أن كل جانب يؤثر في الآخر بشكل متبادل وفق مايلي:

أ. الأمن والاستقرار الوطني :وجود بيئة آمنة ومستقرة تتيح للحكومات والمؤسسات الصحية العمل بفعالية، وتضمن وصول الموارد والخدمات الطبية إلى المواطنين دون انقطاع. كما يقلل من مخاطر الفوضى أو النزاعات التي قد تعطل النظام الصحي.

ب. الصحة العمومية :مجتمع يتمتع بصحة جيدة يعزز الاستقرار الوطني، لأن السيطرة على الأوبئة والأمراض تمنع حدوث أزمات اجتماعية واقتصادية قد تهدد الأمن. انتشار الأمراض بشكل واسع يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات اجتماعية، ضغط على الموارد، وتراجع الثقة في المؤسسات.

ج.التفاعل المتبادل :ضعف الصحة العمومية قد يؤدي إلى هشاشة في الاستقرار الوطني، بينما غياب الأمن يعطل جهود الوقاية والعلاج ويزيد من خطورة الأزمات الصحية.

يمكن القول أن الأمن الوطني والصحة العمومية يشكلان ركيزتين أساسيتين في بناء دولة قوية، حيث أن حماية صحة المواطنين تعزز الثقة والاستقرار، والأمن بدوره يوفر البيئة اللازمة لتطوير منظومة صحية فعالة؛[1]

– التقييم الدوري والخبرة للمخاطر الصحية المتعلقة بالمواد الصيدلانية، الأدوية ذات الاستعمال البشري أو البيطري، المواد البيولوجية والبيوتكنولوجية، الدراسات العيادية، المستلزمات الصحية، التغذية، الصحة في وسط العمل، الصحة الحيوانية والنباتية، مواد النظافة، مواد التجميل، المياه، البيئة، والسهر على احترام الممارسات الحسنة والمقاييس والمعايير والبروتوكولات المرتبطة بها؛

– التقييم الدوري والإخطار الذاتي فيما يخص المخاطر والتهديدات من كل مصدر على صحة السكان والنظافة العمومية،

[1] زين العابدين بوعشة، **كورونا في الجزائر استراتيجية الدولة في إدارة الأزمة**،دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع،ط 2020،ص:27-29 .

- تنسيق نشاطات اليقظة الصحية والوبائية وإطلاق الإنذارات المبكرة لتمكين أجهزة تسيير الحالات الاستثنائية من الانتشار في الوقت المناسب، عبر كل التراب الوطني إلى غاية الحدود،

- تسيير وتنسيق حالات الاستعجال المرتبطة بالمخاطر الصحية، على المستوى الوطني،

- إقامة وتطوير علاقات التعاون والشراكة مع الهيئات الأجنبية المماثلة والتنسيق مع المنظمات الدولية المختصة، لا سيما أثناء الجائحة والأزمات الصحية الكبرى وتبادل الوثائق والمعلومات المتعلقة بها،

- متابعة تطور المعطيات مع مختلف الهياكل المعنية، فيما يخص تسيير الاحتياطات الاستراتيجية من الأدوية والمستهلكات الطبية الجراحية، بوسائل التشخيص ووسائل الحماية المخصصة للتكفل بحالات الاستعجال الصحية والمخاطر الصحية الكبرى.

- تنظيم نقل الاشخاص وذلك من أجل ضمان استمرارية الخدمة العمومية والحفاظ على النشاطات الحيوية في الدولة وفقا ما جاء في المادة 4 من المرسوم التنفيذي 20-69 المتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته .

- تم تحديد مدة (14) أربعة عشر يوما لتطبيق هذه التدابير المذكورة في المرسوم التنفيذي، وذلك على مستوى كافة التراب الوطني لمدة (14) أربعة عشر يوما، مع إمكانية رفع هذه التدابير أو تمددها على حسب تطورات الأوضاع، حسب ما جاءت المادة 2 من المرسوم التنفيذي 20-69.

- تعلق نشاطات نقل الأشخاص حيث جاء في المادة الثانية من المرسوم التنفيذي المتعلقة بالتدابير الوقائية من انتشار الفيروس حيث تم تعليق جميع الخدمات المتعلقة بالنقل الجوي والنقل البري للمسافرين في كل الاتجاهات، ونقل السكك الحديدية والنقل بالمصاعد الهوائية والنقل الجماعي بسيارات الأجرة.

- تم فرض غلق عدد من المحلات والمؤسسات، لاسيما في المدن الكبرى، حيث شمل القرار محلات بيع المشروبات ومؤسسات وفضاءات الترفيه والتسلية والعرض والمطاعم مع استثناء تلك التي تضمن نشاطها عبر خدمة التوصيل إلى المنازل، وذلك طبقاً لأحكام المادة 9 من المرسوم التنفيذي رقم 20-69.

- نصّ المرسوم التنفيذي رقم 20-69 المتعلق بتدابير الوقاية من تفشي فيروس كورونا، في مواده 6 و8 و9، على منح عطلة استثنائية مدفوعة الأجر لما يقل عن 50% من مستخدمي المؤسسات والإدارات العمومية مع إعطاء الأولوية للنساء الحوامل والنساء المربيات للتكفل بأولادهم، كما تم التشجيع على اعتماد العمل عن بعد بالنسبة للمؤسسات والإدارات العمومية بهدف الحد من التجمعات وتقليل مخاطر انتشار العدوى.

المطلب الثالث:التدابير الصحية والطبية.

قامت الدولة الجزائرية بتأهيل معهد باستور الجزائر عبر توفير 80 ألف كيت (kits) لإجراء التحاليل، وتم اعتماده كمخبر مرجعي معترف به من قبل منظمة الصحة العالمية نظرًا لالتزامه بتوصياتها والمعايير المعمول بها في أوروبا وآسيا والولايات المتحدة الأمريكية. يتوفر المعهد على الوسائل الضرورية لتشخيص فيروس كورونا، وله القدرة على إجراء 130 اختبارًا يوميًا.

وفي 23 مارس 2020 تم افتتاح مختبر جديد لفحص كوفيد-19 تحت إشراف معهد باستور في وهران لتقليل الضغط على العاصمة الجزائر، حيث مكّن هذا المركز من إعطاء نتائج التحاليل خلال 3 أو 4 ساعات. كما أُدرج ملحق ثالث تابع لمعهد باستور بمدينة قسنطينة بتاريخ 25 مارس 2020، مما عزز شبكة التشخيص الوطنية وساهم في مواجهة الجائحة بفعالية أكبر.[1]

ونظرا للإنتشار السريع لفيروس كورونا تم الترخيص لمخابر أخرى عبر التراب الوطني لاحتواء الوضع الوبائي ومن بين المرخص لها المخبر المركزي لمستشفى ورقلة، جامعة تيزي وزو وبجاية، المستشفى الجامعي بتلمسان.

وجاء في نص القانون رقم 98-09 المؤرخ في 19 أوت 1998، المعدل والمتمم للقانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 61، الصادر في 19 أوت 1998،حيث نصت المادة 34 منه" تضع الدولة التدابير الصحية القطاعية والقطاعية المشتركة الرامية إلى وقاية المواطنين و حمايتهم من الأمراض ذات الانتشار الدولي ."و في إطار الجهود الحثيثة لمواجهة جائحة كورونا ، فقد تم اعتماد إستراتيجية محكمة من طرف الدولة الجزائرية متمثلة في تدخل المؤسسات الرسمية و شبه الرسمية لمحاولة استيعاب آثار هذا الفيروس، وحماية الأفراد و صحتهم بالدرجة الأولى و كذا بتدخل المواطنين والمواطنات بالمساهمة في مواجهة هذا الوباء.

وإدراكًا لأهمية التلقيح باعتباره أحد أهم التدابير الوقائية للحد من انتشار فيروس كورونا والتقليل من آثاره الصحية، سارعت الجزائر إلى ربط اتصالاتها مع عدد من المخابر العالمية لتوفير اللقاحات المعتمدة. وقد تزامن ذلك مع نجاح الجهود العلمية والبحثية الدولية في تطوير عدة لقاحات أثبتت فعاليتها، من أبرزها:

– لقاح فايزر بيونتيك: تم إنتاج هذا اللقاح من طرف شركة **Bion Tech** الألمانية بالتعاون مع شركة **Pfizer_Inc** الأمريكية بتاريخ 11 ديسمبر 2020، ويتميّز بنسبة فعالية عالية بلغت نحو 95%، ومن خصائصه الصعوبة التخزين حيث يتطلب درجة حرارة شديدة البرودة تصل الى 34 درجة مئوية، وقد تم استخدامه في الولايات المتحدة الأمريكية كما حصل على الترخيص لاعتماده داخل دول الاتحاد الأوروبي ؛

[1] أمال بوقاسم،**مرجع سابق ذكره**، ص: 176-177.

- **لقاح استرازينيكا أكسفورد:** هذا اللقاح طوره المخبر البريطاني أسترازينيكا وجامعة أكسفورد والتقنية التي يستعملها النوافل الفيروسية(viral vector)، ويتميّز هذا اللقاح بنسبة فعالية تُقدَّر بـ 76% ويوفّر حماية ضد السلالة البريطانية، كما يمكن تخزينه ونقله في التبريد العادي لمدة 6 أشهر على الأقل، وهو معتمد ومستخدم داخل دول الاتحاد الأوروبي؛

-**لقاح موديرنا:** تم إنتاج هذا اللقاح وتطويره من طرف **شركة موديرنا(Moderna, Inc)** ، وهي شركة أمريكية للتكنولوجيا الحيوية وذلك بتاريخ 18 ديسمبر 2020 ويتميّز بنسبة فعالية تُقدَّر بـ 86,4% ، ومن خصائصه سهولة التخزين والتوزيع، إذ يمكن حفظه في ظروف التبريد العادي لمدة شهر كامل؛

- لقاح نوفافاكس: تم تطويره من طرف شركة نوفافاكس(**Novavax, Inc**) ، وهي شركة أمريكية متخصّصة في التكنولوجيا الحيوية، ويعتمد اللقاح على تقنية البروتينات المؤتلفة مع مادة مساعدة لتعزيز الاستجابة المناعية يتميّز هذا اللقاح بنسبة فعالية تُقدَّر بـ 96,4%، وقد تم تطويره ضد سلالات فيروس كورونا البريطانية والجنوب افريقيا ومن خصائصه سهل التخزين في الثلاجة يتميّز هذا اللقاح بنسبة فعالية تقدَر بـ 96,4%،

- لقاح جونسون أند جونسون الأمريكي: تم إنتاج هذا اللقاح في أواخر شهر فيفري 2021، ويتميز بفعالية كبيرة وسهولة التخزين في درجة حرارة الثلاجة العادية ؛

- **لقاح سبوتنيك 5الروسي:** تم إنتاج هذا اللقاح من مركز غاماليا الروسي للبيولوجيا في ديسمبر 2020، ويتميّز بنسبة فعالية عالية تقدَر بـ 91.4%، كما حفظ في درجة حرارة بين2 و8 درجات مئوية، يتميز بسهولة النقل والتوزيع عبر مختلف أنحاء العالم ؛

- **لقاح سينوفارم الصيني:** طوّرته شركة **سينوفارم (Sinopharm)** الصينية بالاعتماد على فيروس خامل، وذلك بالتعاون مع معهد ووهان. يتميّز هذا اللقاح بنسبة فعالية تقدّر بـ79%، وقد سمحت منظمة الصحة العالمية باستخدامه بتاريخ 7 ماي 2021. يُحفظ في نفس ظروف التخزين المعتمدة للقاح سبوتنيك الروسي، ويُستخدم في الصين والعديد من الدول في إفريقيا وأمريكا اللاتينية وآسيا، وهو معتمد للبالغين ابتداءً من 18 سنة فما فوق.[1]

كما تم اعتماد بروتوكول علاجي قائم على استعمال الهيدروكسي كلوروكين، وهو علاج قديم تم استعماله من طرف رجال الدين في روما لعلاج الملاريا، على ان يتم تطويره على بصيغته الحالية سنة 1934 من قبل عدة مخابر عالمية، وفي أواخر جانفي 2020 أشار باحثون صينيون في مجالي الطب والابحاث الاستكشافية إلى أن لهذا الدواء تأثيرا مثبطا في مواجهة فيروس كورونا(كوفيد-19)، غير أن هذا البروتوكول لم يتم إعتماده رسميا من طرف منظمة الصحة

[1] سهام حروري، **الاستراتيجية الجزائرية لمواجهة جائحة كورونا-كوفيد19-: الواقع والرهانات**، مجلة الناقد للدراسات السياسية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2021، ص: 576.

العالمية، وأظهر نتائج أولية مشجعة نتيجة استعماله إلى حد ما في الصين وفرنسا، نتيجة لذلك تم اعتماده في الجزائر من طرف وزارة الصحة بتاريخ 23 مارس 2020 بروتوكول هيدروكسي كلوروكوين-أزيترومايسين كخيار علاجي للحالات الشديد من الاصابة بفيروس كورونا وكانت نتائج جد مرضية للحد من انتشار الفيروس، مما جعل اللجنة العلمية لرصد ومتابعة تفشي فيروس كورونا في الجزائر تقرر تعميم استعمال هذا البروتوكول على المرضى وفق ضوابط طبية محددة.

وفي هذا السياق صرح الدكتور محمد بقاط بركاني عضو لجنة ورصد ومتابعة تفشي فيروس كورونا ان بعض الحالات سجلت تماثلا للشفاء من فيروس كورونا نتيجة استعمال بروتوكول العلاج بالكلوروكين، مع التأكيد على ان كل حالة تستدعي متابعة دقيقة خاصة باستعماله وأن مدة العلاج لا تقل عن عشرة (10) أيام على الأقل، وقد خصصت الدولة الجزائرية قيمة 25 مليار دينار لشراء لقاحات المضادة لفيروس كورونا كوفيد-19.

كما تم تعزيز التكفل بالمصابين بفيروس كوفيد-19 من خلال توفير أكبر قدر ممكن من التجهيزات الطبية والمعدات وأسرة الانتعاش وأجهزة التنفس الاصطناعي، إضافة إلى تدعيم منظومة النقل الصحي بمركبات مخصصة لنقل المصابين بالفيروس، وبالتوازي مع ذلك شرعت الجزائر في إنتاج أجهزة الكشف السريع عن الفيروس عن الفيروس في مدة لا يتجاوز 15 دقيقة، وذلك في اطار شراكة مع شركة كندية وأخرى أردنية، حيث بلغت القدرة الإنتاجية للمخبر المكلف بالتصنيع نحو 200 ألف وحدة أسبوعيًا ، إضافة إلى جهود كبيرة قامت بها المؤسسات الصحية للتكفل بالمرضى الأمر الذي أسهم في تحقيق نتائج إيجابية ونجاح ملحوظ في مواجهة إنتشار الفيروس.

يُضاف إلى ذلك جملة من التدابير الوقائية التي اعتمدتها السلطات العمومية من بينها، فرض إلزامية ارتداء القناع الواقي (الكمامة)، حيث باعتبار من ابرز طرق انتشار فيروس كورونا (كوفيد-19) بالرذاذ الصادر عن الأشخاص اثناء تحدثهم أو الغناء أو السعال أو العطاس،كما يمكن أن ينتقل الفيروس عن طريق أشخاص لا تظهر عليهم أعراض الإصابة، مما يجعلهم ناقلين للفيروس من دون شعورهم بذلك، وفي هذا الإطار يعد ارتداء الواقي الكمامة القماشية المصنعة وفق معايير صحية عالمية فعالة للوقاية من الاصابة بالفيروس والمساهمة في الحد من انتشاره داخل المجتمع،كما نصّ المرسوم التنفيذي رقم 20-127 المؤرخ في 20 ماي 2020، المعدل والمتمم للمرسوم التنفيذي رقم 20-70 المؤرخ في 24 مارس 2020، والمتعلق بتحديد التدابير التكميلية للوقاية من انتشار فيروس كورونا (كوفيد-19) ، وجاء فيه إلزامية ارتداء القناع الواقي بالنسبة لجميع الأشخاص في كل الظروف ويشمل ذلك مختلف الأماكن العمومية، أماكن العمل ، الفضاءات المفتوحة والمغلقة التي تستقبل الجمهور لاسيما الإدارات العمومية والمؤسسات والأماكن التجارية، وذلك طبقاً لما ورد في المادة الثالثة، الفقرة الثانية، من المرسوم التنفيذي المذكور.

شملت التدابير الوقائية المعتمدة توفير المطهّرات والمعقِّمات على نطاق واسع، نظرًا لكون الأيدي من أهم وسائط إنتقال فيروس كورونا (كوفيد-19). لذلك استُعملت المعقمات والمطهرات لغسل اليدين وتعقيم الأسطح والمباني والأراضي بهدف الحد من انتقال الفيروس عبر هذه الوسائط. وفي هذا السياق، يشير ألكسندر أيكن من كلية لندن للصحة والطب الاستوائي إلى أن استعمال المعقم يساهم في التقليل من البكتيريا والميكروبات، مما يعزز فعالية الإجراءات الوقائية. كما لجأت بعض الدول مثل الصين وكوريا الجنوبية إلى استخدام الطائرات في عمليات التعقيم لتحقيق أهداف أفضل ونتائج أسرع وأكثر فعالية في مكافحة انتشار الفيروس.[1]

وكذلك من بين التدابير المتخذة مايلي:

- تعبئة المورد البشري في قطاع الصحة بإعادة المتقاعدين للعمل الطبي والمتوقفين عن الممارسة ومحاولة الاستفادة بقدر المستطاع من فترة عمل من العمال الحاليين من خلال العمل في شكل مجموعات بالتناوب، مع دعم الكوادر الصحية ومراعاة احتياجاتهم النوعية.
- تعزيز قيام الصحة وتشجيع الجامعات ومراكز البحث على إجراء البحوث والدراسات الخاصة بالتوعية الصحية.
- التكفل بتأمين خاص لجميع الأطباء ومستخدمي الصحة العمومية الذين هم على علاقة مباشرة بمكافحة الوباء.
- تدعيم قدرات المخزون الدائم لأدوات الكشف والأكسجين ومتابعته يوميا على مستوى كل ولاية؛
- تنصيب خلية يقظة واستماع واعتماد رقم أخضر(30-30) على مستوى وزارة الصحة موجه للإجابة على استفسارات وانشغالات المواطنين وتتشكل هذه الخلية من أطباء مختصين في الأمراض المعدية؛
- تسخير كل الطواقم الطبية بالمؤسسات الصحية وتخصيص أجنحة خاصة بالكوفيد-19؛
- إلغاء كل العمليات الجراحية وتأجيلها إلا الحالات المستعجلة؛
- إجبارية حجر للطواقم الطبية بالمؤسسات الصحية لمدة أربعة عشرة يوما مع تخصيص إقامات لهم؛

المطلب الرابع: التدابير الاقتصادية والاجتماعية.

اتخذت الحكومة الجزائرية عدة تدابير اقتصادية لمواجهة أزمة كوفيد-19، التي تزامنت مع انخفاض أسعار النفط، مما أدى إلى صدمة مزدوجة للاقتصاد الجزائري الذي يعتمد بشكل كبير على المحروقات. ركزت هذه التدابير على دعم القطاعات المتضررة، تخفيف العبء على الشركات والأسر، وتعزيز السيولة المالية، مع تخصيص ميزانيات إضافية للحد من الآثار السلبية، وفي هذا الإطار نص المرسوم الرئاسي رقم 20-67 على استحداث باب خاص وتحويل اعتماد مالي إلى ميزانية تسيير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2020، تحت عنوان:

"النفقات المتعلقة بالتكفل بالوباء – فيروس كورونا"، والمقيّد تحت رقم 37-02،حيث قدرت قيمة هذا الاعتماد

[1] نعيمة حاجي، **الآليات القانونية لمكافحة فيروس كورونا كوفيد-19 في الجزائر،مجلة الساسة العالمية**،المجلد5،العدد2،جامعة تبسة،2021،ص:43-44-45.

المالي بـ ثلاثة مليارات وسبعمائة مليون دينار جزائري (3.700.000.000 دج) ، وذلك بهدف تمكين القطاع الصحي من توفير الموارد المالية اللازمة للتكفل بالجائحة وضمان استمرارية الخدمات الصحية في ظل الظروف الاستثنائية التي فرضها انتشار الوباء.

كما تم استحداث باب جديد ضمن جدول ميزانية تسيير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تحت رقم:44-05، بعنوان مساهمة للوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية، حسب ما جاء في المرسوم الرئاسي رقم: 20-71، وقد خصص لهذا الباب اعتماد مالي قدر بـ ثلاثمائة وثمانين مليون دينار جزائري (380.000.000 دج) وذلك في إطار دعم الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وتعزيز قدراتها في ضمان توفير الأدوية والمواد الصيدلانية.

ضف إلى ذلك تضمن المرسوم الرئاسي رقم 20- 126 تضمن استحداث بابين جديدين وتحويل اعتماد الى ميزانية تسيير وزارة الصحة والمستشفيات 44-05، بعنوان"مساهمة للصيدلية المركزية للمستشفيات مخصصة لاقتناء الأدوية ومستلزمات الوقاية في إطار مكافحة وباء فيروس كورونا" والباب الثاني تحت رقم:44-06 بعنوان"مساهمة معهد باستور- الجزائر مخصصة لاقتناء الكواشف ومستهلكات لتشخيص وباء كورونا"، وتم تخصيص اعتماد مالي لهذين البابين قدره ثمانية مليارات وتسعمائة وثلاثة وأربعين مليون دينار جزائري (8.943.000.000 دج)، بهدف ضمان نجاعة الاستجابة الصحية لمواجهة الجائحة ؛

بموجب المرسوم التنفيذي رقم 20-143 المؤرخ في 4 جوان 2020، تم تحويل اعتماد ميزانية تسيير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتخصيصه في ميزانية سنة 2020 بقيمة إجمالية قدرها 3.600.000.000 دج.

وقد وُزع هذا الاعتماد على:

- **الباب 44-05** بعنوان مساهمة للصيدلية المركزية للمستشفيات، مخصص لاقتناء الأدوية ومستلزمات الوقاية في إطار مكافحة وباء فيروس كورونا، باعتماد مالي قدره 3.500.000.000 دج.
- **الباب 44-06** بعنوان مساهمة لمعهد باستور الجزائر، مخصص لاقتناء الكواشف الحرارية ومستهلكات لتشخيص وباء فيروس كورونا، باعتماد مالي قدره 100.000.000 دج.

ويأتي هذا الإجراء في سياق تعزيز الإمكانات المالية للهيئات الصحية بما يضمن توفير الأدوية ووسائل الوقاية والكشف، ودعم الجهود الوطنية المبذولة للحد من انتشار الجائحة.

كما نص المرسوم التنفيذي رقم 20-172 على تحويل اعتماد مالي سنة 2020 بقيمة 100.000.000 دج، مقيد ضمن ميزانية تسيير وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الباب 37-02 المسمى "النفقات المتعلقة بالتكفل بوباء فيروس كورونا"، وذلك بهدف دعم الجهود الوطنية لمواجهة الجائحة والتكفل بتداعياتها الصحية.[1]

- التوقف عن إبرام عقود الدراسات والخدمات مع المكاتب الأجنبية مما سيوفر للجزائر حوالي سبعة (7) مليارات دولار سنويا.

- تأخير إطلاق المشاريع المسجلة أو قيد التسجيل التي لم يشرع في إنجازها.

– الإبقاء دون مساس على النفقات المرتبطة بقطاع الصحة وتدعيم آليات مكافحة انتشار وباء كورونا فيروس والأمراض الوبائية بصفة عامة.

– التكفل في قانون المالية التكميلي عند إعداده بخسائر المتعاملين الذين تضرروا من انتشار فيروس كورونا الوباء.

– تكليف الشركة الوطنية سوناطراك بالتخفيض من أعباء الاستغلال ونفقات الاستثمار من: 14إلى7 مليارات دولار من أجل الحفاظ على احتياطي الصرف.[2]

– مخصصات بقيمة 70مليار دينار جزائري للتخفيف من الآثار الصحية والاقتصادية لأزمة فيروس كورونا (Covid 19).

– تخصيص 20 مليار دولار لإعانة العاطلين عن العمل يسبب الجائحة، و 11.5مليار دولار للتحولات إلى الأسر الفقيرة.

– خفض الإنفاق الحالي والرأسمالي من أجل التكيف مع البيئة الجديدة المخفضة لأسعار النفط بنسبة 5.7% مقارنة بقانون الميزانية الأولى لعام 2020.

– تأجيل الإعلان عن ضرائب الدخل ودفعها للأفراد والمؤسسات، باستثناء الشركات الكبيرة.

– تخفيف المواعيد النهائية التعاقدية للمشروعات الحكومية المنفذ من قبل القطاع الخاص، وتعليق العقوبات المفروضة على الشركات التي تعاني من التأخير في إنجاز العقود العامة.

- تم إقرار علاوة استثنائية لصالح بعض فئات مستخدمي الجماعات المحلية والإقليمية والمؤسسات العمومية التابعة لها ، ممن تم تجنيدهم في إطار جهود الوقاية من انتشار وباء كورونا ، وتم تخصيص علاوة بمبلغ جزافي قدره خمسة ألاف دينار (5.000 دج)، وفقا لأحكام المرسوم تنفيذي 20-140 والمؤرخ في3 رمضان عام1441 الموافق لـ 26 أفريل 2020؛

[1] حرات ليلي، **الدروس المستفادة من خلال انتشار أزمة فيروس كورونا**. لمة العربية للأجهزة العليا قابلة المالية والحاسبة ARABOSAI ،2020،ص: 21-22.

[2] سهايلية سماح،**الإجراءات الوقائية للتصدي لفيروس كورونا**،مجلة الرسالة الدراسات والبحوث والإنسانية،المجلة5،العدد3، 2020،ص33.

- ووفقًا للمرسوم التنفيذي رقم 20-211 المؤرخ في 9 ذي الحجة 1441 هـ، الموافق لـ 30 يوليو 2020، تم إقرار منح مساعدات مالية لصالح أصحاب المهن المتضررة من آثار جائحة كورونا (كوفيد-19)، وقد تم تحدد قيمة المساعدة المالية بمبلغ ثلاثين ألف (30.000 دج) شهريا، تدفع لمدة (03) ثلاثة أشهر كتعويضا عن الخسائر الناجمة عن فترة الحجر الصحي.

- إقرار منح مساعدات مالية لصالح أصحاب المهن المتضررة من آثار جائحة كورونا (كوفيد-19) وفقًا لما جاء في المرسوم التنفيذي رقم 20-211 المؤرخ في 9 ذي الحجة 1441 هـ، الموافق لـ 30 يوليو 2020، حيث تم تحديد قيمة المساعدة المالية بمبلغ ثلاثين ألف دينار (30.000 دج) شهريًا، تُصرف لمدة ثلاثة (03) أشهر تعويضًا عن الخسائر الناجمة عن فترة الحجر الصحي.

- تكليف وزارة المالية بتسهيل إجراءات جمركة المواد الغذائية المستوردة مع العمل على تسريع هذه الإجراءات المصيرية بما يتوافق مع الظروف الاستثنائية التي تمر بها البلاد.

أما فيما يخص التدابير الاجتماعية فتمثلت فيما يلي:

- شفافية وفعالية الاتصال والإعلام ، عن طريق توافر السياسات وإتاحة المعلومة للجميع بما يتيح تنسيق الجهود على المستوى المتوسط لمواصلة تطبيق تدابير الأمن الصحي لاحتواء الفيروس، خاصة في ظل استمرار انتشاره واحتمال مخاطر عودته من جديد قائمة.

- الاستمرار في جهود دعم التعاون الاقتصادي ومواجهة الاثار الاقتصادية للجائحة واستعادة الوظائف المفقودة لتقليص معدل البطالة الذي ارتفع في فترة الجائحة في سنة2020.

-جاء في نص المادة 18 من المرسوم التنفيذي 70/20 على أنه يجب على السلطات المعنية على المستوى المركزي والمحلي القيام بإحصاء جميع الموارد البشرية والمادية العمومية والخاصة التي يتعين تعبئتها في اي لحظة للتصدي للوباء.

- تعبئة المورد البشري في قطاع الصحة بإعادة المتقاعدين للعمل الطبي والمتوقفين عن الممارسة ومحاولة الاستفادة بقدر المستطاع من فترة عمل من العمال الحاليين من خلال العمل في شكل مجموعات بالتناوب، مع دعم الكوادر الصحية ومراعاة احتياجاتهم النوعية.

- ينبغي على الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاما وفقا لمركز السيطرة على الأمراض، وكذلك الأشخاص الذين يعانون من حالات طبية مزمنة، الالتزام بالعزل الذاتي في حالة حدوث تفشي فيروسات في مجتمعهم لأنهم عرضة للإصابة.

- الوضع الصحي الوبائي فرض تبني خطة فعالة لاحتواء انتشار الجائحة، ذلك أن زيادة تفشي الوباء يرتبط بشكل مباشر بدرجة نشاط المجتمع وأنماط سلوك أفراده، وعليه فإن التزام الأفراد بسلوكيات تتسم بالعقلانية والحكمة ودرجة

من الوعي والإحساس بالمسؤولية من شأنه أن يسهم بفاعلية في الحد من انتشار الوباء، وتعد هذه الخطوة ركيزة أساسية ليس فقط للتقليل من التداعيات الصحية، بل أيضًا للتخفيف من الآثار الاجتماعية المترتبة عن هذه الأزمة.

- وقف الدراسة في المدارس والجامعات والمعاهد، مؤسسات التكوين المهني، المؤسسات التربوية الخاصة، مدارس التعليم القرآني.

- إشراك جميع الفاعلين، من وزارات وهيئات عمومية، والقطاع الخاص، ومنظمات المجتمع المدني، إلى جانب المجتمعات المحلية بهدف تيسير عملية احتواء المرض والحد من أثاره على الصحة والإنسان بصفة عامة.

-التباعد الاجتماعي الذي يعني الحد، بصفة استثنائية من الاحتكاك الجسدي بين المواطنين في الفضاءات العمومية وفي أماكن العمل في ظل عدم توافر اللقاح المناسب، يعد من أنجع التدابير التي يمكن أن تساهم في الحد من انتشار كوفيد 19، حيث تبنت غالبية دول العالم نظام التباعد الاجتماعي على الرغم من صعوبة تنفيذه بسبب انعكاساته الاقتصادية والاجتماعية على المواطنين وقد نظّم المرسوم التنفيذي رقم 20-69 هذه التدابير، كما جاء في نص المادة الأولى من هذا المرسوم.

المطلب الخامس: التدابير الرقمية المعتمدة في الجزائر لمواجهة أزمة كوفيد-19.

إن الانتشار السريع لفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) على الصعيدين العالمي والمحلي، الى مواجهة العديد من الدول الى تحديات كبيرة لحماية صحة مواطنيها وضمان استمرارية الخدمات الصحية والإدارية، وأظهرت التجربة أن الحد من انتشار الفيروس لا يقتصر فقط على التدابير الصحية التقليدية مثل الحجر الصحي والتباعد الاجتماعي، بل يتطلب تدابير أخرى أكثر فعالية وكفاءة ومن بينها اللجوء إلى الرقمنة كخيار استراتيجي لمواجهة الأزمة الصحية نظرا لما لها من خصائص تجعلها تساهم في الحد من انتشار الفيروس وذلك من خلال تمكين السلطات الصحية من رصد حالات الإصابات وتتبعها ، وتحليل البيانات الوبائية بشكل سريع وفعال، بالإضافة إلى تقديم الخدمات الصحية عن بُعد وتقليل الاحتكاك المباشر بين الأفراد، كما ساعدت الرقمنة في تعزيز التواصل والتوعية، ونشر المعلومات الدقيقة حول الإجراءات الوقائية، حيث قامت الدولة الجزائرية بتسريع الرقمنة في عدة قطاعات وذلك للتقليل من انتشار فيروس كورونا و المحافظة على بعض النشاطات الحساسة وفيما يلي أبرز التدابير:

– سارعت الجزائر الى اطلاق موقع إلكتروني تحسيسي تم تطويره بالتنسيق بين وزارة الصحة ووزارة البريد والمواصلات السلكية واللاسلكية، يهدف الى التوعية بمخاطر فيروس كورونا المستجد(كوفيد-19) وشرح أساليب الوقاية وتفادي العدوى، يتضمن هذا الموقع (http://covid19.sante.gov.dz) المتوفر بالغتين العربية والفرنسية ، عدة أقسام تتيح للمتصفح الاطلاع على مختلف المعلومات المتعلقة بالفيروس من حيث طرق انتقاله، أعراضه، إجراءات الوقاية منه، إضافة إلى المستجدات الوضع الوبائي.

– التطبيب عن بعد :برزت الرعاية الصحية المنزلية عن بُعد كإجراء وقائي فعال، حيث يتم تقديم الخدمات الصحية للمرضى لمنازلهم وفق أشكال افتراضية بغية تفادي كافة أشكال الاتصال المباشر بين المريض والطبيب من جهة وبين المرضى مع بعضهم البعض من جهة ، حيث تعتمد هذه الالية على استخدام تقنيات الاتصال الحديثة في نقل الصوت والصور والبيانات الطبية عبر الأجهزة الرقمية الحديثة، بما تضمن إيصال المعلومات الصحية الخاصة بالمريض الى الطبيب المتواجد في المؤسسة الصحية بعيدة والذي يحولها الى معلومات وصور شديدة الوضوح، وقد أسهم هذا النمط من الرعاية في تقليص أعباء التنقل، والحد من مخاطر الخروج من المنازل خلال فترة انتشار الفيروس، مما ساهم في التقليل من انتقال العدوى وانتشارها.

ويتيح التطبيب عن بُعد للمرضى جملة من الخصائص والامتيازات التي تسهم في تفادي الإصابة بالفيروس، وتمكّنهم في الوقت ذاته من الاستفادة من الخدمات الصحية المقدّمة عن بُعد، ومن بين أشكال التطبيب عن بُعد كإجراء وقائي خلال جائحة كوفيد-19 ما يلي:

– استخدام الهاتف المحمول أو غيره من الأجهزة الذكية لتحميل وتسجيل المعطيات الصحية لتحميل سجلات الأغذية والأدوية والجرعات العلاجية، ومستويات السكر في الدم، ليقوم الممرض بمراجعتها ومتابعتها عن بعد كما يمكن التواصل معه الكترونيا عند الضرورة؛

–استخدام بوابة المرضى الإلكترونية للاطلاع على نتائج الفحوصات الطبية وتحديد المواعيد الطبية واعدة صرف الوصفات الطبية ؛

– طلب أدوات الفحص عبر الانترنت؛

– استلام إشعارات إلكترونية أو رسائل نصية قصيرة عبر الهاتف، تهدف إلى إخطار المريض بضرورة تلقي لقاح الأنفلونزا او إجراء فحوصات طبية أو اختبارات تحاليل الدم أو الاستفادة من رعاية صحية وقائية؛

– تقديم الرعاية الصحية للأشخاص المعزولين والذين يعيشون في مجتمعات ريفية؛

المساهمة في توفير الأماكن والإمكانيات للحالات الخطيرة والمستعجلة تتم من خلال اعتماد آليات الفحص عن بُعد، بما يسمح بتقليل الضغط على المؤسسات الصحية والقضاء على ظاهرة الاكتظاظ في الاجتماعات وطوابير الانتظار، وهو ما يعزز فعالية التكفل الطبي ويضمن سرعة التدخل للحالات الحرجة.[1]

تعد البوابات الإلكترونية أحد أبرز مظاهر استثمار وزارة الصحة الجزائرية للإدارة الرقمية في تدبير جائحة كوفيد-19، ويقصد بالبوابات الالكترونية الواجهات الرقمية التي تستخدم لتمكين التفاعل بين مستخدمي الإنترنت والخدمات الرقمية الأخرى، وقد عملت وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات على اطلاق عدة بوابات

[1] جربوعة منيرة،**التطبيب عن بعد ضرورة فرضتها جائحة كورونا**،المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية،المجلد 58،العدد02 ،2021،ص:131-132.

الكترونية، كما أُتيح استخدام هذه المنصة لأكثر من ألف(1000) مستخدم يمثلون المؤسسات الصحية على مستوى كامل التراب الوطني، وتهدف الى جمع المعلومات وتنظيمها وتصفيتها وعرضها على لجنة رصد ومتابعة تفشي فيروس كورونا وقد تم تطوير هذه البوابات من قبل كفاءات جزائرية من خلال مؤسسات ناشئة ومن بين هذه البوابات مايلي:

1.البوابة الرقمية لاختبارات الفحص التسلسلي(PCR):هي بوابة الكترونية تم إنشاء هذه البوابة من قِبل معهد باستور الجزائر (IPA) عام 2020، بهدف تسهيل طلب الاختبارات التشخيصية عبر الإنترنت والحصول على النتائج الرقمية فورًا، ويتم الولوج إليها عبر الرابط: IPA.BMLABSERVER.COM وتتيح آليتها للمؤسسات الصحية إدخال البيانات باستخدام اسم المستخدم وكلمة المرور، مع إمكانية تتبع العينات والنتائج عبر البريد الإلكتروني، حيث مكنت هذه البوابة معالجة آلاف الطلبات يوميًا دون تأخير، وهذا ما ساهم بشكل فعال في دعم جهود السيطرة على انتشار الفيروس.

2.البوابة الرقمية لمتابعة الاستشفاء والحالات الحرجة والوفيات والحالات المشتبه بها: وهي بوابة الكترونية من تصميم وانجاز مؤسسة جزائرية الناشئة سبايدر ناتورك (Network Spider)، يتم الولوج اليها من خلال الرابط:coviddz.sante.gov.dz/baoff/elogin/index.php، وهي أحد أهم التدابير الرقمية التي اعتمدتها الدولة الجزائرية لمواجهة جائحة كوفيد-19 وقد مكنت هذه الأداة الرقمية من جمع المعطيات الوبائية بشكل مركزي ومنظم، مما ساهم في تحسين التسيير الاستشفائي، لا سيما متابعة عدد الأسرة المتخصصة لاستقبال المصابين وكذا مساعدة مختصي قطاع الصحة على تحليل وفهم افضل العوامل والمناطق التي قد تُسهم في التسارع المحتمل لانتشار الوباء،وهذا ما يعزز فعالية التدخلات الصحية واتخاذ القرار فيي الوقت المناسب للحد من انتشار الفيروس.

3.البوابة التلقيح الإلكترونية: أُطلقت هذه البوابة الرقمية في شهر فبراير 2021 لتسهيل تنفيذ حملة التلقيح الوطنية ضد كوفيد-19، وذلك بمبادرة من وزارة الصحة الجزائرية، وتتكون المنصة من شقين، فالشق الاول يحتوي على الاستمارة خاصة بالمواطنين من اجل التسجيل للاستفادة من عملية التلقيح، ويمكن الولوج اليها عبر الموقع الالكتروني: https://vac covid19.sante.gov.dz:9580/rdvac/menu_ins، واما الشق الثاني فهو خاص بالمؤسسات الصحية التي تملك حسابات خاصة عبر البوابة الالكترونية من خلال الموقع الالكتروني:

https://vac covid19.sante.gov.dz:9580/pandemie/app_Login، وتسمح هذه المنصة بتسجيل المواطنين عبر رقم بطاقة الهوية، تحديد مواعيد التطعيم في أقرب مركز صحي، إضافة الى تتبع الجرعات والآثار الجانبية،حيث تعتمد آليتها على قاعدة بيانات مركزية مرتبطة ببطاقات الهوية، مع إشعارات قصيرة(SMS)،

مما ساهم في تطعيم أكثر من 10 ملايين شخص دون تجمعات كبيرة، وقلل من الازدحام في المراكز الصحية، كما تمكن البوابة من إصدار الشهادات الرقمية للتلقيح (جوازات السفر الصحية)، تسجيل البيانات المتعلقة بعملية التلقيح، نوع اللقحات والجرعات، إلى جانب التسيير الجيد والفعال لمخزون اللقحات، وهذا ما نتج أدى إلى تقليص التواصل الجسدي من خلال التنظيم المحكم لمواعيد التلقيح، مما ساعد على الحد من انتشار فيروس كوفيد-19.

4.المنصة الرقمية للاستشارة عن بعد(https:etabib.dz): تعد هذه المنصّة من أبرز الإنجازات الرقمية المبتكرة في الجزائر، إذ تم اطلاقها في أفريل 2020 كأول منصّة طبية وطنية للتواصل عن بعد في الجزائر، وذلك بالشراكة مع شركة Ibn Hamza Research and Development، هدفها تمكين المواطنين من الاستفادة من استشارات طبية مجانية أو مدفوعة عبر وسائل رقمية متعددة، تشمل الاتصال عن طريق الفيديو، والهاتف، والدردشة النصية، لاسيما خلال فترة الحجر الصحي، بحيث تضم دليلًا طبيًا يضمم أكثر من 40.000 طبيب ومختص في مختلف التخصصات، وتقوم آلية عملها على جدولة المواعيد الطبية، وتخزين السجلات الصحية الرقمية القابلة للنقل، إضافة إلى إمكانية متابعة الحالة الصحية للأقارب، وقد ساهمت هذه المنصة في مراقبة الحالات المرضية دون الحاجة إلى زيارات مباشرة للمؤسسات الصحية، وتوسيع نطاق التغطية الصحية خاصة في المناطق الريفية والنائية التي يصعب الوصول فيها إلى الأطباء، فضلًا عن دورها في تقليص خطر انتشار العدوى بنسبة قُدرت بحوالي 70%، وفقًا لتقارير صادرة عن وزارة الصحة.

5.النظام المعلوماتي للموارد البشرية(Rh Santé Dz): هو منصة على شبكة الإنترنت لتسيير الموارد البشرية خُصصت لقطاع الصحة في الجزائر، أُطلقت في نوفمبر 2014 وصممتها شركة Spider Network. تعمل على جمع البيانات المتعلقة بالموارد البشرية في قطاع الصحة من أجل تخزينها ومراقبتها وتحليلها ونشرها أمام المستفيدين والمديرين وصنّاع القرار، إضافة إلى متابعة مسار المستخدمين وتسهيل الخدمات المطلوبة. وقد لعبت دورًا مهمًا خلال جائحة كوفيد-19 في الحد من الاتصال المباشر الذي يُعد من أبرز أسباب انتقال العدوى.[1]

بالإضافة الي خلق مشاريع رقمية كتدابير وقائية للحد من انتشار فيروس كورونا (كوفيد-19) ومن أهم هذه المشاريع مايلي:

أ. مبادرة المستشفى الرقمي كتدبير وقائي من فيروس كورونا (2020): في إطار التدابير الوقائية المعتمدة للحدّ من انتشار فيروس كورونا (كوفيد-19)، حيث إطلاق أول نموذج تجريبي لمستشفى رقمي في الجزائر بأرضية رقمية تحتوي على قاعدة بيانات على الملف الطبي الالكتروني للمريض، والذي يحتوي على كافة البيانات والممارسات

[1] كوثر منسل،**تفعيل دور الإدارة الالكترونية في الجزائر:نحو بروز قانون للإدارة الالكترونية**،أطروحة دكتوراه،تخصص قانون عام،شعبة حقوق2،جامعة 8ماي19845 قالمة،السنة الجامعية 2022-2023،ص:89.

المختلفة والتشخيصات وخطط العلاج ونتائج التحاليل الطبية والفحوصات. مما ساهمت هذه المبادرة الرقمية في تقليل الاحتكاك المباشر بين المرضى ومقدمي الخدمات الصحية، من خلال تسهيل تبادل المعلومات الصحية عن بُعد وتقوم هيئة الضمان الاجتماعي وادارة الصحة بالتنسيق عبر واجهة رقمية مخصصة في اطار علاقة تعاقدية بهدف تفعيل بطاقة التعافي ضمن مشروع رقمنة الاتصالات والتعاملات التعاقدية مع هيئة الضمان الاجتماعي مما يعزز الوقاية واستمرار الرعاية الطبية خلال الجائحة.

ب. مشروع السماح بإدخال البيانات من بطاقة الهوية الوطنية إلى السجل الصحي الإلكتروني للمريض: يعد هذا المشروع أحد التدابير الرقمية الهادفة إلى تسريع وتسهيل إجراءات الاستشفاء، من خلال تمكين إدراج البيانات التعريفية للمريض مباشرة من بطاقة الهوية الوطنية إلى سجله الصحي الإلكتروني، بما يضمن دقة المعلومات و تسريع وتسهيل عملية الاستشفاء من خلال هذا المشروع، كما ساهم في تحسين ولوج الأطباء والوصول الي سجلات المرضى ومعالجتها، الأمر الذي يعزّز استمرارية التكفل الطبي ويحدّ من الاحتكاك المباشر والإجراءات الورقية، خاصة في سياق الوقاية من انتشار فيروس كورونا (كوفيد-19).

ج. السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs): في اطار تعزيز فعالية وكفاءة وجودة وامن الرعاية الصحية اختارت الجزائر بالتعاون مع الاتحاد الأوروبي، المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران كموقع اختبار كخطوة تجريبية لهذا المشروع ابتداءا من سنة 2020، كجزء من استراتيجية الصحة الرقمية وذلك لما يتميز به من المعايير التقنية والتنظيمية والمطلوبة لتجسيد هذا المشروع، وقدرتها على دعم وتحقيق النمو العضوي للمهمة الرباعية للمراكز والمؤسسات الاستشفائية، تم تشكيل لجنة توجيهية محلية تضم المدير العام للمؤسسة الاستشفائية العمومية بوهران، ورئيس مشروع المنشأة، إلى جانب رئيس مشروع (MEDASYS)، بهدف الإشراف على حسن تنفيذ المشروع ومتابعة مراحله، بحيث تعتمد اليتها على ربط قواعد البيانات بين المؤسسات (تشخيصات، علاجات، تاريخ طبي) عبر دمج بطاقة الهوية الوطنية، مما يسرع الوصول إلى المعلومات، مع حماية الخصوصية، وساهمت في تقليل الأخطاء الطبية بنسبة 30% أثناء الجائحة، ودعم الرعاية عن بعد، مما زاد في الحد من انتشار فيروس كورنا المستجد.

د.مشروع الصيدلية المركزية: في إطار تعزيز الرقمنة كأحد التدابير الوقائية والتنظيمية لمواجهة أزمة كوفيد-19، تم اعتماد مشروع الصيدلية المركزية، بحيث تقوم على إنشاء قاعدة بيانات رقمية شاملة للأدوية والمستلزمات الطبية المستخدمة داخل المؤسسة الاستشفائية، ومعرفة متطلبات والاحتياجات الفعلية للمستشفى وضبط وتسيير مخزون الأدوية خاصة الضرورية للتكفل بالمرضى المصابين، مما يساعد على تقليل التكاليف وتحديد الاستخدام الفعلي للأدوية

من حيث الكمية والنوعية، وهذا ما يعزز فعالية الأداء الاستشفائي وجودة الخدمات الصحية في ظل الأزمات الصحية. ومن بين ا التدابير الإدارية والمالية الرقمية التي تم اتخاذها مايلي:

– التجارة الالكترونية والتسويق: تأثرت أنشطة التجارة والتسويق عبر الوسائط الإلكترونية بشكل ملحوظ خلال فترة جائحة كوفيد-19، الأمر الذي أدى إلي تغيير عادات التسويق والتجارة بشكل كبير في جميع أنحاء العالم، حيث اضطر الناس الى البقاء في المنزل وتم منع التجمعات العامة للحد من انتشار الفيروس، فشكلت الثورة همزة الوصل بين المواطنين الملزمين بالبقاء في منازلهم طبقا للحجر الصحي الذي كان مفروضا وبين الأسواق الافتراضية-الرقمية- فمكنهم ذلك من توفير مستلزماتهم دون الحاجة الى مغادرة المنازل، فالكثير من الشركات كانت تمتلك بالفعل منصات وبوابات رقمية مثل منصات أمازون حيث تضع عدة منتجات متنوعة يملك المستهلك القدرة على إليها ليختار ما يشاء منها بكل سلاسة وسهولة. وفي هذا السياق، حلّت الرفوف الإلكترونية ووسائل الدفع الرقمية والعملات الافتراضية محل المعاملات التجارية التقليدية، مما أسهم في إحداث تغييرات عميقة في بنية الاقتصاد وأساليب التجارة والتحويلات المالية.

وقد ساهم هذا النمط من التجارة في التقليل من التواصل البشري، الذي يُعد أحد أهم عوامل انتقال العدوى، مما ينسجم مع توصيات منظمة الصحة العالمية الداعية إلى تقليص التجمعات الاجتماعية في إطار الجهود الرامية إلى التجارة الإلكترونية ساهمت في الحد من انتشار فيروس كورونا عبر تقليل الحاجة إلى التنقل والاحتكاك المباشر، مما جعلها أداة داعمة للتدابير الوقائية الصحية. وفي الوقت نفسه مثلت رافدًا مهمًا للحفاظ على النشاط الاقتصادي خلال فترة الجائحة، إذ وفرت بدائل آمنة وفعالة للتسوق والخدمات، وضمنت استمرار حركة المبادلات التجارية رغم القيود الصحية.[1]

– التدابير المتخذة في التعليم العالي لمواجهة فيروس كورونا:لقد اقرت وزارة التعليم العالي والبحث العلمي مجموعة من الإجراءات الاحترازية والوقائية بغية مواصلة التدريس وقد كانت بداية العملية ابتداءا من تاريخ 15 مارس 2020، حيث إعداد مذكرة موجهة من طرف وزير التعليم العالي والبحث العلمي إلى رؤساء الجامعات ورؤساء الندوات الجهوية للجامعات،تحت رقم:288/أ.خ.و/2020 مؤرخة في:29 فيفري2020 متضمنة الزامية وضع الدروس في المواقع وخلق منصات للتعليم عن بعد خلال شهر تتماشى مع الوضع السائد في هذه المرحلة بسبب الانتشار الكبير لفيروس كورونا (كوفيد-19) فرضت الأزمة على قطاع التعليم العالي التوقف كليا عن التدريس في مؤسسات التعليم العالي عبر كامل التراب،وهو ما انعكس سلبا على تحصيل الطلبة،وهو الأمر الذي أدى

[1] محمد امين بوحنك،كمال العقريب،**الإدارة الالكترونية كآلية لتسيير بوابات وزارة الصحة الجزائرية الالكترونية"أنموذجا"**،مجلة ابحاث ودراسات التنمية،المجلد10،العدد2023،01 ، ص:82-83.

إلى التفكير في ضرورة التوجه إلى التعليم عن بعد واستغلال المنصات المتاحة لهذا الغرض، وكذا تفعيل آلية التحول الرقمي للحد من انتشار الفيروس، حيث استعمال بعض الآليات في بعض المناسبات العلمية والتنظيمية التابعة للقطاع،بحيث تم إجراء بعض الملتقيات وكذا تنظيم الاجتماعات الوزارية واجتماع مدراء الجامعات ضمن الندوات الجهوية عن طريق تقنية التحاور عن بعد،ومن بين التقنيات المستعملة في قطاع التعليم مايلي:

– منصة Moodle: هو عبارة عن منصة تعليمية مجانية عبر الانترنت، وتم هذه تطوير المنصة في الأصل من قبل Martin Dougiamas الهدف منه مساعدة الأساتذة على إنشاء دورات تعليمية عبر الانترنت مع التركيز على التفاعل والبناء التعاوني لمحتوى المواد حيث تم إطلاق أول نسخة منها بتاريخ:20 أوت 2002، ثم عرفت تحديا وتطويرا لتعاد نسخة مستحدثة وذلك بتاريخ:09 مارس 2020 في إطار الإجراءات المتخذة لمواجهة حائحة فيروس كورونا (كوفيد-19) ، وتم من خلالها تمكين المعلمين من تحسين طريقة التعليم عن بعد، من خلال توفير نظام تعليمي أكثر فعالية يضمن استمرارية العملية التعليمية في ظل الظروف الاستثنائية.

–تطبيق زووم ZOOM :يعد تطبيق زووم (Zoom) منصة رقمية متخصصة في مجال تكنولوجيات الاتصال طورته شركة ناشئة أمريكية، حيث توفر هذه المنصة خدمات الاتصال المرئي والمسموع عن طريق الفيديو والدردشة والتواصل بين فرد وفرد او فرد ومؤسسة ، مما تم استخدمه في المؤسسات الجامعية خلال فترة جائحة كورونا كإجراء وقائي حيث ساهم في ضمان استمرارية الأنشطة التعليمية والإدارية، وقد استُخدم تطبيق زووم في عدة مجالات، من أبرزها :

– التعليم عن بعد؛

– تنظيم اقامة المؤتمرات والملتقيات عن بعد؛

– عقد ندوات واجتماعات العمل لتسهيل سير عمل المؤسسات ؛

– إمكانية التشغيل عبر مختلف الأجهزة الذكية..

لعب هذا التطبيق دورا كبيرا في ظل إجراءات المتخذة (الحجر الصحي، التباعد، غلق المؤسسات الجامعية والتعليمة) ضف إلى ذلك الوضع الوبائي غير المستقر، وذلك بمساهمته في تطبيق مبدأ التباعد الجسدي الموصى به من قبل الهيئات الصحية الوطنية والدولية، زيادة على ذلك المحافظة على استمرارية التواصل والأنشطة المختلفة بالمؤسسات التعليمية.

– **تطبيق Google Meet**: هو تطبيق يسمح بتقديم خدمات اتصال الفيديو تم تطويره من قبل شركة Google ليحل محل التطبيق السابق Google Hangouts، حيث قامت بسحب التطبيق الأول من بداية شهر اكتوبر 2019 الى غاية بداية سنة 2020 ليحل محله التطبيق الجديد Google Meet كخدمة تجارية

في البداية، ثم أُتيح لاحقًا لجميع المستخدمين بشكل مجاني.ويتميز تطبيق Google Meet بعدة خصائص متمثلة في:

- توفير نسخة مجانية من التطبيق مع إتاحة وقت غير محدود للاجتماعات في مرحلته الأولى؛
- إمكانية وصول المشاركين في الاجتماع الى 100 مشارك بالنسبة إلى مستخدمي باقة الاستخدام القاعدي؛
- إمكانية استخدام Google Meet من أي جهاز وإمكانية المشاركة في الاجتماعات من خلال تطبيق Android اوIOS مع توفير الحماية الخصوصية للاجتماعات؛
- إمكانية مشاركة الشاشات لتقديم الملفات والمستندات وشرح الدروس او تقديم ملفات العرض والجداول والبيانات،وإمكانية التفاعل بين المشاركين؛

وبعد سبتمبر 2020 فرضت الشركة قيود جديدة قيود جديدة على مستخدمي الإصدار المجاني والتي من بينها:

- تحديد عدد المشاركين في الاجتماع الواحد بـ 100 مشارك؛
- تقليص مدة الاجتماع إلى 60 دقيقة ؛
- اشتراط امتلاك جميع المشاركين لحساب Google.

لعب تطبيق Google Meet دورًا مهمًا خلال فترة الجائحة، حيث ساعد في مواجهة الإجراءات الاحترازية مثل الحجر الصحي، التباعد الجسدي، وغلق المؤسسات الجامعية والتعليمية. مكّن من تطبيق مبدأ التباعد الجسدي مع الحفاظ على استمرارية التواصل والأنشطة التعليمية داخل المؤسسات، مما جعله أداة أساسية لضمان استمرار العملية التعليمية رغم الوضع الوبائي غير المستقر.[1]

- انشاء بوابة الموارد البيداغوجية http://eleraning-mesrs.cerist.dz: أنشئت هذه المنصة خصيصًا لتقديم الدروس عن بُعد، بما يسمح بربط الأستاذ بالطالب دون تواصل مباشر، كإجراء وقائي يهدف إلى تطبيق مبدأ التباعد الجسدي والحد من انتشار الوباء، كما تم الترخيص لبعض الجامعات إجراء عملية التأهيل والتحاضر عن بعد، الي جانب إجراء مناقشة أطروحات طلبة الدكتوراه شريطة قيام الإدارة المعنية بالتنسيق مع لجنة المداولات وهو ما يعكس مرونة التسيير الجامعي وقدرته على التكيف مع الوضع الوبائي الاستثنائي.

اعتمدت الدولة مواصلة الدروس المطابقة للنشاطات البيداغوجية عبر الإنترنت لضمان استمرارية السنة الجامعية في ظروف وقائية مناسبة، وتفادي تعرض الطلبة والأساتذة لخطر العدوى. تتيح هذه المنصة لكل طالب الولوج لمتابعة دروسه وفق المؤسسة التي ينتمي إليها، قصد اكتساب المستوى المعرفي والكفاءات الضرورية للنجاح في الامتحانات.

[1] مداح عبد الهادي،**تفعيل التحول الرقمي للتعليم العالي في الجزائر كآلية لمواجهة مخاطر انتشار كوفيد-19-التطبيقات المتاحة والتحديات الموجودة**-مجلة التنمية والإدارة والتنمية للبحوث والدراسات،المجلد10،العدد2021،02،ص424-425-426-427-428.

أكدت الوزارة من خلال مراسلات رسمية على إلزامية وضع الدروس في المنصة الرقمية ومتابعتها وتقييمها، بما يضمن فعالية العملية التعليمية ويعزز دور الرقمنة كآلية أساسية في إدارة الأزمات وضمان استمرارية المرفق العمومي الجامعي.[1]

بالإضافة إلى كل ما سبق، تم التأكيد على اعتماد مبدأ «صفر ورقة» من خلال تعميم رقمنة مختلف عمليات التسيير داخل المؤسسات الجامعية، وفي هذا الاطار تم إدراج منصة بروغراس (PROGRES) كأداة مركزية للتسيير البيداغوجي وتسيير الموارد البشرية، إلى جانب اعتماد التسجيل الجامعي عن بُعد، مما يضمن تقليص عملية التواجد بالمؤسسات والتقليل من الاحتكاك ما يضمن السلامة الصحية وتفادي الاصابة بالعدوى وهذا مايعكس الاعتماد على الرقمنة كآلية لتسيير المؤسسات الجامعية خلال الازمة الصحية لما تتميز به من دور فعال في تسيير المرافق العمومية واستمرارية التعليم خلال هذه الظروف الاستثنائية.

بالإضافة إلى ذلك تم اتخاذ تدابير اخرى متمثلة في مالية وإدارية متمثلة في:

اتخاذ التدابير الوقائية من فيروس كورونا(كوفيد-19)، تبنت السلطات العمومية عدة تدابير رقمية ذات الأبعاد الاجتماعية والمالية، باعتبارها أدوات فعالة تضمن استمرارية التدخل العمومي وتحقق التوازن بين استمرارية العمليات الإدارية وتحقيق الوقاية والسلامة الصحية، وعليه تم اعتماد آليات الدفع الإلكتروني لصرف المنح الاجتماعية، وعلى رأسها منحة التضامن المقدّرة بـ10.000 دج لفائدة العائلات المتضررة، إلى جانب منحة خاصة بالعاملين في مجال التعقيم بقيمة 5.000 دج، والتي جرى تحويلها ابتداءً من مارس 2020 عبر تطبيق El-Hanaa التابع للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية(CNAS) ، وتم الاعتماد على تسجيل الحسابات البنكية أو البريدية للمستفيدين كما أتيحت لهم فرصت تصحيح المعطيات عبر المنصات الإلكترونية، مما سمح بتوسيع نطاق الاستفادة دون الاحتكاك المباشر مما يعزز الوقاية من الإصابة بالعدوى، ضف إلى ذلك تم إرساء منظومة رقمية لتسجيل وجرد التبرعات الطبية والغذائية من خلال تطبيقات تابعة لوزارة الداخلية ترتكز على قواعد بيانات مركزية لتتبع عمليات الدخول والخروج وإصدار وصلات إلكترونية، وهو ما مكن توجيه هذه المساعدات في إطارها السليم لأصحابها خلال فترات الحجر الصحي،كما شملت هذه التدابير تفعيل تسهيلات جمركية وجبائية عبر الأنظمة الإلكترونية، من خلال إعفاء المواد الطبية من الرسوم الجمركية باستعمال النظام الآلي للجمارك (SINDA) وتأجيل التصريحات الجبائية عبر منصات إدارة الضرائب، بما أتاح التصريح عن بعد، وخفف العبء الإداري وسرّع وتيرة استيراد التجهيزات الطبية، الأمر الذي أسهم بصفة مباشرة في تعزيز جاهزية المنظومة الصحية الوطنية وقدرتها على الاستجابة السريعة لمتطلبات الأزمة الصحية كوفيد-19، كما امتدّ تطبيق التدابير الرقمية ليشمل قطاعات أخرى إضافية، من

[1] بوخدوني صبيحة،بن عاشور الزهرة،**سياية التعليم عن بعد في ظل جائحة كورونا دراسة تحليلية لتعليمات والقرارات القرارات الصادرة من وزارة التعليم العالي والبحث العلمي الجزائرية**،مجلة مدارات سياسية،المجلد4،العدد4،جامعة لونيسي البليدة،2020،ص69-70.

بينها قطاع الإدارة العمومية، والنقل، والبريد والاتصالات، والثقافة، والإعلام، إضافة إلى قطاع العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، وذلك بهدف ضمان استمرارية المرافق والخدمات العمومية، وتقليص التنقلات والتجمعات، والحدّ من انتشار فيروس كورونا المستجد.

كما امتد تطبيق التدابير الرقمية ليشمل قطاعات أخرى إضافية، من بينها قطاع الإدارة العمومية، والنقل، والتجارة الإلكترونية، والبريد والاتصالات، والتعليم العالي، والثقافة، والإعلام، إضافة إلى قطاع العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، وذلك بهدف ضمان استمرارية المرافق والخدمات العمومية، وتقليص التنقلات والتجمعات، والحدّ من انتشار فيروس كورونا المستجد.

المطلب السادس: الشراكات والتعاون الدولي للجزائر في مواجهة أزمة كوفيد-19.

عملت الجزائر على الاستعانة بالشركاء والأطراف الخارجية من اجل التصدي لوباء كوفيد-19 والوقاية منه والحد من انتشاره، وذلك في إطار مقاربة تشاركيه تقوم على التعاون والتنسيق، وقد تمثلت هذه الأطراف في مايلي:

1.التعاون مع الاتحاد الأوروبي: في إطار الدعم الذي قدمه الاتحاد الأوروبي للجزائر وتعزيز التنسيق المشترك التقى سفير الاتحاد الاوروبي جون أوروك في الجزائر مع بالمدير العام لمعهد باستور ونتج عن هذا اللقاء منح دفعة هامة إختبارات الكشف عن فيروس كورونا(PCR) ، تحتوي هذه الدفعة على 100 ألف وحدة لأخذ العيّنات و100 تم استلام دفعة جديدة تضمنت ألف وحدة للاستخراج بما يسمح بإنجاز 100 ألف اختبار مخبري مع إمكانية التعرف على المتحورات الجديدة للفيروس، وذلك استكمالًا لدفعة سابقة تضمنت 20 ألف اختبار PCR و400 ألف اختبار سريع في إطار مشروع الاستجابة الأوروبية التضامنية لكوفيد-19 في الجزائر.

وفي السياق ذاته، خصص الاتحاد الأوروبي غلافًا ماليًا قدره 75مليون يورو من ميزانية التعاون مع الجزائر ضمن الاستجابة للأزمة الصحية، موزعًا على:

- 43 مليون يورو لإقتناء معدات طبية.
- 32 مليون يورو لدعم الانتعاش الاقتصادي.

ويأتي هذا الدعم في إطار مبادرة فريق أوروبا الهادفة إلى مساندة البلدان الشريكة في جهودها لمكافحة جائحة كوفيد-19.[1]

[1] الموقع:https-euneighbours-eu-ar-south-stay-informed-news والموقع:https://south.euneighbours.eu/ar/news ،أطع علية يوم: 2025/12/24.

2.دعم اللجنة الدولية للصليب الأحمر للهلال الأحمر الجزائري في مواجهة جائحة كوفيد-19:

تواصل اللجنة الدولية للصليب الأحمر، الموجودة في الجزائر منذ سنوات عديدة، تعاونها مع الهلال الأحمر الجزائري لتعزيز قدرته على الاستجابة للاحتياجات الإنسانية التي أفرزتها الأزمة العالمية الناجمة عن جائحة كوفيد-19، والحد من تداعياتها على مختلف الفئات المتضررة في الجزائر. حيث تتجلى الشراكة خلال هذه الفترة في توفير صندوق خاص لمساعدة المتطوعين الذين قد يصابون بالفيروس أثناء ممارسة مهماتهم التطوعية وكذلك دعم التأمين الصحي والحوادث، كما سيتم استخدام الأموال للحصول على معدات السلامة والحماية للمتطوعين، تشمل هذه الإتفاقية أيضًا تمويل المساعدات الغذائية للسكان الذين يعيشون في المناطق المتضررة بشدة من الوباء.

منذ بداية وباء كوفيد -19 في الجزائر، إتخذ متطوعون من الهلال الأحمر الجزائري الإجراءات اللازمة للتصدي للفيروس من خلال أعمال وقائية في جميع ولايات الوطن والتي تتمثل في الحملات التحسيسية والتوعية لتدابير النظافة والتباعد الاجتماعي ومساعدة السكان الأكثر حاجة.

كما ساهم الهلال الحمر الجزائري في دعم قدرات بعض المستشفيات من خلال التبرع بالمعدات الطبية وأجهزة التنفس ومخطط كهربية القلب وأجهزة المراقبة ومضخات الحقن والمواد الاستهلاكية الطبية ومخططات كهربية القلب، وأجهزة المراقبة الطبية، ومضخات الحقن، إلى جانب المستلزمات الطبية الاستهلاكية.

وفي إطار الجهود الإنسانية الرامية إلى الحد من انتشار جائحة كوفيد-19، نفّذ متطوعو الهلال الأحمر الجزائري عمليات تطهير وتعقيم في الأماكن العامة، كما وزعوا مستلزمات الوقاية والنظافة، بما في ذلك الأقنعة والجل الكحولي المعقم لليدين، إلى جانب توزيع المواد الغذائية عبر مختلف ولايات الوطن، مع إيلاء عناية خاصة للمناطق النائية والمعزولة. ونظرًا للطلب المتزايد على الأقنعة الواقية والنقص المسجل في توفرها بالسوق الوطنية، بادر الهلال الأحمر الجزائري إلى تصنيع الأقنعة الواقية والأقنعة الجراحية، بما أسهم في دعم الجهود الوطنية الرامية إلى الحد من انتشار الفيروس وتلبية الاحتياجات المتزايدة للسكان.[1]

3. الدعم الألماني للجزائر في إطار التصدي لجائحة كوفيد-19: أفادت الوكالة الأممية أنه في إطار دعم قدرات منظمة الصحية العمومية في مكافحة تفشي فيروس كورونا تم منح مساعدة مالية للحكومة الجزائرية من طرف الفيدرالية الألمانية. حيث في يناير 2022، وقعت الجزائر اتفاقية مع الحكومة الفيدرالية الألمانية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي(UNDP) لتنفيذ مشروع مشترك يهدف إلى دعم جهود مكافحة تفشي الوباء، وقد بلغت قيمة المنحة 10 ملايين يورو، وتم تمويلها من قبل البنك الألماني للتنمية (KfW) نيابة عن الحكومة الألمانية ، على أن يتم صرف هذا

[1] https://www.icrc.org/ar/document.أطلع عليه يوم:2025/12/24

المبلغ المالي في إقتناء منتجات ومعدات صحية ودعم قدرات مستخدمي الصحة وإطارات القطاعين في مجال التسيير المندمج لجائحة كورونا كوفيد-19.

ويتولى هذا البرنامج تنفيذ هذا المشروع الاستراتجي وذلك بما يملكة من خبرة دولية معترف بها في تسيير الأوبئة، حيث سيدعم وزارتي الصحة والصناعة الصيدلانية في الإقتناء السريع للمعدات، إستنادا للخبرات التي يتميز بها وشبكاته الدولية المتكونة من شركاء في القطاع الخاص عبر جميع أنحاء العالم وعن طريق البحث عن أفضل نسبة للعلاقة بين النوعية والأسعار وأفضل مواعيد التسليم.

كما سيتم إخضاع جميع المشتريات الصحية لضوابط صارمة من حيث النوعية وفقا لمعايير الصحة الدولية، والإعتماد على الخبرة التقنية لمؤسسة "kfw" في هذا المجال لإنجاح المشروع.

ويخصص المبلغ المقدر بـ:10 مليون أورو من أجل إقتناء منتجات ومعدات لفائدة المصالح الاستشفائية العمومية المسؤولة عن مكافحة الوباء ومختبرات الصيدلانية لمراقبة الجودة والتصديق على المعدات والمنتجات المستخدمة في الإستجابة لجائحة كوفيد-19.

المشروع سيقوم بإدراج برامج تكوين لفائدة مستخدمي الصحة العمومية، تشمل مجالات الإنعاش الطبي، تشخيص العدوى، التكفل الصحي بها، وتسيير المخاطر الصحية بالنسبة لإطارات القطاع. هذه الخطوة تهدف إلى رفع كفاءة الكوادر الطبية وتعزيز قدراتهم العملية في مواجهة الأزمات الصحية، بما يضمن استجابة أكثر فعالية واحترافية.[1]

4.التعاون الصيني- الجزائري في إطار مكافحة جائحة كوفيد-19:تجسد هذا التعاون في مايلي:

1.4. المساعدات والهيبات المقدمة من طرف الصين:

قدمت الحكومة الصينية مساعدات طبية إلى الجزائر لمواجهة مرض فيروس كورونا الجديد (كوفيد19)، بحسب بيان صادر عن السفارة الصينية.

ونقل البيان، الذي تلقت وكالة أنباء"شينخوا" نسخة منه، عن سفير الصين في الجزائر لي ليان خه، قوله "اليوم يشرفني أن أحضر مراسم التبرع بدفعة جديدة من المستلزمات الطبية لمكافحة كوفيد-19 مقدمة من الحكومة الصينية إلى الجزائر."

وأضاف السفير الصيني أن الصين والجزائر "تساندان وتساعدان بعضهما البعض وتتقاسمان السراء والضراء كالأخوين الحميمين والصديقين العزيزين والشريكين الموثوقين."

[1] https://www.djaliadz.com.اطلع عليه يوم: 2025/12/24

وأكد أنه منذ بداية تفشي الفيروس تتكاتف الدولتان في مكافحته، حيث أنه في أوائل فبراير الماضي "كانت الصين في المرحلة الأولى من مكافحتها للفيروس، وقدمت الجزائر الصديقة مساعدات طبية طارئة تضمنت كمامات وقفزات ونظارات واقية للشعب الصيني، ولن تنسى الصين حكومة وشعبا هذه المساعدات أبدا."

وقال إنه دائما ما يقول الصينيون "من الواجب تقديم مساعدات مضاعفة لمن كان يساعدنا، ومنذ تفشي الفيروس في الجزائر، تمد الحكومة الصينية والمؤسسات الصينية والجاليات الصينية أيديهم لمساعدة الجزائر من خلال التبرع بعدة دفعات من المستلزمات الطبية."

وأضاف "اليوم وصلت هبة تضامنية جديدة من الحكومة الصينية إلى الحكومة الجزائرية، وهي تعكس الصداقة الأخوية المتميزة التي تربط بين الدولتين، كما تعكس جهود الصين لتطبيق مفهوم مجتمع ذي مستقبل مشترك للبشرية."

وتشتمل هذه الدفعة على 20 طنا من المساعدات الطبية، من بينها كمامات طبية وكمامات FFP2 وكواشف وأجهزة تنفس اصطناعية وغيرها من المستلزمات الطبية، وفي هذا السياق أعرب السفير الصيني عن أمله في أن تساعد هذه المستلزمات الطبية الجزائر على مكافحتها لكوفيد-19،كما شدد على أن الصين تحرص على "الصداقة بين الشعبين الصيني والجزائري، وتولي إهتماما بالغا بالعلاقات بين الدولتين، حيث تقف الصين حكومة وشعبا دائما إلى جانب الحكومة الجزائرية والشعب الجزائري الصديق، وستواصل تقديم الدعم والمساعدات إلى الجزائر بكل ما بوسعها."

وقال إن الصين واثقة من أن "الشعب الجزائري سيتغلب على كوفيد-19 في أقرب وقت ممكن."

كما تم جلب معدات وأدوية مقدمة من طرف دولة الصين على إثر طائرة عسكرية جزائرية، حيث قام بإستقبال طاقم الطائرة رئيس الوزراء الجزائري عبد العزيز جراد ووزير الصحة عبد الرحمن بن بوزيد والوزير المنتدب المكلف بالصناعة الصيدلانية عبد الرحمن لطفي جمال بن أحمد،كما قدمت الحكومة الصينية مساعدات طبية إلى الجزائر لمواجهة كوفيد-19 في 15 افريل2020، متمثلة في أقنعة جراحية وملابس واقية طبية ومعدات فحص.

وكانت الجزائر قد حصلت في أواخر مارس 2020 على أول دفعة من المساعدات الطبية من الصين وتتألف أساسا من وسائل حماية وأجهزة تنفس اصطناعي.[1]

2.4.التعاون في المجال الطبي:

حسب ما جاء في إذاعة مونت كارلو الدولية فإنه تم وصول فريق طبي صيني، و معدات وقاية وتحليل وأجهزة تنفس، بقيمة 420 ألف يورو، وتلك هبة من شركة البناء الصينية العملاقة "سي أس سي إي سي" باسم الدولة الصينية، وتم بناء مستشفى صغير لتوفير خدمات الوقاية ومكافحة انتشار فيروس كورونا المستجد لصالح نحو أربعة آلاف عامل صيني وخمسة آلاف جزائري ، حسب وكالة أنباء الصين الجديدة الرسمية .

[1] https://qudsnet.com/post.اطلع عليه يوم:2025/12/24

ويشكل الصينيون أكبر جالية أجنبية في الجزائر، ويقدر عددهم بعشرات الآلاف ومعظمهم من العاملين في مشاريع البناء الكبرى، وكانت مجموعة البناء الصينية هي التي بنت جامع الجزائر الكبير في العاصمة.

وأمام سرعة انتشار الوباء (986 حالة مؤكدة منها 83 حالة وفاة)، تقدمت الجزائر بطلب إلى الصين لشراء ملايين الأقنعة و30 ألف عدّة فحص وملابس واقية ومعدات أخرى.[1]

3.4.اتفاق صيني جزائري لتوفير لقاح كورونا.

أشرف رئيس الوزراء الجزائري أيمن بن عبد الرحمن بتاريخ:29 سبتمبر 2021 على مراسم افتتاح أول مصنع لإنتاج اللقاح المضاد لمرض فيروس كورونا الجديد (كوفيد 19) في البلاد بالتعاون مع الصين، بحضور السفير الصيني بالجزائر لي ليان خه. بحيث جرى افتتاح المصنع بولاية قسنطينة الواقعة على بعد (400 كلم شمال شرق العاصمة الجزائر) بالتعاون بين شركتي (صيدال) الجزائرية الحكومية و(سينوفاك) الصينية لإنتاج اللقاح الجزائري الذي أطلق عليه اسم "كورونا فاك"، وفي هذا الصدد قال رئيس الوزراء الجزائري إن هذا الإنجاز هو أول بادرة للجزائر الجديدة.

وتابع أن إنتاج اللقاح تطلب تضحيات كبرى من قبل الكوادر الجزائرية بالإضافة إلى الإمكانيات التي وضعتها الحكومة من أجل الوصول إلى هذا الإنجاز، كما أضاف أن تطابق منشآت (صيدال) مع المعايير المحددة من قبل الخبراء الصينيين مكنها من الحصول على التصريح بإنتاج اللقاح من طرف شركة "سينوفاك" الصينية، وأضاف أن "صيدال" تحصلت على تصريح لإستعمال الاسم التجاري "كورونا فاك".

وأشار إلى أن الجزائر من بين الأوائل في إفريقيا المصرح لها باستخدام هذه الميزة لإنتاج اللقاح المماثل للمنتج الصيني، لافتا إلى أن المصنع سينتج ستة ملايين جرعة من اللقاح حتى نهاية العام الجاري.

وتوقع إنتاج 96 مليون جرعة لقاح سنويا بداية من العام 2022 "في حال توفر المادة الأولية والطلب على المستوى المحلي والإقليمي ولما لا الدولي".

وقال رئيس الوزراء الجزائري إن بلاده تحتل المرتبة الرابعة في الشرق الأوسط من حيث استهلاك الأدوية، مشيرا إلى أن وارداتها من المنتجات الصيدلانية بلغت ملياري دولار خلال السنوات الأربع الأخيرة، بينما بلغت 850 مليون دولار خلال النصف الأول من 2021.

ومن جانبه، قال السفير الصيني بالجزائر في كلمة حصلت وكالة أنباء (شينخوا) على نسخة منها، إن إطلاق إنتاج اللقاح المضاد لكوفيد-19 في الجزائر تم في إطار مشروع التعاون بين شركة "سينوفاك" الصينية ومجمع "صيدال" الجزائري.

وأضاف "أنا متحمس وفخور جدا اليوم برؤية اللقاحات المصنوعة في الجزائر بفضل التعاون المشترك" بين البلدين.

[1] https://www.aa.com.tr/ar/ .2025/12/24 اطلع عليه يوم:

واعتبر أن إنجاز هذا المشروع هو نقطة بارزة في تاريخ تعاون البلدين في مكافحة المرض، حيث يدخل تعاون البلدين مرحلة جديدة.

وأعرب عن ثقته بأن إنتاج اللقاحات بصورة مكثفة في الجزائر سيقرب من تحقيق انتصار نهائي في الحرب ضد هذا المرض في الجزائر.

ووصف السفير الصيني العلاقات بين البلدين بـ"التاريخية والمتميزة"، مشيرا إلى أنه منذ تفشي المرض عمل البلدان على تكثيف تعاونهما في مجال مكافحة المرض. وقال إن هذا التعاون "يعد نموذجا يحتذى به في العالم".

وذكّر بأن الجزائر كانت من أوائل الدول التي تبرعت بالمستلزمات الطبية الطارئة للصين في بداية تفشي المرض في الصين "وكرد للجميل، قدمت الصين دعمها ومساعدتها للجزائر بكل ما بوسعها، حيث تبرعت بكمية كبيرة من مستلزمات مضادة للجائحة للجزائر وبما فيها أجهزة التنفس الاصطناعية وكمامات وكواشف ولقاحات وغيرها، وكما أرسلت حكومة الصين فريق الخبراء الطبيين لمكافحة الجائحة الى الجزائر".

وأشار السفير الصيني إلى أن بلاده هي أول دولة تتبرع بأكبر عدد من اللقاح كهبة للجزائر، وقامت بالتوقيع على عقد مع الجزائر لتزويدها بـ15 مليون جرعة من اللقاحات الصينية، وهي تعمل بالإضافة إلى إنتاج اللقاح الصيني في الجزائر، على مساعدة الجزائر في بناء مصنع لإنتاج الأكسجين.

وأكد لي ليان خه، أن الصين على استعداد دائم لتعزيز التعاون مع الجزائر في مختلف المجالات، والعمل مع الجزائر يدا بيد في بناء الحزام والطريق بجودة عالية، وتقديم مساهمتها في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للجزائر، مما يدفع بناء مجتمع المصير المشترك بين البلدين.[1]

[1] http://arabic.news.cn/2021-09/30/c_1310218290.htm.2025/12/25:اطلع علية يوم

خلاصة الفصل الثاني:

التسيير الاستشفائي يعتبر أحد المقومات الأساسية لضمان كفاءة المؤسسات الصحية واستدامة أدائها، لما يرتكز عليه من وظائف وآليات تنظيمية تسهم في ترشيد استغلال الموارد البشرية والمادية والمالية، وتعزيز التنسيق بين مختلف الوحدات والمصالح، بما يضمن تقديم خدمات صحية ذات جودة وكفاءة. إلا أن التحولات التي شهدها القطاع الصحي أبرزت الحاجة إلى تبني أنماط تسييرية أكثر مرونة وفعالية، تقوم على التكامل بين المركزية واللامركزية، إلى جانب المقاربة التعاقدية بإعتبارها مدخلًا حديثًا لتحسين الأداء وتعزيز ثقافة المسؤولية و والتسيير بالنتائج والأهداف. كما تم التطرق إلى الإطار المفاهيمي للأزمة والأزمة الصحية وإدارة الأزمات، من خلال توضيح مفاهيمها وخصائصها ومقارباتها ومراحلها، مع عرض جائحة كوفيد-19 بوصفها نموذجًا لأزمة صحية عالمية، من حيث نشأتها وتطورها، وخصائص فيروس كورونا المستجد، وطرق انتقاله والكشف عنه، وتطور الوضع الوبائي في الجزائر، فضلًا عن أبرز انعكاساتها الصحية والاقتصادية والاجتماعية .

ولمواجهة هذه الأزمة، اعتمدت الجزائر جملة من التدابير التشريعية والتنظيمية والصحية والوقائية، إلى جانب التدابير الاجتماعية والاقتصادية، وتعزيز قدرات المؤسسات الاستشفائية بالموارد البشرية والتجهيزات الطبية، وتوسيع استخدام الرقمنة في تسيير القطاع الصحي من خلال تطوير المنصات والبوابات الرقمية وخدمات التطبيب عن بعد، فضلًا عن إرساء شراكات وتعاون دولي مع عدد من الشركاء، لاسيما الاتحاد الأوروبي، واللجنة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر الجزائري، وألمانيا، والصين، بما أسهم في دعم المنظومة الصحية الوطنية وتعزيز جاهزيتها وقدرتها على مواجهة جائحة كوفيد-19.

الفصل الثالث:

تقييم فعالية نمط التسيير

في مواجهة كوفيد -19

بالمؤسسة العمومية

الإستشفائية بغليزان

مقدمة الفصل الثالث:

لقد فرضت جائحة كوفيد-19 تحديات غير مسبوقة على المنظومات الصحية العالمية، مما استدعى استجابات تنظيمية وإدارية عاجلة وفعالة على مستوى المؤسسات الاستشفائية، خصوصًا العمومية منها، وقد برز في هذا السياق دور التسيير الاستشفائي كعنصر حاسم في ضمان استمرارية تقديم الرعاية الصحية وتعبئة الموارد المتاحة بأقصى درجة من الكفاءة والمرونة، وتعدّ دراسة نمط التسيير المعتمد خلال الأزمة الصحية وسيلة لفهم قدرة المؤسسة على التكيّف واتخاذ القرار في ظل الظروف الطارئة.

وعليه، يسعى هذا الفصل إلى تقديم تقييم شامل لفعالية نمط التسيير الاستشفائي في المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان أثناء جائحة كوفيد-19، وذلك من خلال عرض عام للمؤسسة وتطورها، والقيام بتوزيع الاستبيان على الطواقم العاملة بالمؤسسة، بالإضافة إلى إجراء المقابلة مع بعض رؤساء المصالح والأطباء والموظفين، ثم تحليل استجابتها العملية للجائحة، قبل الوقوف على الدروس المستفادة واقتراح آفاق تطويرية تعزز من جاهزيتها في مواجهة الأزمات المستقبلية وذلك من خلال المباحث التالية:

- **المبحث الأول** :تقديم المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.
- **المبحث الثاني** :الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.
- **المبحث الثالث** :المعالجة الكمية وتحليل النتائج وتفسرها.

المبحث الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية:

يُعَدّ المستشفى أهم المؤسسات الصحية على الإطلاق، بحكم تشعّب مهامه وتعدد وظائفه، فهو مؤسسة اجتماعية وطبية يحصل على تصنيف بناءً على استيفائه مجموعة من المعايير على المستوى المحلي.فالمؤسسة العمومية الاستشفائية،[1] هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت تصرف الوالي، وتتكون من هيكل للتشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

وسنحاول من خلال هذا المبحث التعريف والإحاطة بإحدى المؤسسات العمومية الاستشفائية، ألا وهي المؤسسة محل الدراسة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغليزان، والتي ستكون كعينة لباقي المؤسسات من حيث التسيير والهيكل التنظيمي والتصنيف.

المطلب الأول: نشأة وتصنيف ومهام وأفاق المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان.

سنتناول في هذا المطلب تقديم مؤسسة الدراسة، ألا وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف، من خلال ذكر موقعها تصنيفها ومهامها.

1.تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف:

تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ببلدية غليزان بمحاذاة مقر ولاية غليزان، أنشئت هذه الأخيرة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وهي تعتبر أكبر المؤسسات العمومية الاستشفائية الثلاثة المتواجدة عبر إقليم الولاية، وهي مصنفة من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات ضمن الصنف« أ ».[2]

تبلغ الطاقة الاستيعابية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان حوالي 342 سرير، وهذا حسب المقرر رقم 2591 بتاريخ 2007/12/08، تتوفر المؤسسة على جميع الهياكل الضرورية وفق المقاييس العلمية، وتتكفل بالتغطية الصحية والطبية لسكان 05 دوائر ما يمثل 17 بلدية حسب التقسيم الإداري لولاية غليزان.

---

[1] المادتين رقم 02-03 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2007/05/19، **المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية**، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 33، المؤرخة في 20-05-2007، ص: 10.

[2] الملحق رقم 02 من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 يناير 2012، المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها، **مرجع سبق ذكره**، ص: 25.

2.تصنيف المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف

المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغليزان مصنفة من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات ضمن الصنف "أ"[1]، لأنها استوفت جميع المعايير التي تضمنها الملحق رقم 01 من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2012/01/15، المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها، والجدول رقم (03-01) يوضح ذلك.

الجدول رقم (03-01) يبين كيفية حصول المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف على التصنيف "أ".

معايير التصنيف	العدد	النقطة الموافقة
عدد السكان	470071	07
عدد البلديات	13	04
عدد الأسرة	342	13
عدد المصالح	13	3
الطابع الجامعي	/	0
مقر الولاية	غليزان	10
مجموع النقاط		**37**

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على القرار المذكور أدناه.

وبالتالي حسب النقاط المتحصل عليها تصنف المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغليزان ضمن الصنف "أ" ، لأن عدد النقاط المتحصل عليها تتجاوز 30 نقطة والتي يتم تصنف المؤسسة وفقها إلى صنف"أ" حسب ما جاء في معايير تصنيف المؤسسات الاستشفائية المذكورة في الصفحة 25 من الملحق الأول .

3.مهام المؤسسة:

تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان بما يلي:[2]

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الاستشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي، وتطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية (الوقاية)؛

[1] الملحق رقم 02من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15يناير 2012، المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها، **مرجع سبق ذكره**، ص: 25.

[2] المادة رقم 04 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2007/05/19، **مرجع سبق ذكره**، ص: 11.

- التكوين لأجل تحسين مستوى الموظفين والتكوين المتواصل والمستمر للأطباء والشبه الطبي.

4. تنظيم الزيارات.

- المواعيد المعمول بها كل يوم من الساعة 13:30 إلى الساعة 15:00؛
- يمنع دخول الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 12 سنة؛
- يمنع إدخال الأفرشة والأكل، وذلك وفقًا للتعليمة الوزارية المؤرخة في 2006/06/13؛
- الزيارات بعد الأوقات المرخص بها تخص النساء اللواتي على وشك الولادة أو المرضى المحتاجين إلى المساعدة، ولا تكون إلا بموافقة الطبيب المعالج؛
- الزيارات المخصصة للمرضى في المصالح التالية (الأمراض المعدية، الأمراض الصدرية، ومصلحة الإنعاش) تخضع لموافقة قبلية من طرف المراقب الطبي والطبيب المعالج؛
- يمكن لأولياء المريض أو المقربين منه الاتصال بمكتب الاستقبال عند الدخول للاستعلام؛
- يجب على الزوار والمرافقين احترام المستشفى كمؤسسة عمومية، والحفاظ فيه على راحة المرضى.

5. الأفاق المستقبلية.

تسعى المؤسسة العمومية الاستشفائية مستقبلا إلى:

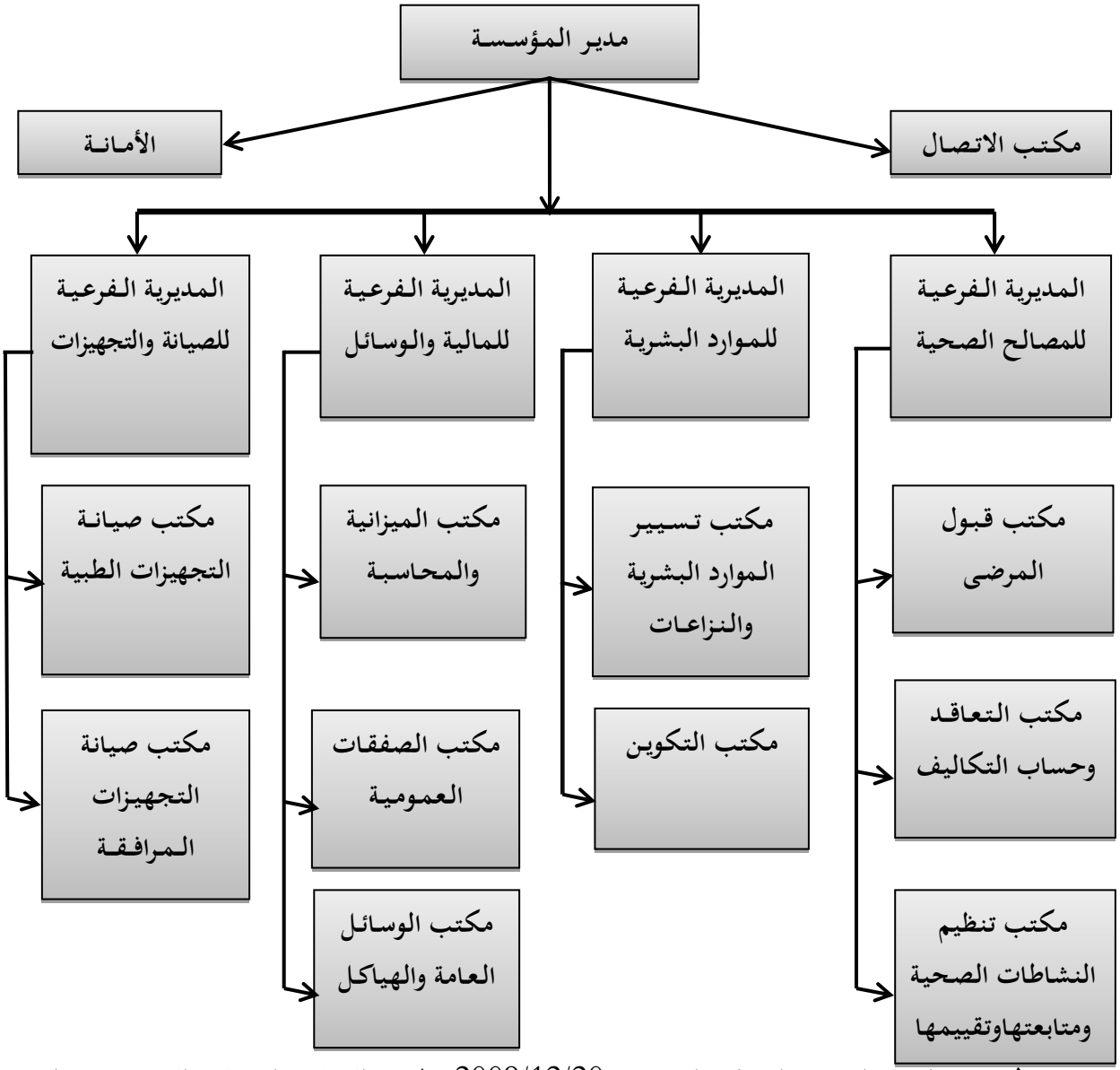
- تحسين مستوى الخدمات المقدمة للمرضى، إضافة إلى تحسين مردودية العلاج وديمومته؛
- تحديث آليات العمل (الأدوات الطبية، الإلكترونية، والمعلوماتية)؛
- جلب اختصاصات جديدة تجنب مواطني الولاية ككل مشقة التنقل لولايات أخرى للعلاج، والسعي لإبرام توأمة مع بعض المؤسسات الصحية الرائدة، لمعالجة بعض الأمراض المستعصية سوآء داخل الوطن أو خارجه؛
- تدعيم الأطقم الطبية، الشبه الطبية، الإدارية والمهنية، من أجل تكفل أمثل بالمرضى، بعيدا عن الضغط والإرهاق وما ينجم عنهما من أثار غير مرغوب فيها.

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية.

ككل مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تحوي المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة هيكلا لمختلف مصالحها، وسنركز في هذا المطلب على هيكل المصالح الإدارية دون المصالح الطبية.

1.هيكل المصالح الإدارية في المؤسسة العمومية الاستشفائية:حسب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية من الصنف "أ"، فالمؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف بغليزان تتكون من المصالح الموضحة حسب الشكل رقم (06)أدناه.

الشكل رقم (03-01) يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغليزان.



المصدر: القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2009/12/20 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 15 المؤرخة في 2010/03/07، ص:20.

2 .التعريف بكل مصلحة من المصالح.

سيتم التطرق بالتفصيل لمهام كل مصلحة ضمن الهيكل التنظيمي على النحو الموالي:

1.2. المديرية الفرعية للمصالح الصحية:

تهتم هذه المديرية بكل ما يتعلق بالنشاطات والأعمال الوقائية والعلاجية التي تقوم بها المصالح الطبية داخل المؤسسة، وهي تضم المكاتب التالية:

1.1.2.مكتب القبول:

يلعب هذا المكتب دورا فعالا في تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة، من القبول إلى الخروج، وأنه الأداة الأولية لتجسيد الإصلاحات المعلن عنها في المنظومة الوطنية للصحة، وينقسم هذا المكتب إلى عدة أقسام وهي:

1.1.1.2.قسم القبول والاستقبال:

ومن مهامه:

- تسجيل المريض الذي قدم طلب الاستشفاء الممنوح له من طرف طبيب المستشفى في سجل خاص؛
- إدراج كل المعلومات الخاصة بالمريض (الاسم اللقب، تاريخ ومكان الازدياد...إلخ في الملف الطبي له؛
- يسهر على استقبال وتوجيه الزائرين وتزويدهم بالمعلومات اللازمة، ولهذا فهو مجند ليلا ونهارا.

2.1.1.2.قسم حركة المرضى والإحصائيات:

يهتم هذا القسم بجمع المعلومات والإحصائيات وتسجيلها، ومن أهم التسجيلات ما يلي:

- تسجيل دخول المرضى المقبولين في سجل الترقيم بعد 24 ساعة من دخول المريض، اعتمادًا على بطاقة المتابعة المستلمة من مكتب الاستقبال.
- تسجيل خروج المرضى في سجل حركة السكان حسب التسلسل الأبجدي، من أجل تسهيل عملية البحث.
- إعداد تقرير يومي لتعداد المرضى، ويتم تحديد تحركات المرضى من الدخول والخروج.
- إعداد إحصائيات مختلفة للمرضى المنقولين بسبب الوفيات وغيرها.
- جمع المعلومات حول نشاط المصالح الطبية.

3.1.1.2.قسم الأرشيف:يسهر هذا القسم على تنظيم وتسيير الملفات والسجلات التي تخص كل المرضى، وهذا من أجل ضمان تقديم المعلومات والوثائق التي يطلبها أحيانا المريض من أجل إثبات دخوله ومعالجته في المستشفى، وكذلك والمؤسسة، كما يعد خزان للمعلومات، بحيث يتم اللجوء إليه في حالة المنازعات والتحقيقات القضائية.

4.1.1.2. قسم الحالة المدنية.

يقوم هذا القسم بالتنسيق مع مكتب الحالة المدنية المتواجد على مستوى البلدية، يشرف على تسجيل المواليد بتقديم تصريح بالميلاد من طرف قابلة المستشفى،كما يقوم بتسجيل الوفيات في سجل خاص، وإرسال إثبات إلى البلدية من أجل التسجيل.

2.1.2. مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية و تقييمها.

ومن مهامه:

- تطبيق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة والخاصة بتنظيم النشاط العمومي؛
- متابعة وتقييم النشاطات الصحية من خلال جمع المعلومات والإحصائيات حول حجم النشاط الصحي، والسهر على مراقبة هذه المعلومات للتأكد منها.
- يقوم هذا المكتب يوميا بإعداد استمارة يومية وإرسالها لمديرية الصحة والسكان وإعلامها في حالة وقوع حادث استثنائي، أو أمراض ذات تصريح إجباري.
- تنظيم العمليات الجراحية والسهر على حسن سيرها، كما يعمل على تسيير صيدلية المؤسسة وتنظيمها ومراقبتها

3.1.2.مكتب التعاقد وحساب التكاليف.

القيام بحساب التكلفة الفصلية لكل مصلحة على حدا، وذلك اعتمادا على تجميع البيانات المتعلقة بالمصاريف، التي تم توزيعها على المصالح بالنسبة إلى حجم النشاط المعبر عنه بوحدات القياس لكل مصلحة.

2.2. المديرية الفرعية للموارد البشرية:

وتضم مكتبين هما:

1.2.2. مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات:

يتكفل هذا المكتب بتسيير الحياة المهنية للموظفين، التعيين، الترقية، العزل، والإحالة على التقاعد، النقل، العطل، العقوبات، العيابات وغيرها، وهذا من خلال:

- السهر على تطبيق النصوص القانونية والتنظيمية المتعلقة بتسيير الحياة المهنية للموظفين؛
- إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية؛
- عقد اجتماعات لجان متساوية الأعضاء لترتيب ملفات كاملة لكل مستخدمي المؤسسة؛
- استلام ملفات المتربصين لدى المؤسسة، وتسطير برامج التربصات ومتابعتها.

أما فيما يتعلق بالمنازعات، فالمكتب يتولى تسيير مختلف القضايا، والتي تكون المؤسسة طرفا فيها مدعي أو مدعي عليها،كونها شخص معنوي ممثلة من طرف المدير كشخص، وذلك بتعيين محامي يتولى المساعدة القضائية، ومحضر قضائي يتولى التبليغ.

2.2.2.مكتب التكوين:

تنحصر مهام هذا المكتب في عمل دورات تكوينية للعمال، ولديهم نوعان من التكوين، قصير المدى وطويل المدى، حيث أن التكوين طويل المدى مدته تقريبا سنتان أو ثلاثة، أما قصير المدى يقتصر على يوم أو يومين أو أسبوع أو شهر فقط حسب الحاجة.

3.2. المديرية الفرعية للمالية والوسائل:

وتضم ثلاثة مكاتب هي:

1.3.2.مكتب الميزانية والمحاسبة:

حيث تكمن مهامه فيما يلي:

- ترتيب وتنظيم أجور ورواتب العمال، وإعداد الكشوف والفواتير، وأيضًا تجميع مختلف تقديرات الميزانية.
- السهر على تنفيذ وتسيير الميزانية الخاصة بالمستشفى، ومراقبة واحترام الاعتمادات الممنوحة.
- استلام الفواتير الموقعة من طرف المقتصد، وإعداد حوالات الدفع الخاصة بها بعد مراقبتها والتأكد من مطابقتها لأرقام الميزانية، ومتابعة الوضعية المالية.
- الإشراف على كل أعمال المحاسبة العمومية من خلال التسجيل في سجل النفقات المصنفة حسب أبواب الميزانية.
- إعداد وتنفيذ الميزانية لاستكمال السنة المالية وإعداد الحالة لكل ثلاثة أشهر.
- إعداد حوالات الدفع الخاصة بالنفقات مثل حوالات دفع الأجور ورواتب الموظفين، حوالات الدفع والأوامر، وإرسالها إلى قباضة الضرائب.

2.3.2. مكتب الصفقات العمومية:

ومن المهام التي يقوم بها هذا المكتب إنشاء جميع الصفقات الخاصة بالمؤسسة، من أدوية وأغذية والاستشارات إلخ، حيث يقوم المكتب بإنشاء دفتر الشروط الخاص بالصفقة المراد عقدها، وإرسالها إلى وزارة الصحة من أجل الموافقة عليها، ويقوم بنشرها في الجريدة الرسمية، ومن ثم يقوم هذا المكتب استقبالا

لملفات وفتحها بحضور المدير، ثم يقوم بدراسة الملفات على مستوى موظفي المكتب من أجل اختيار الملف المناسب، وبعد اختياره يقوم بإرسال اسم الشخص للجريدة الرسمية من أجل نشره.

3.3.2.مكتب الوسائل العامة والتجهيزات:

من المهام التي يقوم بها هذا المكتب المحافظة على كل ما يتعلق بالمستشفى وعلى ممتلكاته، وهو المسؤول على نظافة المستشفى، وحظيرة السيارات، وعلى سيارات الإسعاف...إلخ.

4.2. المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة:

وتضم مكتبين هما:

1.4.2. مكتب صيانة المعدات الطبية:

يقوم هذا المكتب بنوعين من الصيانة، الصيانة الوقائية قبل وقوع العطب يقوم بمراقبة المعدات من أجل تجنب الأعطاف، وهنا كصيانة علاجية وهذا بعد وقوع العطب يأمر بصيانتها، ومن ثم يملأ استمارة يكتب فيها الآلة التي قام بصيانتها، ونوع العطب الموجود فيه، وكل المعلومات المتعلقة بالصيانة.

2.4.2.مكتب صيانة التجهيزات المرافقة:

يقوم هذا المكتب بصيانة كل التجهيزات المتواجدة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية، ما عدا التجهيزات الطبية، ويضم أخصائيو التبريد والكهرباء والميكانيك والإلكترونيك وغيرهم.

المطلب الثالث: الإحصائيات الخاصة بوباء كورونا COVID-19 على مستوى المؤسسة.

شهدت المؤسسة الاستشفائية العمومية لولاية غليزان، على غرار باقي المؤسسات الاستشفائية الأخرى عبر الوطن، تأثرًا ملحوظًا بوباء كورونا COVID-19، حيث انعكست تداعياته على مختلف أنشطتها الصحية وقدراتها الاستيعابية. ويظهر ذلك من خلال الإحصائيات المسجلة عبر السنوات (2020-2021-2022)، والتي توضح تطور عدد الإصابات والوفيات، وكذا أساليب الكشف المعتمدة ومدة التكفل بالحالات. وفيما يلي عرض هذه المعطيات حسب التسلسل الزمني.

جدول رقم(03-02): إحصائيات وباء COVID-19 لسنة 2020 على مستوى المؤسسة

الفئة العمرية	عدد الإصابات	طريقة الكشف	مدة الإقامة في المستشفى	عدد الوفيات
40 إلى 50	86	PCR	من 5 أيام إلى 15 يوما	30
أكثر من 50	653	Scanne		208

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على احصائيات الخاصة بالمؤسسة

من خلال الجدول (03-02) يلاحظ وجود تباين واضح في تأثير الفيروس حسب الفئات العمرية، حيث سُجلت 86 إصابة لدى الفئة ما بين 40 و50 سنة، مقابل 653 إصابة لدى الفئة التي تفوق 50 سنة، ما يدل على أن كبار السن هم الأكثر عرضة للإصابة. كما تُظهر المعطيات اعتماد طريقتي PCR والفحص بالأشعة (Scanner) في الكشف، وكان الاعتماد على معهد باستور وهو الذي تم تخويله لهذه العملية. وتراوحت مدة الإقامة في المستشفى بين 15 يوما في بداية ظهور الوباء ثم لتنخفض تدريجيا الى 5 ايام نتيجة الضغوطات الكبيرة على المؤسسة والنقص الكبير في عدد الأسرة المخصصة، مما يشير إلى وجود حالات متوسطة إلى خطيرة تطلبت متابعة طبية. أما من حيث الوفيات، فقد سُجلت 208 حالة لدى الفئة الأكبر من 50 سنة، وهو رقم مرتفع يعكس خطورة المرض على هذه الفئة مقارنة بغيرها، نتيجة ضعف المناعة وانتشار الأمراض المزمنة. وعليه، تؤكد هذه النتائج أن التقدم في السن يُعد عاملًا حاسمًا في زيادة شدة الإصابة وخطر الوفاة، وهو ما فرض على المؤسسات الصحية ضرورة إعطاء الأولوية لكبار السن ضمن استراتيجيات التسيير الاستشفائي خلال الأزمات الصحية.

جدول رقم(03-03): إحصائيات وباء COVID-19 لسنة 2021 على مستوى المؤسسة.

الفئة العمرية	عدد الإصابات	طريقة الكشف	مدة الإقامة في المستشفى	عدد الوفيات
40 إلى 50	100	PCR	5 أيام	80
أكثر من 50	661	Scanne		105

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على احصائيات الخاصة بالمؤسسة.

يُظهر الجدول (03-03) الخاص بإحصائيات وباء COVID-19 لسنة 2021 استمرار تأثير الفيروس بشكل أكبر على الفئات العمرية المتقدمة، حيث سُجلت 100 إصابة لدى الفئة ما بين 40 و50 سنة مقابل 661إصابة لدى الفئة التي تفوق 50 سنة، مما يؤكد أن كبار السن ظلّوا الأكثر عرضة للإصابة. كما اعتمدت المؤسسات الصحية على تقنيتي PCR والفحص بالأشعة (Scanner) في الكشف، مع تسجيل مدة إقامة أقصر نسبيًا في المستشفى (حوالي 5 أيام)، وهو ما قد يعكس تحسنًا في طرق التكفل العلاجي مقارنة بسنة 2020. ومن جهة أخرى، سُجلت 105 حالة وفاة لدى الفئة التي تفوق 50 سنة، وهو انخفاض ملحوظ مقارنة بالسنة السابقة، ما يمكن تفسيره بتحسن الخبرة الطبية، وتوفر وسائل العلاج، وبداية حملات التلقيح. وعليه، تؤكد هذه النتائج استمرار خطورة المرض على كبار السن، مقابل تحسن نسبي في فعالية التسيير الاستشفائي وتقليل معدل الوفيات.

جدول رقم(03-04): إحصائيات وباء COVID-19 لسنة 2022 على مستوى المؤسسة

الفئة العمرية	عدد الإصابات	طريقة الكشف	مدة الإقامة في المستشفى	عدد الوفيات
40 الى 50	27	Scanne	5 أيام	5
أكثر من 50	100			14

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات الخاصة بالمؤسسة.

يبرز الجدول(03-04) الخاص بإحصائيات وباء COVID-19 لسنة 2022 تراجعًا واضحًا في عدد الإصابات والوفيات مقارنة بالسنوات السابقة، حيث سُجلت 27 إصابة فقط لدى الفئة العمرية من 40 إلى 50 سنة مقابل 100 إصابة لدى الفئة التي تفوق 50 سنة، ما يدل على استمرار تأثر كبار السن أكثر من غيرهم، ولكن بوتيرة أقل. كما يُلاحظ الاعتماد على الفحص بالأشعة (Scanner) ،حيث اعتمدته وزارة الصحة من أجل تسهيل عملية الكشف وتخفيف الضغوط على معهد باستور، مع مدة إقامة قصيرة في المستشفى تُقدّر بحوالي 5 أيام، وهذا راجع الى التوصيات الخاصة بوزارة الصحة بضرورة المتابعة عن بعد للمصاب. أما من حيث الوفيات، فقد سُجلت 5 حالات لدى الفئة 40–50 سنة و14 حالة لدى من هم فوق 50 سنة، وهي أرقام منخفضة نسبيًا، تشير إلى تراجع حدة المرض. ويمكن تفسير هذه النتائج بتقدم حملات التلقيح، واكتساب خبرة أكبر لدى الطواقم الطبية، وتحسن استراتيجيات التسيير الاستشفائي، مما ساهم في تقليل الضغط على المؤسسات الصحية والحد من خطورة الوباء.

تؤكد النتائج السابقة استمرار هشاشة كبار السن من جهة، وتنامي كفاءة التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة من جهة أخرى.

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

سنتطرق في هذا المبحث إلى التعريف بأداة الدراسة المستعملة، والمتمثلة في الاستبيان المتكون من عدة محاور، وكذلك تحليل خصائص المجتمع والعينة حسب متغيرات الجنس، التخصص المهني، والخبرة المهنية، باعتبارها المتغيرات المعبرة عن جودة الخدمة الصحية في هذا الموضوع، ومن ثم تحليل محاور الاستبيان باستعمال الطرق الإحصائية، والتعليق على النتائج المتحصل عليها.

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية.

سنتناول في هذا المطلب تقديم مجتمع وعينة الدراسة، ووصفها، وثبات صدقها بالاعتماد على أدوات الإحصائية، وكذلك التعريف بمحاور الاستبيان.

1.مجتمع الدراسة

يتمثل مجتمع الدراسة في جميع الموظفين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بغليزان، سوآءا كان طاقما طبيا، شبه طبي، إداريا أو مهنيا، والمقدر عددهم بـ 734 موظف، والجدول رقم (10) يبين توزيع تلك الفئات.

الجدول رقم (03-05): يبين توزيع فئات موظفي مستشفى محمد بوضياف بغليزان.

طبيعة العمل	العدد
طبيب عام	61
طبيب اختصاصي	111
صيدلي	05
سلك الشبه الطبي	311
سلك القابلات	24
سلك مستخدمي التخدير	36
الإداريين	94
نفسانيين	04
مساعد اجتماعي	02
حارس	10
أعوان الوقاية	12
السائقين	08
عمال مهنيين	56
المجموع	**734**

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على وثائق المستشفى.

2.تقديم العينة

لإتمام هذه الدراسة، تم توزيع 200 استمارة على الموظفين بكل فئاتهم، ما يمثل ما نسبته 27% من مجتمع الدراسة وهي مقبولة إحصائيا، تم استرجاع مائة وواحد وأربعون (141) استمارة مستوفية، ما تمثل نسبة استرجاع 70% ابتداء من ظهور أول حالة إصابة بالجزائر مارس 2020 .

3.منهجية وأدوات الدراسة:

بحكم طبيعة وخصوصية موضوع البحث المتعلق بتقييم نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19) ، استوجب علينا الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي من خلال تحليل البيانات الإحصائية وتفسير العلاقات بين مختلف المتغيرات باستخدام البرنامج الإحصائي المعروف باسم الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version ، الذي يستعمل بكثرة في إجراء التحليلات الإحصائية بكافة أشكالها، للكشف عن تقييم نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19). كما تم الحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بالدراسة الميدانية على مرحلتين:

– **المرحلة الأولى**:كانت دراسة استطلاعية لمديرية الصحة بالولاية للحصول على بعض البيانات الخاصة والمعلومات كعدد السكان بالولاية والبلديات والترخيص بإجراء الدارسة والمعلومات حول طريقة التعامل مع الجائحة، كما تم الاطلاع على المؤسسة العمومية محل الدراسة للتعرف على كيفية تعامل المؤسسة مع جائحة كورونا (كوفيد-19)، بالإضافة إلى الحصول على بعض المعلومات الخاصة بالمؤسسة كتقديمها ، إلى جانب الأقسام التي تنتمي إليها.

– **المرحلة الثانية**:هي دراسة ميدانية لجمع البيانات الأولية من خلال توزيع الاستبيان على مختلف الأطقم الطبية (الأطباء، الإداريين، الشبه طبي، الأعوان، الحراس) لإختبار فرضيات البحث وتحليلها، وقد إعتمد الباحث على كل من:

أ.**المقابلة**:تعد المقابلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات والمعطيات في الدراسة خاصة في ظل التعامل المباشر مع الأزمة ومواجهتها نظرا لأنهم هم المتضررين بالأزمة الصحية.

وتعرف بأنها:"حوار أو محادثة أو مناقشة، تكون بين الباحث عادة و بين جهة أخرى تمثل شخص أو مجموعة من الأشخاص، وذلك بغرض التوصل إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف يحتاج الباحث التوصل إليها في ضوء أهداف معينة".[1]

وبالنظر إلى موضوع بحثنا المتعلق بتقييم نمط التسيير الاستشفائي، فقد إنصبت مقابلتنا في إستجواب مجموعة من المسؤولين ورؤساء المصالح، بالإضافة إلى الأطباء والشبه طبيين، وتضمنت مقابلاتنا مايلي:

1.المحور الأول: نمط التسيير الاستشفائي:

- **البعد الأول: التخطيط لمواجهة الأزمة.**

1. كيف تصف خطة المؤسسة لمواجهة كوفيد-19؟ ما الذي نجح وما الذي فشل؟
2. هل ساعدت التدريبات المسبقة للأطقم في التعامل مع الأزمة؟، أعطِ مثالًا.

- **البعد الثاني: إدارة الموارد الطبية والبشرية.**

1. هل كانت الموارد الطبية كافية؟، ما هو أكبر تحدٍ واجهته في توفر الموارد؟
2. كيف تم توزيع الأطقم البشرية؟، هل شعرت بالضغط بسبب نقص الموظفين؟

[1] عتيق عائشة،**جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية– دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة–**،رسالة تخرج ماجستير،تخصص تسويق دولي،جامعة ابوبكر بلقايد-تلمسان،2011،ص:155.

- **البعد الثالث: اتخاذ القرار.**

1. هل كانت قرارات الإدارة واضحة وسريعة؟، اعط مثال على قرار أثر على عملك؟
2. هل أُشركت الأطقم في اتخاذ القرارات؟، كيف تأثرت الشفافية بالأداء؟

- **البعد الرابع: التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي.**

1. ما مدى فعالية التواصل بين الأقسام؟، ما الذي أعاق التنسيق؟
2. هل تم إعلامكم بالمستجدات بانتظام؟، كيف أثر ذلك على عملك؟

2 .المحور الثاني:مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19.

- **البعد الأول: فعالية الاستجابة للأزمة.**

1. هل استجابت المؤسسة بسرعة ومرونة لتحديات الأزمة؟، أعطِ مثالًا.
2. كيف تم التعامل مع نقص الأسرّة أو المعدات؟، ما الذي كان يمكن تحسينه؟

- **البعد الثاني: جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي.**

1. كيف تقيّم جودة الرعاية لمرضى كوفيد–19؟، ما التحدي الأكبر؟
2. هل قدمت المؤسسة دعمًا تشغيليًا كافيًا (مثل التدريب)؟، كيف أثر ذلك؟

- **البعد الثالث: إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل**

1. هل وفرت المؤسسة معدات الوقاية بشكل كافٍ؟ ،كيف أثر ذلك على سلامتك؟
2. كيف تم تحديد المخاطر (مثل العدوى) وإدارتها؟ ما مدى فعالية الخطة؟

- **البعد الرابع: التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية**

1. هل كان التنسيق مع الجهات الخارجية (مثل وزارة الصحة) فعالًا؟ ما التحديات؟
2. كيف ساعد التعاون الخارجي في توفير الموارد؟ أعطِ مثالًا.

ب.الاستبيان:يعتبر الاستبيان من أكثر وسائل جمع البيانات فعالية وشيوعا، وهو"عبارة عن استمارة تحتوي على مجموعة من الفقرات المصاغة صياغة استقصائية، يجيب كل مشارك في العينة عنها بنفسه".[1]

وقد اعتمدنا عليها في البحث للتقصي العلمي والكشف عن جوانب الموضوع، كما يسهل الاستبيان من عملية تجميع المعطيات وتصنيفها وبالتالي تفسيرها والوصول إلى الاستنتاجات المطلوبة والمناسبة ، بالإضافة لكون الاستبيان يتصف بالسرية وهذا لعدم معرفة كل فرد لإجابات الآخرين، وهو ما يبعد الخوف من البحوث للإجابة بمصداقية تامة، وقد حاولنا في الاستبيان التقيد بموضوع البحث وتم توزيعه على أفراد العينة في شكله النهائي من أجل الإستجابة له.

4.وصف أداة الدراسة:

[1] عتيق عائشة،**مرجع سابق ذكره**،ص:155.

يتناول الجانب الكمي لهذه الدراسة الميدانية دراسة تقييم نمط التسيير الاستشفائي على مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19، مثل الجنس، المؤهل المهني والخبرة، ويحلل نتائج الإحصاء الوصفي،كما يتناول التحليل الهيكلي.

يتضمن استبيان الدراسة محورين رئيسيين، يشتمل كل محور على أربعة أبعاد، ليبلغ العدد الإجمالي لأبعاد الدراسة ثمانية (08) أبعاد، كما يوضحه الجدول رقم (03- 06) أدناه.

الجدول رقم(03- 06): محاور الدراسة أبعادها.

المحـــاور	عدد العبارات
محور نمط التسيير الاستشفائي	
البعد الأول:التخطيط لمواجهة الأزمة	07
البعد الثاني:إدارة الموارد الطبية و البشرية	07
البعد الثالث:اتخاذ القرار	07
البعد الرابع:التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي	07
محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19	
البعد الأول:فعالية الاستجابة اللازمة	07
العد الثاني:جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي	07
البعد الثالث:إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل	07
البعد الرابع:التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية	07

Source: Kanji, G. K, **Measuring business excellence**, Routledge, London, 2002.

5.ثبات وصدق أداة الدراسة (الاستبيان):تم اختبار صدق أداة الدراسة وفق المقاييس الآتية:

1.5.الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

للتأكد من صدق أداة الدراسة، تم عرض الاستبانة على مجموعة من الأساتذة المختصين ذوي الخبرة في المجال، وذلك قصد تحكيمها وتقييم مدى ملاءمتها لموضوع البحث، كما هو موضح في الملحق رقم (03).

2.5. الصدق او الاتساق الداخلي للاستبيان:بالاعتماد على معامل بيرسون سوق نختبر صدق الأداة بناءا على حساب درجة الارتباط بين نتائج أداة الدراسة،أي سنختبر كل بعد من أبعاد متغيرات الدراسة ومدى درجة الاتساق الداخلي بين العبارات.

1.2.5.اختبار مدى صدق محاور الدراسة (نمط التسيير الإستشفائي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19) من طرف العينة المستجوبة: قمنا بتقسيم كل من المحورين إلى أربعة أبعاد. وهذا بهدف قياس درجة الارتباط الداخلي بين كل بعد من أبعاد المتغير المستقل(نمط التسيير الإستشفائي) و المتغير التابع (مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19) و الدرجة الكلية للمحور. وفيما يلي الجدول الموضح لنتائج الإرتباط:

جدول رقم(03–07):يوضح معاملات الارتباط بيرسون لمحاور الإستبيان.

المتغيرات		معامل بيرسون	مستوى الدلالة
محور نمط التسيير الإستشفائي		**0.933**	**0.00**
أبعاد نمط التسيير الإستشفائي	التخطيط لمواجهة الأزمة	0.780	0.00
	إدارة الموارد الطبية و البشرية	0.761	0.00
	إتخاذ القرار	0.851	0.00
	التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي	0.779	0.00
محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19–		**0.948**	**0.00**
أبعاد مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19–	فعالية الإستجابة اللازمة	0.828	0.00
	جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي	0.920	0.00
	إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل	0.847	0.00
	التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية	0.805	0.00

المصدر:من إعداد الباحث

يتضح من الجدول (03–07) أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيًا لجميع أبعاد محاور الدراسة (نمط التسيير الاستشفائي ومواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19) عند مستوى المعنوية(a=0,01) ، مما يدل على صدق إتساقها مع المحور الذي تنتمي إليه.

كما نستنتج أن قيمة الارتباط بين عبارات محور نمط التسيير الاستشفائي بلغت أعلى قيمة (0,851) وهي قوية وموجبة لبعد اتخاذ القرار، في حين كانت أدنى قيمة (0,761) لبعد إدارة الموارد الطبية والبشرية. أما معامل ارتباط

محور نمط التسيير الاستشفائي ككل فقد بلغ (0,933)، وهو ما يفسر وجود اتساق داخلي بين جميع عبارات المحور. و يتبين لنا أيضا من الجدول بأن قيمة الارتباط بين عبارات محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19 مثلت بأعلى قيمة (0,920) وهي قيمة قوية وموجبة لبعد جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي، أما أدنى قيمة فكانت (0,805) لبعد التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية، كما أن القيمة الكلية للمحور بلغت (0.948) وهذا ما يفسر بأنه يوجد إتساق داخلي بين كل عبارة من عبارات المحور. ونستنتج أيضا من الجدول أن قيم معامل الارتباط لمحاور الدراسة قريبة جدا من الواحد و هذا ما يدل على قوة الاتساق الداخلي للأبعاد مع المحور الذي تنتمي إليه.

سنتأكد من نتائجنا السابقة و هذا بدراسة الإتساق الداخلي لكل عبارة من عبارات الإستبيان و ذلك من خلال الجدول الموالي :

2.2.5.معاملات الارتباط لعبارات محور نمط التسيير الإستشفائي.

جدول رقم(03–08):يوضح معاملات الارتباط بين عبارات كل بعد من محور نمط التسيير الإستشفائي والدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي إليه.

محور نمط التسيير الإستشفائي							
التخطيط لمواجهة الأزمة		إدارة الموارد الطبية و البشرية		اتخاذ القرار		التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي	
السؤال	معامل الإرتباط	السؤال	معامل الارتباط	السؤال	معامل الارتباط	السؤال	معامل الارتباط
01	0.578	08	0.574	15	0.594	22	0.590
02	0.549	09	0.590	16	0.725	23	0.546
03	0.644	10	0.585	17	0.598	24	0.579
04	0.613	11	0.629	18	0.696	25	0.658
05	0.564	12	0.661	19	0.648	26	0.640
06	0.272	13	0.566	20	0.645	27	0.233
07	0.517	14	0.552	21	0.554	28	0.554

المصدر:من إعداد الباحث

يتضح من النتائج الواردة في الجدول(03-08)، أن قيم معاملات الارتباط للعبارات بين كل عبارة من عبارة البعد الذي تنتمي إليه موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة(0.01)، وهذا ما يفسر وجود اتساق داخلي بين كل عبارة من عبارات أبعاد نمط التسيير الإستشفائي وبالتالي دلالة على صدق اتساقها مع البعد الذي تنتمي إليه.

كما نستنتج أيضا بأن قيمة الارتباط بين عبارات التخطيط لمواجهة الأزمة مثلت بأعلى قيمة (0.644) وهي قيمة قوية وموجبة، أما أدنى قيمة فكانت (0.272)، فيما مثلت قيمة الارتباط بين عبارات بعد إدارة الموارد الطبية و البشرية بأعلى قيمة (0.661)، وهي قيمة قوية وموجبة، أما أدنى قيمة فكانت (0.552) ، فيما مثلت قيمة الارتباط بين عبارات بعد إتخاذ القرار كانت بأعلى قيمة (0.725)، وهي قيمة قوية وموجبة، أما أدنى قيمة فكانت (0.554) ، أما معامل الارتباط لبعد التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي كانت بأعلى قيمة (0.818)، وهي قيمة قوية وموجبة، أما أدنى قيمة فكانت (0.704).

3.2.5. معاملات الإرتباط لمحور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19–

جدول رقم(03–09):يوضح معاملات الارتباط بين عبارات كل بعد من محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19–والدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي إليه.

محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19–							
فعالية الإستجابة اللازمة		جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي		إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل		التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية	
السؤال	معامل الإرتباط	السؤال	معامل الإرتباط	السؤال	معامل الإرتباط	السؤال	معامل الإرتباط
01	0.541	08	0.671	15	0.551	22	0.624
2	0.683	09	0.697	16	0.617	23	0.618
03	0.596	10	0.755	17	0.610	24	0.640
04	0.517	11	0.598	18	0.670	25	0.655
05	0.612	12	0.675	19	0.646	26	0.618
06	0.543	13	0.713	20	0.619	27	0.680
07	0.612	14	0.480	21	0.538	28	0.671

المصدر:من إعداد الباحث.

يتبين لنا من الجدول (03- 09) أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيا لجميع عبارات محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19 عند مستوى المعنوية (a=0,01)، هذا ما يبين صدق وإتساق الداخلي لمحور " مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19".

كما نستنتج أيضا بأن قيمة الارتباط بين عبارات فعالية الإستجابة اللازمة مثلت بأعلى قيمة (0.683) وهي قيمة قوية وموجبة، أما أدنى قيمة فكانت(0.517) ، فيما مثلت قيمة الارتباط بين عبارات بعد جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي بأعلى قيمة (0.755) ، وهي قيمة قوية وموجبة، أما أدنى قيمة فكانت(0.480) ، فيما مثلت قيمة الارتباط بين عبارات بعد إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل بأعلى قيمة (0.670) ، وهي قيمة قوية وموجبة، أما أدنى قيمة فكانت(0.538) ، أما معامل الارتباط لبعد التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية كانت بأعلى قيمة (0.680)، وهي قيمة قوية وموجبة ، أما أدنى قيمة فكانت(0.618).

3.5.ثبات أداة الدراسة: للتأكد من ثبات استبيان هذه الدراسة تم استخدام معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbach، ويمكن تلخيص هذه النتائج وفق الجدول التالي:

الجدول رقم (03– 10):معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach) لقياس ثبات محاور الإستبيان

المتغيرات		معامل الثبات
محور نمط التسيير الإستشفائي		**0.924**
أبعاد نمط التسيير الإستشفائي	التخطيط لمواجهة الأزمة	0.795
	إدارة الموارد الطبية و البشرية	0.892
	إتخاد القرار	0.870
	التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي	0.812
محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19–		**0.940**
أبعاد مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19–	فعالية الإستجابة اللازمة	0.824
	جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي	0.831
	إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل	0.838
	التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية	0.905

المصدر:من إعداد الباحث

يتضح من الجدول أعلاه أن قيم معامل الثبات مرتفعة، بحيث أن المحور الأول جاء (0.924) ، أما معامل ثبات المحور الثاني جاءت قيمته (0.940) ، وهذا يدل على أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

وبالتالي فالإستبيان أخذ شكله النهائي كما هو مبين في **الملحق رقم (01)**، ويكون قابل للتوزيع على مفردات العينة، وبذلك نكون قد تأكدنا من صدق وثبات إستبيان الدراسة مما يجعلنا على أمان من نتائج الإستبانة.

المطلب الثاني:خصائص العينة.

سنتطرق في المطلب الى توزيع العينة حسب الجنس وطبيعة المهنة والخبرة المهنية التي ارتأينا إدراجها ضمن الدراسة لما لها من تأثير في فعالية نمط تسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19.

1.1.توزيع العينة حسب الجنس:

جدول رقم (03– 11) :توزيع العينة حسب الجنس.

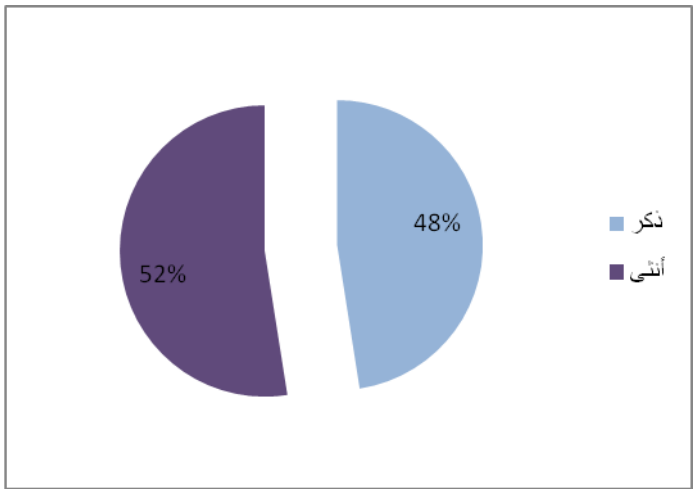
الجنس	التكرار	النسبة%
ذكر	67	47.5
أنثى	74	52.5
المجموع	141	100,0

المصدر: من إعداد الباحث.

من خلال نتائج الجدول المحصل عليها، نلاحظ وجود تنوع في توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس، مع تسجيل تفاوت في النسب، حيث تمثل فئة الإناث الغالبية، وذلك لميولهن نحو مهنة الطب بما يتناسب مع طبيعة عملها، لكونهن أكثر قدرة على التحمل، إضافة إلى حسهن الإنساني والتعاطف مع المرضى.

يمكن تمثيل نتائج الجدول السابق كما يلي :

الشكل رقم(03–02): توزيع العينة حسب الجنس.



المصدر:من إعداد الباحث.

2.1.تحليل المتغيرات الديمغرافية حسب العمر:

جدول رقم(03– 12): توزيع أفراد العينة حسب العمر.

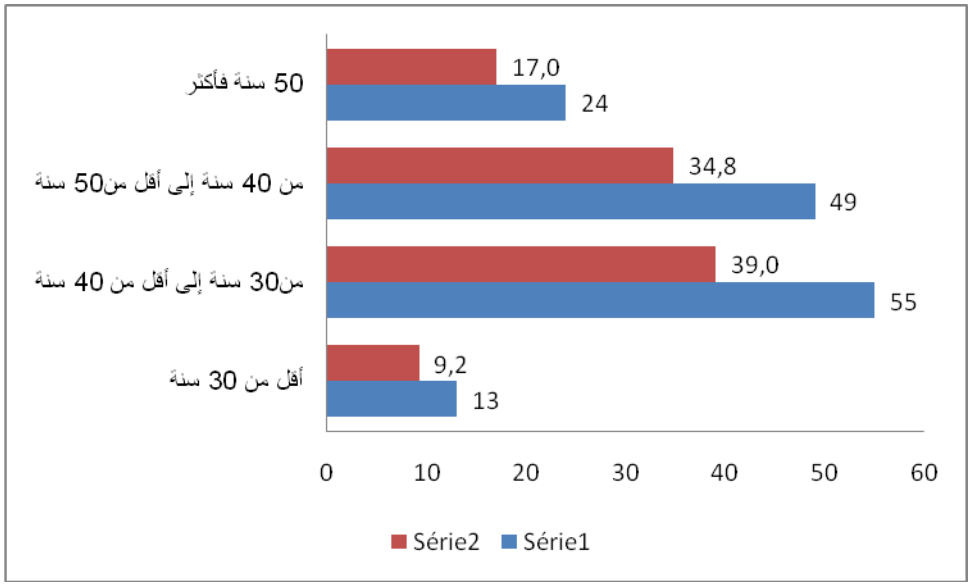
العمر	التكرار	النسبة%
أقل من 30 سنة	13	9.2
من30 إلى أقل من 40 سنة	55	39
من 40 إلى أقل من 50سنة	49	34.8
من50 سنة فأكثر	24	17
المجموع	**141**	**100,0**

المصدر:من إعداد الباحث.

يتضح من نتائج الجدول أن أغلب الفئات العمرية تتراوح بين 30 و 50 سنة بنسبة (73.8 %). حيث يضم المستشفى عددا لا بأس به من الشباب و نسبة معتبرة كذلك من الكهول، وهو ما يعني أن جميعهم يتمتعون بدرجة من الرشاد و العقلانية أثناء تأدية مهامهم، الأمر الذي يستوجب توفير مناخ عمل ملائم يمكّنهم من أداء وظائفهم بكفاءة.

يمكن تمثيل نتائج الجدول السابق كما يلي :

الشكل رقم(03–03): توزيع أفراد العينة حسب العمر



المصدر:من إعداد الباحث.

3.1.تحليل المتغيرات الديمغرافية حسب الوظيفة:

جدول رقم(03– 13): توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

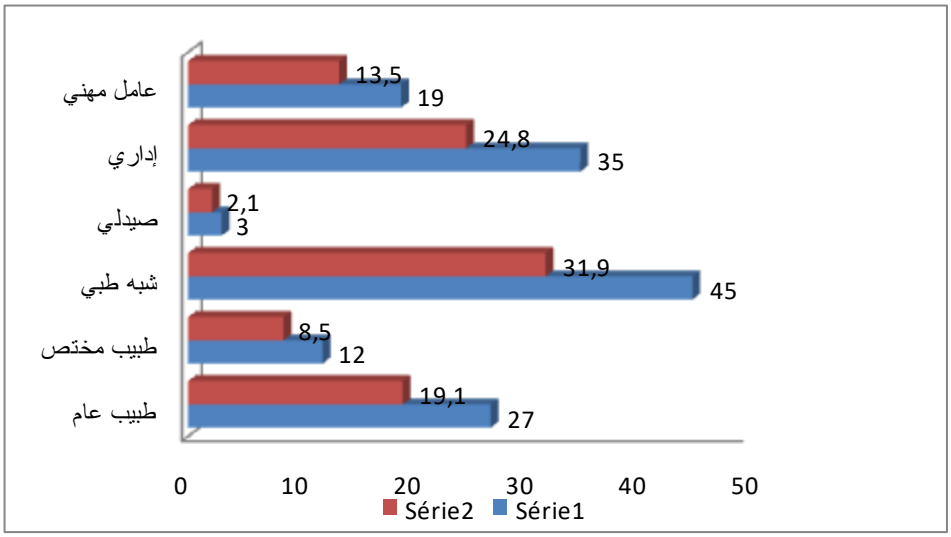
الوظيفة	التكرار	النسبة المئوية
طبيب عام	27	19.1
طبيب مختص	12	8.5
شبه طبي	45	31.9
صيدلي	3	2.1
إداري	35	24.8
عامل مهني	19	13.5
المجموع	141	100,0

المصدر:من إعداد الباحث.

نلاحظ من خلال الجدول (03– 13)، أن 31.9% من عينة الدراسة هم منصب شبه طبي بتكرار 45 موظف، تليه في المرتبة الثانية منصب إداري بنسبة 24.8 % بتكرار بلغ 35 موظف، تليها نسبة 19.1% وهي لفئة منصب طبيب عام بتكرار بلغ 27 طبيب، بعدها نسبة 13.5% وهي لفئة منصب عامل مهني بتكرار 19 عامل. و بعدها طبيب مختص بنسبة 8.5 %و بتكرار بلغ 12 طبيب. و النسبة الأخيرة كانت من نصيب منصب صيدلي بنسبة 2.1 % بتكرار 03 صيادلة. من خلال النتائج السابقة نلاحظ تفاوت النسب بالنسبة للتصنيف في المنصب و ذلك لتعدد المهام و النشاطات بالمستشفى.

يمكن تمثيل نتائج الجدول السابق كما يلي :

الشكل رقم(03–04):توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة.



المصدر:من إعداد الباحث.

4.1.تحليل المتغيرات الديمغرافية حسب الخبرة المهنية:

جدول رقم(03– 14): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية.

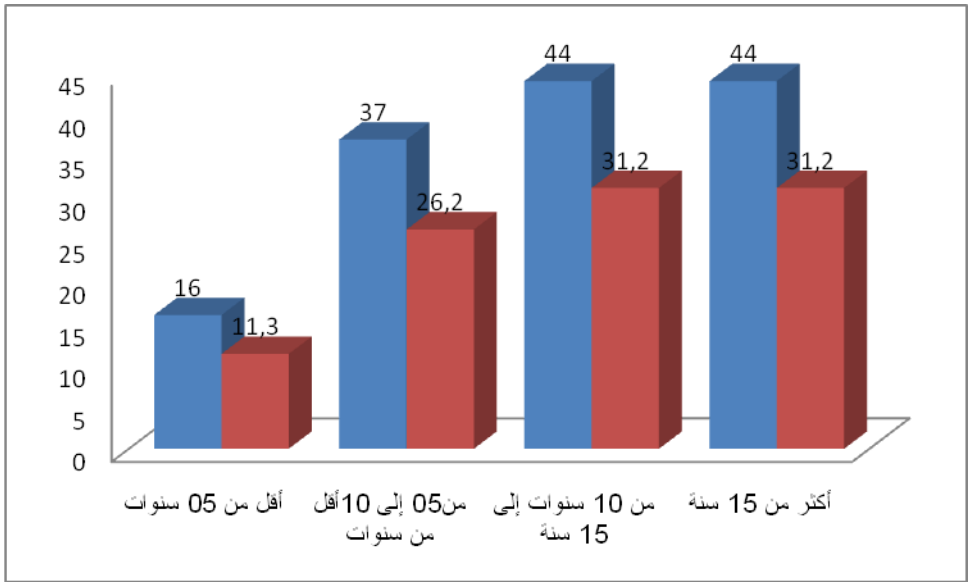
الخبرة المهنية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 05 سنوات	16	11.3
من05 إلى أقل من 10 سنة	37	26.2
من 10سنوات إلى15سنة	44	31.2
أكثر من 15 سنة	44	31.2
المجموع	**141**	**100**

المصدر:من إعداد الباحث.

يشير الجدول (03-14)، أن 31.2% من عينة الدراسة لهم خبرة بنفس القدر لكلى المجموعتين (من 10 سنوات إلى 15سنة وأكثر من 15 سنة) بتكرار 44 موظف، تليه في المرتبة الثانية الفئة التي لها خبرة من 05 إلى أقل من 10 سنة بتكرار37 موظف، بحيث قدرت نسبتهم ب26.2%. أما بالنسبة لعينة الدراسة التي لها خبرة أقل من 05 سنوات فقد بلغت 11.3% بتكرار 16 موظف. ستخلص أن المستشفى العمومي بغليزان يمتلك رصيد معرفي كفئ لذا يستلزم تدريبهم و تلبية كل إحتيجاتهم من وسائل و معدات من أجل الإستثمار في هذه الفئة وتقاسم الخبرات مع الفئات الشبابية الحديثة من أجل تطوير من قدراتهم و معرفتهم.

يمكن تمثيل نتائج الجدول السابق كما يلي :

الشكل رقم(03–05): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية.



المصدر:من إعداد الباحث.

المبحث الثالث: المعالجة الكمية وتحليل النتائج وتفسرها.

يتناول هذا المبحث المعالجة الكمية للبيانات المتحصل عليها من أداة الدراسة، وتحليلها بأساليب إحصائية مناسبة بهدف استخلاص النتائج وتفسيرها في ضوء إشكالية الدراسة وفرضياتها. كما يسعى هذا المبحث إلى إبراز دلالات هذه النتائج ومدى توافقها مع الواقع الميداني، بما يساهم في الوصول إلى استنتاجات دقيقة تدعم موضوع البحث.

المطلب الأول. التحليل الإحصائي لعبارات الإستبيان.

في هذا الجزء، سيتم التطرق إلى تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة، وذلك بهدف التعرف على اتجاهاتهم وآرائهم تجاه محاور الدراسة المختلفة وأبعادها.

1. عرض و تحليل نتائج محور نمط التسيير الإستشفائي.

يخصص هذا المحور لعرض الجداول الإحصائية التي تُبرز إجابات أفراد عينة الدراسة حول أبعاد نمط التسيير الاستشفائي، والمتمثلة في: بعد التخطيط لمواجهة الأزمة، وبعد إدارة الموارد الطبية والبشرية، وبعد اتخاذ القرار، وبعد التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي. كما يهدف إلى عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها، وتفسيرها، واستخلاص الدلالات المرتبطة بها.

1.1.بعد التخطيط لمواجهة الأزمة.

يوضح الجدول التالي بإختصار نتائج تحليل العبارات :

الجدول رقم (03–15):نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد التخطيط لمواجهة الأزمة.

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب	درجة التبني
1	اعتمدت المؤسسة الاستشفائية تخطيطًا استباقيًا لمواجهة الأزمات الصحية، من بينها جائحة كوفيد–19.	3,84	0,89	1	مرتفع
2	تم تحديث خطط الطوارئ بشكل دوري لتتناسب مع تطورات الأزمة.	3,66	0,90	5	مرتفع
3	تم إشراك جميع الأقسام في وضع استراتيجيات لمواجهة الأزمة.	3,69	0,90	3	مرتفع
4	تحديد الأولويات بشكل واضح ومنظم لجميع الأطقم العاملة خلال الأزمة.	3,74	0,85	2	مرتفع
5	تم توجيه الأطقم العاملة بناءً على أولويات محددة ضمن الخطة العامة لإدارة الأزمة.	3,67	0,90	4	مرتفع
6	خضعت الأطقم العاملة بالمؤسسة لتدريبات مسبقة على تنفيذ خطط الطوارئ قبل الأزمة	2,90	1,12	7	متوسط
7	مراجعة وتقييم فعالية الخطط المنتهجة عقب انتهاء الموجة الأولى من الجائحة	3,62	0,88	6	مرتفع
	البعد الأول:التخطيط لمواجهة الأزمة.	3,59	0,92	/	مرتفع

المصدر:من إعداد الباحث

انطلاقا من النتائج الواردة في الجدول أعلاه، يمكننا استخلاص النتائج التالية:

بالنسبة لبعد التخطيط لمواجهة الأزمة فإن القيمة الكلية للمتوسط الحسابي قد بلغت (3.59) بدرجة موافقة مرتفعة، و بإنحراف معياري قدر بـ: (0.92)، مما يعكس اتفاقا واضحا بين أفراد العينة حول هذا البعد بدرجة مرتفعة، الأمر الذي يعطينا توضيح أكثر على ما وجدناه في الإطار النظري للدراسة وذلك بحكم أن التخطيط يُعد من أهم الركائز لإدارة الأزمات الصحية بفعالية ويكون في مقدمات الأعمال، حيث يساعد في تقليل المخاطر، وحسن تسيير وتخصيص الموارد، والمساهمة في تسريع الإستجابة، كما تعزز هذه النتيجة ما أظهرته تجربة الجزائر خلال جائحة كوفيد–19، حيث إعتمدت السلطات الصحية على تفعيل آليات الطوارئ المسبقة وإعادة توجيه الموارد الطبية والبشرية

وتكيفها بسرعة نسبية، رغم التحديات التي واجهتها المنظومة الصحية وهذا ما حدث في المؤسسة الاستشفائية العمومية حسب ما تم إفادتنا به عند القيام بإجراء المقابلة مع طاقم المؤسسة، و نجد من خلال هذا البعد العبارة الأولى كانت لـ:"**اعتمدت المؤسسة الاستشفائية تخطيطًا استباقيًا لمواجهة الأزمات الصحية، من بينها جائحة كوفيد–19.**" بمتوسط حسابي بلغ (3.84) و بإنحراف معياري (0.89) و هذا واضح من خلال إدراك أفراد المؤسسة والمتمثل في الطاقم الطبي والإداري للخطط والجهود المبذولة مسبقا لمواجهة هذه الأزمة الصحية وتشكيل لجنة خلية أزمة لإدارة هذه الأزمة الصحية وهذا أعلمنا به السيد قراصي محمد مدير فرعي للمصالح المشتركة والطبية التابعة لمصلحة الأوبئة والسيد سداك عابد رئيس مكتب الأطباء وما قال به مدير المستشفى السيد ع.م.بدراوي والذي سهر على توفير كل الضروريات والمستلزمات الخاصة بالطاقم الطبي والإداري ومتابعة كل كبيرة وصغيرة حسب ما تم تبليغنا به، وهذا ما عكس نجاحا في الاستعداد المبكر لمواجهة هذه الأزمة الصحية

أخر فقرة كانت من نصيب"**خضعت الأطقم العاملة بالمؤسسة لتدريبات مسبقة على تنفيذ خطط الطوارئ قبل الأزمة**" بمتوسط حسابي (2.9) و بإنحراف معياري (0.88) ما يعني أن أفراد عينة الدراسة موافقة بنسبة متوسطة على نص العبارة ، ويُعزى ذلك إلى أن جائحة كورونا (كوفيد–19) كانت حدثًا صحيًا غير مسبوق، اتسم بسرعة انتشارها واتساع نطاقها، مما صعّب على الطاقم الإداري مواكبة تطورات الأزمة والاستجابة لها بفعالية منذ مراحلها الأولى ، إذ لم يكن هناك وقت كافٍ لإجراء تدريبات شاملة قبل تفشي الفيروسن كما أن المنظومة الصحية في الجزائر رغم جهودها في الاستجابة، إلا أنها واجهت تحديات هيكلية مثل نقص الموارد والتجهيزات بالمستشفى وعدم تفعيل إدارة الأزمات بالمستشفيات ، وهذا ما أثر على القدرة على تنفيذ برامج تدريبية واسعة النطاق مسبقًا، هذا النقص يبرز أهمية تعزيز البرامج التدريبية الدورية والمحاكاة للأزمات في المستقبل، لتكون المؤسسات أكثر جاهزية لمواجهة أي طوارئ صحية قادمة.

وبشكل عام، يؤكد هذا البعد على قوة التخطيط لمواجهة الأزمات، مع الحاجة الملحة إلى سد الفجوات في مجال التدريب والتأهيل لتحقيق استجابة أكثر كفاءة واستدامة والاستفادة من هذه التجربة للازمة الصحية، وهذا ما تم تأكيده لنا عند اجراء المقابلة بأن الطاقم الطبي لم يخضع لخطة الطوارئ ما عدا الاستعانة بخبرات الأطباء بالمستشفيات الكبيرة والتي سبق لهم تجربة التعامل مع الأوبئة و بالخصوص ولاية وهران.

2.1.بعد إدارة الموارد الطبية و البشرية.

يوضح الجدول التالي بإختصار نتائج تحليل العبارات :

الجدول رقم (03–16):نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد إدارة الموارد الطبية و البشرية.

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب	درجة التبني
8	الموارد الطبية متوفرة بشكل كافٍ خلال الأزمة.	3,14	1,211	7	متوسط
9	توزيع الموارد بطريقة تعكس الاحتياجات الفعلية لكل مصلحة داخل المؤسسة.	3,39	1,034	5	متوسط
10	تمت إدارة الموارد البشرية بشكل فعّال للاستجابة لمتطلبات الأزمة.	3,52	1,018	2	مرتفع
11	وُضعت إستراتيجية واضحة لإعادة توزيع الموارد خلال حالات الطوارئ.	3,48	1,025	3	مرتفع
12	تمت ادراة مخزون الأدوية والمستلزمات الطبية بطريقة فعّالة خلال الأزمة.	3,64	1,051	1	مرتفع
13	تم إشراك الأطقم العاملة في وضع آليات توزيع الموارد واتخاذ القرارات ذات الصلة.	3,41	0,957	4	مرتفع
14	تم إخضاع الأطقم العاملة بالمؤسسة لتدريب إضافي على كيفية استخدام المعدات الجديدة مثل أجهزة التنفس الصناعي.	3,21	1,135	6	متوسط
البعد الثاني:إدارة الموارد الطبية والبشرية		3,40	1,06	/	متوسط

المصدر:من إعداد الباحث .

تشير النتائج الواردة في الجدول (03–16)، إلى أن القيمة الكلية للمتوسط الحسابي لبعد **إدارة الموارد الطبية والبشرية** بلغت (3.40) بدرجة موافقة متوسطة، مع انحراف معياري قدره (1.06)، وهو ما يعكس اتفاق آراء العينة حول هذا البعد بدرجة محايدة. وتوضح هذه النتيجة الضعف والنقص الذي شهده الطاقم الطبي بالمستشفى نتيجة التحديات التي واجهت الأطقم الطبية والإدارية في المستشفيات العمومية الجزائرية، وبالمؤسسة محل الدراسة على وجه الخصوص، حيث كانت الموارد الطبية (الأدوية، المستلزمات، أجهزة التنفس) محدودة في البداية، كما تعرضت المؤسسات لضغط هائل على الموارد البشرية بسبب الزيادة المفاجئة في عدد حالات الإصابة، مما أدى إلى إرهاق الأطقم وصعوبة الحفاظ على كفاءة التوزيع والاستخدام الأمثل لهذه الموارد. كما أنه هناك نقص كبير في بداية الأزمة من هذه الناحية بالرغم من المجهودات التي قام بها الطاقم المسير بالمستشفى حسب ما تم إبلاغنا به عند اجراء المقابلة، و نجد من خلال هذا البعد العبارة الأولى كانت لـ "**تمت ادراة مخزون الأدوية والمستلزمات الطبية بطريقة فعّالة**

خلال الأزمة." بمتوسط حسابي بلغ (3.64) وبانحراف معياري (1.05). بدرجة موافقة مرتفعة وهذا راجع لكفاءة الطاقم الإداري في إعادة ترتيب الأولويات وتوزيع المخزون المتوفر بين الأقسام بصورة جيدة وإتباعه يوميا لمدخلات ومخرجات الأدوية في المخزون، ضف إلى الدعم الذي قدمته الجهات الوصية (وزارة الصحة) والمنظمات الدولية والمحلية (كالهلال الأحمر الجزائري) في توفير بعض المستلزمات الحرجة خلال الموجات الأولى والثانية، والتبرعات التي تلقاها المستشفى للتصدي لهذه الأزمة.

أخر فقرة كانت من نصيب"**الموارد الطبية متوفرة بشكل كافٍ خلال الأزمة**."بمتوسط حسابي (3.14) و بإنحراف معياري (1.21) ما يعني أن أفراد عينة الدراسة محايدة على نص العبارة وذلك راجع للضغط الذي شهدته الفترة من إصابات يرجع ذلك بشكل أساسي إلى الضغط الهائل الذي شهده المستشفى خلال ذروة الجائحة، حيث ارتفعت عدد الإصابات بشكل مفاجئ، مما أدى إلى استنفاد سريع للمخزون من الأدوية والمستلزمات الطبية، خاصة أجهزة التنفس الصناعي، الأكسجين المركز، والأدوية المضادة للالتهابات الصدرية، والمستشفى لم يكن مهيأ للضغط الكبير ونسبة المخزون من الدواء لم تكن كبيرة بالرغم من الجهود المبذولة للتصدي لهذه النقائص والتحديات الكبيرة، وهذا ما ما لمسناه من خلال الزيارة الميدانية بالمستشفى والاحتكام مع الأطقم التي سايرت الأزمة(كوفيد–19).

كما تشير النتائج الواردة في الجدول (03–16)، إلى أن العبارات المتعلقة بـ **تمت إدارة الموارد البشرية بشكل فعّال للاستجابة لمتطلبات الأزمة** قد حصلت على تقييمات متفاوتة، إذ بلغ متوسط العبارة تمت إدارة الموارد البشرية بشكل فعّال للاستجابة لمتطلبات الأزمة (3.52)، بينما بلغ متوسط العبارة **وُضعت إستراتيجية واضحة لإعادة توزيع الموارد خلال حالات الطوارئ** (3.48)، وهو ما يعكس تقييمًا مرتفعًا نسبيًا يدل على نجاح في إعادة توزيع الأطقم الطبية وتسخيرها، حيث تم تحويل بعض الأقسام إلى أقسام خاصة بكوفيد–19، وإنشاء أجنحة مخصصة، وتفعيل نظام المناوبات الطويلة مع توفير فندق خاص لإقامتهم دون العودة إلى منازلهم.

في المقابل، أظهرت العبارة **تم إخضاع الأطقم العاملة بالمؤسسة لتدريب إضافي على كيفية استخدام المعدات الجديدة مثل أجهزة التنفس الصناعي** متوسطًا قدره (3.21)، وهو تقييم متوسط يشير إلى أن الأطقم تعاملت غالبًا مع المعدات الجديدة دون تدريب كافٍ، واعتمدت على التعلم أثناء العمل، الأمر الذي أدى في بعض الحالات إلى زيادة الضغط النفسي والجسدي على الطاقم الطبي.

وبشكل عام فإن بعد إدارة الموارد الطبية والبشرية قد حقق نجاحا نسبيا في بعض الجوانب خلال جائحة كوفيد–19 بالرغم من شدة الأزمة وقلت الإمكانيات إلا أنه عانى من نقص في الطاقم المؤهل ومن الاستعداد والتدريب المسبق،

مما يؤكد الحاجة إلى تفعيل إدارة الأزمات على مستوى المستشفى والاعتماد على برامج تدريبية دورية للأطقم الطبية والاستفادة وأخذ الدروس من هذه الأزمة الصحية للتعامل مع أزمات صحية مستقبلا بكفاءة.

3.1.بعد اتخاذ القرار:يوضح الجدول التالي باختصار نتائج تحليل العبارات .

الجدول رقم (03–17):نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد اتخاذ القرار.

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب	درجة التبني
15	اتّسمت قرارات الإدارة أثناء الأزمة بالوضوح والدقة.	3,60	0,870	3	مرتفع
16	اتُّخذت القرارات بالسرعة اللازمة لمواكبة متطلبات وتحديات الأزمة.	3,65	0,903	1	مرتفع
17	تم إشراك الأطقم الطبية في عملية اتخاذ القرار.	3,63	0,906	2	مرتفع
18	اعتمدت القرارات المتخذة خلال الأزمة على بيانات موثوقة ومعلومات دقيقة.	3,52	0,907	6	مرتفع
19	تمت إدارة الضغوط الإدارية بكفاءة خلال عمليات اتخاذ القرار أثناء الأزمة.	3,57	0,935	5	مرتفع
20	تم توثيق القرارات ومراقبة تنفيذها بشكل منهجي لضمان فعاليتها وتحقيق الأهداف المرجوة.	3,59	0,854	4	مرتفع
21	تم تحليل نتائج القرارات المتخذة للاستفادة منها في تطوير الأداء المستقبلي.	3,50	0,883	7	مرتفع
البعد الثالث:اتخاذ القرار.		3,58	0,89	/	مرتفع

المصدر:من إعداد الباحث .

تشير النتائج الواردة في الجدول أعلاه إلى ما يلي:

بالنسبة لبعد اتخاذ القرار.فإن القيمة الكلية للمتوسط الحسابي قد بلغت (3.58) بدرجة موافقة مرتفعة، و بانحراف معياري قدر بـ: (0.89)، ما يعني اتفاق أراء العينة حول هذا البعد بدرجة مرتفعة، توضح لنا هذه النتيجة قوة التواصل الأفقي بين رؤساء الأقسام و العمودي بين الرئيس و من هم أدنى منه مستوى اتصالا نازلا و ذلك بتطبيق الأوامر و صاعدا بإيصال مختلف العوائق و الشكاوي وهذا يدل ان التزام الطاقم الطبي والإداري بتطبيق التعليمات وأداء المهام الموكلة إليه وان بيئة العمل منضبطة ومسؤولة وواعية بحجم الخطورة وهذا ما تم إبلاغنا به في المستشفى كما ساهم في تقليل الفوضى وتداخل المهام خاصة في الضغط الشديد الذي شهده المستشفى أثناء الجائحة.

ونجد من خلال هذا البعد العبارة الأولى كانت ل ''**اتُّخذت القرارات بالسرعة اللازمة لمواكبة متطلبات وتحديات الأزمة.**" بمتوسط حسابي بلغ (3.65) وبانحراف معياري (0.903). بدرجة موافقة مرتفعة وهذا ما يجعل الموظفين يعملون في جو أكثر انضباط وبكل فعالية، أخر فقرة كانت من نصيب"**تم تحليل نتائج القرارات المتخذة للاستفادة منها في تطوير الأداء المستقبلي.**"بمتوسط حسابي (3.5) وبانحراف معياري (0.88) ما يعني أن أفراد عينة الدراسة محايدة على نص. يرجع ذلك إلى أن المؤسسة الاستشفائية، في ظل الضغوطات اليومية الهائلة والموارد المحدودة، ركزت بشكل أساسي على الاستجابة الفورية وإدارة الأزمة فقط ، دون الاهتمام بجانب التقييم والتحليل، حيث ركزت على احتواء المشكلات اليومية وحلها ومعالجة المرضى بدلا من مراجعات منهجية شاملة للقرارات بعد انتهاء كل موجة كما القرارات كانت مركزية تأتي على شكل تعليمات فوقية مع إلزامية تطبيقها دون مراجعتها، وهذا ما أدى إلى ضعف الاستفادة من الدروس التي تم أخذها من هذه الأزمة كما وجب إعادة النظر في مركزية القرارات وإعطاء نوع من اللامركزية للمؤسسات الصحية خاصة الكبيرة من اجل اتخاذ القرارات المناسبة وحتي يكون هناك تقييم شامل للقرارات المتخذة، وهذا النقص يعكس حاجة ملحة إلى تعزيز ثقافة التقييم والتعليم التنظيمي داخل المؤسسات الصحية، من خلال إنشاء آليات رسمية لتحليل القرارات وتوثيق الدروس المستفادة بعد كل أزمة.

وبشكل عام، يُظهر هذا البعد نجاحًا ملحوظًا في سرعة اتخاذ القرارات والتواصل الداخلي خلال الأزمة، لكنه يكشف عن نقص في الجانب التقييمي والتطويري، مما يؤكد أهمية دمج آليات التقييم والتعلم من الازمات في نموذج إدارة الأزمات المستقبلي لضمان الاستجابة السريعة والكفاءة العالية في اداء المؤسسات الصحية عند وقوع الأزمات.

4.1.بعد التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي.

يوضح الجدول التالي بإختصار نتائج تحليل العبارات :

الجدول رقم (03–18):نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي.

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب	درجة التبني
22	تميز التواصل بين الأقسام في المؤسسة بالكفاءة والفعالية خلال فترة الأزمة	3,57	0,896	5	مرتفع
23	آليات التواصل بين الإدارة والأطقم العاملة متاحة بشكل منتظم وفعّال داخل المؤسسة خلال الأزمة.	3,74	0,825	1	مرتفع
24	تلقت الأطقم العاملة المستجدات المتعلقة بالأزمة بشكل دوري ومنتظم.	3,69	0,812	2	مرتفع
25	التنسيق بين المؤسسة الاستشفائية والجهات الصحية الخارجية كان جيدا.	3,50	0,899	6	مرتفع
26	اتّسم توزيع المهام بين أقسام المؤسسة بالوضوح والتنظيم خلال الأزمة.	3,67	0,922	4	مرتفع
27	واجهت المؤسسة الشائعات والمعلومات المغلوطة بفعالية.	3,45	1,038	7	مرتفع
28	ساهمت الأطقم العاملة بالمؤسسة في معالجة الإشكالات المرتبطة بالتنسيق بين مختلف المصالح.	3,67	0,858	3	مرتفع
البعد الرابع:التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي		3,61	0,89	/	مرتفع

المصدر:من إعداد الباحث اعتمادا .

تُظهر النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي الكلي لبُعد التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي بلغ (3.61)، بما يعكس درجة موافقة مرتفعة لدى أفراد عينة الدراسة، بينما بلغ الانحراف المعياري (0.89)، مما يدل على وجود قدر من التقارب والانسجام في استجابات أفراد العينة تجاه فقرات هذا البعد. كما تعكس هذه النتيجة واقع المؤسسة الاستشفائية، حيث نجحت في إنشاء وبناء قنوات اتصال وتواصل داخلية فعّالة، وذلك من خلال استحداث أجنحة مخصصة للتكفل بمرضى كوفيد–19، وتسخير مختلف الأطقم الطبية والإدارية، وتعزيز التنسيق والتواصل بين الأقسام المختلفة، فضلاً عن ضمان الاطلاع المستمر على التعليمات الصادرة عن الوزارة الوصية والبروتوكولات الصحية الواجب الالتزام بها. وقد أسهمت هذه الإجراءات في تعزيز التنسيق بين مختلف الأقسام، والحد من التداخل في المهام، وتسريع تدفق المعلومات في ظل الضغط الشديد الذي شهدته تلك الفترة. كما تعكس هذه

النتيجة قدرة الإدارة على الحفاظ على تماسك الفريق الطبي والإداري رغم الظروف الاستثنائية التي فرضتها الجائحة، وهو ما يُعد أحد أبرز العوامل التي أسهمت في نجاح إدارة هذه الأزمة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف بغليزان.

أما على مستوى عبارات هذا البعد، فقد جاءت العبارة الأولى لـ "**آليات التواصل بين الإدارة والأطقم العاملة متاحة بشكل منتظم وفعّال داخل المؤسسة خلال الأزمة.**" بمتوسط حسابي بلغ (3.74) و بانحراف معياري (0.825) .بدرجة موافقة مرتفعة و هذا ما يجعل الموظفين يتقدمون بجميع أرائهم و مقترحاتهم من أجل الوصول لأهداف تخدم المستشفى، وفي المقابل جاءت العبارة الأخيرة من نصيب العبارة التي تنص على "**واجهت المؤسسة الشائعات والمعلومات المغلوطة بفعالية.**" بمتوسط حسابي (3.45) و بانحراف معياري (1.038) مما يعني أن أفراد عينة الدراسة موافقة بنسبة مرتفعة على الكفاءة و المهنية العالية التي واجهوا بها الأزمة ولكن أقل نسبيًا مقارنة بباقي العبارات، ويرجع ذلك إلى أن الجائحة شهدت انتشارًا واسعًا للشائعات والمعلومات المضللة (خاصة عبر وسائل التواصل الاجتماعي) وبعض المواقع بالإضافة إلى اللامبالاة التي تميز بها بعض الأفراد وأنها ليس إلا سياسة عالمية قصد الوصول إلى غايات ، مما جعل المؤسسة تواجه صعوبة في التصدي لهذه الشائعات بفعالية كاملة، نظرًا لضعف القدرات الإعلامية المتخصصة داخل المستشفى وضعف الرقمنة ، والاعتماد الرئيسي على التواصل الداخلي أكثر من التواصل الخارجي مع الجمهور، ورغم الجهود المبذولة من قبل الإدارة والأطقم في توضيح المعلومات للمرضى والمرافقين ومحاولة نشر الوعي بين المواطنين، إلا أن محدودية الوسائل المتاحة لمكافحة الشائعات أثرت على فعالية هذا الجانب وهو ما اثر على صورة ومصداقية الإحصائيات الخاصة بالكوفيد–19 الصادرة عن المؤسسة الصحية لغليزان.

استنادًا إلى النتائج المتحصل عليها في وصف الأبعاد الفرعية لمتغير المستقل **نمط التسيير الاستشفائي** والمتمثلة في (التخطيط لمواجهة الأزمة، إدارة الموارد الطبية والبشرية، اتخاذ القرار، التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي)، يتضح أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان تُظهر مستوى عالٍ من الاهتمام والإدراك بهذا المتغير وبأبعاده الفرعية، غير أن هذا الاهتمام يختلف من بعد لآخر. ويوضح الجدول رقم (03–18) هذه الفروقات، حيث تتباين درجات التقييم بين الأبعاد بما يعكس تميز بعض الجوانب بفاعلية أكبر مقارنة بغيرها، وهو ما يسمح بتحديد نقاط القوة والضعف في نمط التسيير الاستشفائي داخل المؤسسة.

5.1.المؤشر الكلي لمحور نمط التسيير الاستشفائي.

يوضح الجدول (03-19) الموالي، بإختصار ، نتائج تحليل المؤشر الكلي لمحور نمط التسيير الاستشفائي.

الجدول رقم (03–19): وصف المؤشر الكلي لمحور نمط التسيير الاستشفائي.

المتغير	الأبعاد	الوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة التبني	الترتيب
نمط التسيير الإستشفائي	التخطيط لمواجهة الأزمة.	3.59	0.92	مرتفعة	2
	إدارة الموارد الطبية والبشرية.	3.40	1.06	متوسط	4
	اتخاذ القرار	3.58	0.89	مرتفعة	3
	التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي	3.61	0.89	مرتفعة	1
المؤشر الكلي		**3.55**	**0.94**	**مرتفعة**	**–**

المصدر:من إعداد الباحث .

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا ترتيب أبعاد متغير نمط التسيير الإستشفائي بالنسبة لعينة الدراسة، حيث كانت كل درجات الموافقة (مرتفعة)، بمتوسطات حسابية أعلاها (3.61) لبعد (التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي) وأدناها (3.40) لبعد (إدارة الموارد الطبية والبشرية)؛ بينما أخذ بعد (التخطيط لمواجهة الأزمة) المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.59) والترتيب الثالث كان من نصيب بعد (اتخاذ القرار) بمتوسط حسابي (3.58). كما أن الفرق بين المتوسطات لم يصل لدرجات عالية مما يدل على تجانس آراء المستجوبين حول المتغير المستقل (نمط التسيير الاستشفائي)، حيث جاء المؤشر الكلي بقيمة المتوسط الحسابي قدرها (3.55) للمتغير ومع انحراف معياري (0.94)، وهو ما يعد درجة مرتفعة.

وبصفة عامة، تؤكد هذه النتيجة أن المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد بوضياف بغليزان اعتمدت نمط تسيير استشفائي اتسم بقدر مرتفع من الفعالية خلال مواجهة جائحة كوفيد-19، حيث أولت اهتمامًا بالجوانب التنظيمية والتخطيطية والتواصلية، بما مكّنها من التعامل مع مختلف التحديات التي فرضتها الأزمة الصحية.

كما أظهرت النتائج أن بُعد التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي جاء في المرتبة الأولى بين أبعاد نمط التسيير الاستشفائي، وهو ما يعكس قدرة المؤسسة على ضمان انسيابية تدفق المعلومات وتعزيز التنسيق بين مختلف الأقسام والأطقم الطبية والإدارية، بما أسهم في حسن تسيير المرحلة الحرجة التي شهدتها الجائحة. ويُعزى ذلك إلى الجهود التي بذلتها الإدارة من خلال تفعيل اجتماعات خلية الأزمة بصفة دورية، والمتابعة المستمرة للتعليمات والتوجيهات والمراسيم الصادرة عن الوزارة الوصية، مع الحرص على تطبيق البروتوكولات الصحية المعتمدة، الأمر الذي عزز تماسك الفريق الطبي والإداري وساهم في رفع مستوى جاهزية المؤسسة خلال فترة الأزمة.

يليه بُعد **التخطيط لمواجهة الأزمة**، الذي جاء في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (3.59)، بما يعكس نجاح نسبي في الاستعداد المسبق وتفعيل خطط الطوارئ، كتخصيص أجنحة خاصة بكوفيد-19، إلغاء بعض العمليات غير الضرورية، والتركيز على المصابين بالفيروس، مع الاعتماد على البروتوكولات الوطنية والتدابير الوقائية وإعادة ترتيب الأولويات بسرعة لمواجهة الأزمة.

وأما **اتخاذ القرار** فقد حصل على متوسط (3.58)، وهو ما يشير إلى قدرة جيدة على اتخاذ قرارات سريعة وواضحة من طرف الطاقم المسير خلال هذا الظرف الاستثنائي، مع إشراك الأطقم العاملة في بعض الحالات، مما انعكس إيجابًا على التعامل مع الحالات الطارئة، إضافة إلى الالتزام الكبير بتطبيق التعليمات الوزارية والمراسيم التنفيذية الخاصة بالجائحة.

في المقابل، جاء بعد **إدارة الموارد الطبية والبشرية** في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.40) وانحراف معياري (1.06)، وهو ما يعكس ضعفًا نسبيًا في هذا البعد نتيجة الضغط الهائل الناجم عن الزيادة المفاجئة في عدد الإصابات، ونقص الموارد الطبية في بعض المراحل (خاصة أجهزة التنفس والأكسجين) التي تحولت إلى أزمة وطنية، فضلًا عن إرهاق الأطقم البشرية وإصابة بعض أفرادها، إضافة إلى غياب التدريب المسبق على المعدات الجديدة. هذه النتيجة تتماشى مع الواقع الوطني خلال الجائحة، حيث واجهت الجزائر تحديات كبيرة في سلاسل التوريد بسبب الغلق الدولي وتوقف مصانع الأدوية، وهو ما انعكس سلبًا على المؤسسات الصحية ومنها مستشفى غليزان، بالرغم من جهود الدولة والتضامن الوطني في تعبئة الموارد وإعادة توزيعها.

ومن خلال النتائج المحصل عليها يتبن أن نمط التسيير الاستشفائي في المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان كان فعّالاً نسبيًا خلال أزمة كوفيد-19، حيث كان هناك تفوق واضح في الجوانب التنظيمية والتواصلية والتخطيطية، بينما كشفت الأزمة على حاجة المؤسسة إلى تعزيز إدارة الموارد المادية والبشرية، من خلال استراتيجية توظيف أكبر وتعزيز المخزون الطبي بالإضافة إلى الإستعانة بخبرات ذات كفاءة من أجل المساهمة في تطوير كفاءة الطاقم الطبي والإداري وإعداد برامج تدريبية دورية للأطقم، وتفعيل إدارة الأزمات ، بهدف تعزيز مرونة وكفاءة التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمات الصحية المستقبلية.

2.عرض و تحليل نتائج محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19

يتناول هذا المحور عرض وتحليل الجداول الإحصائية الخاصة بإجابات أفراد عينة الدراسية حول أبعاد محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19 والمتمثلة في (بعد فعالية الاستجابة للأزمة – بعد جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي– بعد إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل– بعد التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية).

1.2.بعد فعالية الاستجابة للأزمة.

يوضح الجدول التالي بإختصار نتائج تحليل العبارات :

الجدول رقم (03–20):نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد فعالية الاستجابة للأزمة.

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب	درجة التبني
1	استجابت المؤسسة الاستشفائية بسرعة كافية لمواجهة تحديات أزمة كوفيد–19	3,82	0,966	3	مرتفع
2	استُخدمت آليات فعالة لضمان استمرارية الخدمات رغم تزايد أعداد المرضى.	3,92	0,793	2	مرتفع
3	كانت الاستجابة مرنة بما يكفي للتكيف مع تطورات الأزمة.	3,66	0,852	5	مرتفع
4	إدارة وتحديد الحالات الحرجة خلال الأزمة جرى بفعالية.	3,53	1,093	6	مرتفع
5	كانت هناك آليات واضحة لمتابعة تنفيذ الإجراءات أثناء الأزمة.	3,71	0,914	4	مرتفع
6	التعامل مع التحديات الطارئة (مثل نقص الأسرّة أو المعدات) اتّسم بالفعالية.	3,49	1,060	7	مرتفع
7	ساهمت جهود الأطقم العاملة في الحد من الفوضى التشغيلية أثناء الأزمة.	3,99	0,837	1	مرتفع
البعد الأول:فعالية الاستجابة للأزمة		3,73	0,93	/	مرتفع

المصدر:من إعداد الباحث اعتمادا .

من خلال الجدول (03–20)، يتبن أن القيمة الكلية للمتوسط الحسابي لبعد **فعالية الاستجابة للأزمة** بلغت (3.73) بدرجة موافقة مرتفعة، مع انحراف معياري قدره (0.93)، وهو ما يعكس اتفاق آراء العينة بدرجة عالية حول هذا المحور. وتشير هذه النتيجة إلى أن الموظفين شعروا بارتباط وولاء كبير تجاه المسؤوليات المخولة لهم، حيث سجلت العبارة **ساهمت جهود الأطقم العاملة في الحد من الفوضى التشغيلية أثناء الأزمة** أعلى متوسط (3.99) بانحراف معياري (0.84)، وهو ما يفسر الالتزام الكبير والمهنية العالية التي أبدتها الأطقم الطبية والإدارية، من خلال زيادة ساعات العمل إلى أوقات متأخرة لتدارك النقص، والسهر على تطبيق البروتوكولات الصحية والإجراءات الوقائية، والحفاظ على تنظيم العمل داخل الأقسام رغم غياب خطة مسبقة ومدروسة لمواجهة الأزمة. هذا الأداء يعكس روح الفريق والتكيف السريع مع الواقع الميداني، ويؤكد أن العنصر البشري كان العامل الأساسي في الحد من الفوضى التشغيلية واستمرار تقديم الخدمات داخل المستشفى.

أما أدنى متوسط فقد كان للعبارة **التعامل مع التحديات الطارئة مثل نقص الأسرّة أو المعدات** بمتوسط (3.49) وانحراف معياري (1.06)، وهو ما يشير إلى موافقة متوسطة مع تباين في الآراء. ويرجع ذلك إلى التحديات والضغوطات التي واجهتها المؤسسة، مثل نقص الأسرّة في العناية المركزة، واستنفاد مخزون الأكسجين والأدوية في بعض المراحل، وصعوبة التعامل مع الزيادة المفاجئة في عدد الحالات الحرجة. ورغم الجهود المبذولة في إعادة توزيع الموارد وتحويل أقسام إلى أجنحة مخصصة لكوفيد-19، إلا أن الضغط الهائل على المؤسسة أدى إلى تقييم أقل في فعالية التعامل مع هذه التحديات.

ومع ذلك، فإن وجود فئة كبيرة من الأطقم ذات خبرة ميدانية طويلة شكل نقطة قوة، حيث ساهمت في نقل المعرفة والخبرات إلى الأطقم الأقل خبرة، مما ساعد على التكيف مع الوضع السائد والحد من التداعيات السلبية للأزمة داخل المستشفى.

وبشكل عام تؤكد نتائج هذا البعد أن فعالية الاستجابة لأزمة كوفيد-19 في المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان كانت مرتفعة، ويعود الفضل الأكبر في ذلك إلى جهود الأطقم العاملة وتفانيها، رغم وجود بعض التحديات المرتبطة بنقص الموارد والتجهيزات، وهذه النتيجة تبرز كفاءة الأطقم العاملة بالمستشفى خاصة الفئة ذات المعرفة والخبرات الكبيرة والتي لعبت دورا في مساعدة العناصر الأقل خبرة وهذا ما جعل المؤسسة أكثر استجابة وأكثر كفاءة ومرونة في مواجهة هذا الجائحة العالمية.

2.2.بعد جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي.

يوضح الجدول التالي بإختصار نتائج تحليل العبارات :

الجدول رقم (03-21):نتائج استجابات أفراد العينة لبعد جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي.

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب	درجة التبني
8	تم تقديم رعاية صحية عالية الجودة لمرضى كوفيد-19 خلال الأزمة بالمؤسسة.	3,78	1,015	1	مرتفع
9	الاستجابة لحاجة المؤسسة من الموارد الطبية (كالأدوية والمعدات) كانت مناسبة وكافية.	3,5	1,187	5	مرتفع
10	الالتزام بالبروتوكولات الصحية الدولية أثناء تقديم الرعاية بالمؤسسة خلال الازمة.	3,73	0,977	2	مرتفع
11	تم توفير دعم تشغيلي كافٍ (مثل التوجيهات أو التدريب) للأطقم العاملة بالمؤسسة.	3,04	1,149	7	مرتفع
12	التعامل مع التحديات اللوجستية جرى بفعالية لدعم جودة الرعاية بالمؤسسة.	3,61	0,876	3	مرتفع
13	كانت هناك شفافية في تقارير جودة الرعاية المقدمة للأطقم العاملة بالمؤسسة.	3,57	1,009	4	مرتفع
14	استفاد العاملون من دورات تدريبية ساهمت في رفع كفاءة تقديم الرعاية الصحية	3,12	1,156	6	مرتفع
البعد الثاني:جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي		3,48	1,05	/	مرتفع

المصدر:من إعداد الباحث

توضح النتائج الواردة في الجدول أعلاه إلى ما يلي :

بالنسبة لبعد **جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي** فإن القيمة الكلية للمتوسط الحسابي قد بلغت (3.48) بدرجة موافقة مرتفعة، وبانحراف معياري قدر ب (1.05)، ما يعني اتفاق آراء العينة حول هذا البعد بدرجة مرتفعة، وتعكس هذه النتيجة إدراك الموظفين للدور المحوري الذي لعبته المؤسسة في ضمان استمرارية وجودة الخدمات الصحية خلال جائحة كوفيد-19، كما تدل على مستوى عالٍ من الإرتباط المهني والولاء الوظيفي تجاه المسؤوليات المخولة لهم، خاصة في ظل الضغط المتزايد وحساسية المهام المرتبطة بإدارة الأزمة الصحية.

حيث سجلت العبارة كان للعبارة (**تم تقديم رعاية صحية عالية الجودة لمرضى كوفيد–19 خلال الأزمة بالمؤسسة**) أعلى متوسط حسابي بلغ (4.41) وبانحراف معياري (0.57) وهو ما يعكس إتفاقا كليا للطاقم العامل بالمؤسسة الاستشفائية حول جودة الرعاية الصحية المقدمة في فترة كورونا. كما يدل هذا الإرتفاع على فعالية التنظيم الداخلي للمؤسسة أثناء هذه المرحلة ، ومدى إلتزام الطواقم العاملة بالمؤسسة بتطبيق البروتوكولات الصحية والعلاجية التي تم تحديدها من قبل الدولة ، إضافة إلى حسن إستغلال الموارد المتاحة والمحافظة على المعدات الطبية من طرف الفريق المسير وفريق العمل بالمؤسسة، ضف إلى ذلك تحسين ظروف العمل والرفع من مستوى الأداء لتقديم الرعاية وجودة التكفل بالمرضى داخل المستشفى وهذا ما تم إبلاغنا من طرف محمد قراصي رئيس المصالح الصحية وسداك عابد رئيس مكتب الأطباء بالمستشفى بأن المؤسسة سهرت على الاستعمال الأمثل للموارد المتاحة خاصة في ظل الأزمة الصحية والضغوط الكبيرة التي واجهت الطاقم العامل بالمستشفى .

تشير النتائج الواردة في الجدول اعلاه إلى أن أدنى متوسط كان للعبارة **تم توفير دعم تشغيلي كافٍ** (مثل التوجيهات أو التدريب) للأطقم العاملة بالمؤسسة بمتوسط (3.78) وانحراف معياري (1.015). وعلى الرغم من بقاء هذا المتوسط ضمن مستوى الموافقة المرتفعة، إلا أنه يعكس وجود فجوة نسبية بين مستوى الدعم التشغيلي المقدم وتوقعات العاملين، حيث أبدى الموظفون رغبة في مزيد من التكوين والتأطير المستمر لتعويض النقائص المرتبطة بنقص الأطقم العاملة. ويُفسَّر ذلك بخصوصية الأزمة الصحية التي فرضت الحاجة إلى تقنيات جديدة ومعارف إضافية وزيادة المهارات لمواكبة المستجدات العلمية وأنماط التسيير الحديثة.

ما يميز الأطقم العاملة وأفراد العينة هو وجود فئة كبيرة ذات خبرة معتبرة في المجال الصحي، وهو ما ساعد على التكيف مع متطلبات المرحلة الحرجة ومسايرة الوضع الوبائي. غير أن هذه الفئة، بحكم خبرتها، كانت أكثر وعيًا بأهمية الدعم التشغيلي باعتباره عاملًا أساسيًا في تعزيز جودة الأداء وضمان استمرارية الرعاية الصحية، خاصة في ظروف الأزمة غير المسبوقة، مع ضرورة الإستفادة من هذه التجربة في مواجهة أزمات مستقبلية.

وبشكل عام، تؤكد النتائج أن المؤسسة الاستشفائية لولاية غليزان نجحت إلى حد كبير في تحقيق مستوى مرتفع من **جودة الرعاية الصحية** خلال أزمة كوفيد–19 بالرغم من التحديات الكبيرة، إلا أنها بحاجة إلى تعزيز آليات الدعم التشغيلي، خصوصًا في مجال التكوين المستمر، تطوير المهارات، وزيادة التدريب، بما يرفع جاهزية الموارد البشرية لمواجهة أزمات صحية مستقبلية بكفاءة أكبر.

3.2.بعد إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل:

يوضح الجدول التالي بإختصار نتائج تحليل العبارات :

الجدول رقم (03-22):نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل.

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب	درجة التبني
15	تحديد المخاطر المرتبطة بكوفيد-19 (مثل العدوى) بدقة في المؤسسة.	3,84	0,968	1	مرتفع
16	وضع خطة واضحة لإدارة المخاطر التشغيلية بالمؤسسة خلال الأزمة.	3,72	0,848	3	مرتفع
17	تأمين الكمية اللازمة من معدات الوقاية الشخصية كأدوات التعقيم الفعالة للأطقم العاملة بالمؤسسة لضمان سلامتهم أثناء تأدية مهامهم.	3,46	1,143	7	مرتفع
18	التعامل مع نقص الموارد الطبية بفعالية لضمان سلامة الأطقم العاملة بالمؤسسة.	3,63	0,929	6	مرتفع
19	كانت هناك خطط طوارئ بالمؤسسة للتعامل مع تفاقم الأزمة.	3,67	0,937	4	مرتفع
20	توثيق الحوادث أو المخاطر وتحليلها من أجل تفاديها ولتحسين الأداء بالمؤسسة.	3,79	0,850	2	مرتفع
21	إشراك الأطقم العاملة في مناقشة تدابير إدارة المخاطر بالمؤسسة.	3,64	1,016	5	مرتفع
	البعد الثالث:إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل	3.98	0.96	/	مرتفع

المصدر:من إعداد الباحث

توضح النتائج الواردة في الجدول أعلاه إلى ما يلي :

بالنسبة لبعد **إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل** فإن القيمة الكلية للمتوسط الحسابي قد بلغت (3.98) بدرجة موافقة مرتفعة، وبانحراف معياري قدر بـ (0.96)، ما يعني اتفاق أراء العينة حول هذا البعد بدرجة مرتفعة، توضح النتيجة أن الموظفين تشير النتائج إلى أن الموظفين يتمتعون بثقة كبيرة في قدرة المؤسسة على تحديد المخاطر المرتبطة بجائحة كوفيد-19 وإدارتها بشكل فعّال، إضافة إلى وجود حرص واضح على سلامة الأطقم العاملة والالتزام بالحفاظ على بيئة عمل آمنة رغم التحديات والنقائص التي واجهتها المؤسسة خلال الأزمة. هذا يعكس وعيًا تنظيميًا بأهمية إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل كعنصر أساسي في ضمان استمرارية الأداء وجودة الخدمات الصحية في الظروف الاستثنائية.

وفيما يخص أعلى متوسط كان للعبارة (**تحديد المخاطر المرتبطة بكوفيد–19 (مثل العدوى) بدقة في المؤسسة**) بمتوسط حسابي بلغ (3.84) و بانحراف معياري (0.97) ، وذلك بدرجة موافقة مرتفعة جدً، وهذا ما يعكس نجاح المؤسسة في تحديد المخاطر التي قد تصيب الأطقم العاملة كخطر العدوى بالفيروس والمرضى وهذا منذ بداية ظهور الجائحة، وكان ذلك من خلال تفعيل بروتوكولات الوقاية والتعقيم بشكل اليومي، حيث أظهرت الأطقم العاملة بالمؤسسة التزاما واضحا بالبروتوكولات (ارتداء الكمامات، التباعد، التعقيم المستمر)، وهذا ما ساعد في الحد من انتشار الفيروس داخل المؤسسة نفسها ومنع تفاقم الإصابات بين الأطقم الطبية والإدارية العاملة والحفاظ على سلامتهم الصحية والجسدية.

تشير النتائج إلى أن أدنى متوسط كان للعبارة **تأمين الكمية اللازمة من معدات الوقاية الشخصية كأدوات التعقيم الفعالة للأطقم العاملة بالمؤسسة لضمان سلامتهم** أثناء تأدية مهامهم بمتوسط (3.98) وانحراف معياري (0.96). ورغم أن هذا المتوسط يقع ضمن مستوى الموافقة المرتفعة، إلا أنه يعكس موافقة متوسطة إلى حد ما مع تباين واضح في الآراء. ويُفسَّر ذلك بالتحديات اللوجستية التي واجهتها المؤسسة في بداية الجائحة، حيث عانت من نقص حاد في معدات الوقاية (كالكمامات، القفازات، السترات الواقية، ومواد التعقيم)، مما اضطر الأطقم إلى إعادة استخدام بعض المعدات أو مواجهة تأخير في توفير الكميات الكافية خلال بعض الفترات.

ورغم الجهود اللاحقة لتعزيز المخزون عبر الدعم الوطني والتبرعات، ظل الضغط كبيرًا على الأطقم العاملة، وأحيانًا كان هناك نقص أو انعدام في المعدات، وهو ما أثر على فعالية أداء مهامهم وأضعف مستوى سلامة بيئة العمل خلال الأزمة.

وبشكل عام، تؤكد النتائج أن إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل في المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان كانت **فعالة نسبيًا** خلال أزمة كوفيد–19، حيث نجحت في تحديد المخاطر وتطبيق الإجراءات الوقائية لضمان سلامة الأطقم، لكنها واجهت صعوبات في تأمين معدات الوقاية بشكل مستمر وكافٍ. وهذا ما يبرز الحاجة إلى وضع خطط أكثر شمولية لإدارة المخاطر، مع إشراك الأطقم العاملة في صياغة التدابير وتطوير آليات للتعامل مع الأزمات الصحية المستقبلية.

4.2.بعد التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية:

يوضح الجدول التالي بإختصار نتائج تحليل العبارات :

الجدول رقم (03-23):نتائج إستجابات أفراد العينة لبعد التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية.

رقم العبارة	العبارة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الترتيب	درجة التبني
22	التنسيق بين المؤسسة الاستشفائية والجهات الصحية الخارجية (مثل مديرية الصحة) كان فعالاً خلال أزمة كوفيد-19.	3,67	1,05	2	مرتفع
23	توفير الموارد الطبية (مثل اللقاحات أو المعدات) بسرعة من خلال التعاون مع الجهات الصحية الخارجية.	3,57	1,091	7	مرتفع
24	كانت هناك قنوات اتصال واضحة مع الجهات الصحية الخارجية لإدارة الأزمة بالمؤسسة.	3,57	1,03	6	مرتفع
25	ساهم التعاون مع الجهات الخارجية في تحسين استجابة المؤسسة للأزمة.	3,7	0,94	1	مرتفع
26	تبادل المعلومات المتعلقة بالأزمة (مثل البروتوكولات الصحية) بفعالية مع الجهات الخارجية.	3,65	0,88	3	مرتفع
27	هناك دعم كافٍ من الجهات الصحية الخارجية لتلبية احتياجات المؤسسة	3,6	0,97	5	مرتفع
28	تم تنسيق نقل الحالات بين المؤسسات الصحية بفعالية خلال أزمة كوفيد-19	3,64	1,02	4	مرتفع
البعد الرابع: التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية.		3,63	1,00	/	مرتفع

المصدر:من إعداد الباحث

توضح النتائج الواردة في الجدول أعلاه إلى ما يلي :

بالنسبة لبعد **التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية** فإن القيمة الكلية للمتوسط الحسابي قد بلغت (3.63) بدرجة موافقة مرتفعة، و بانحراف معياري قدر بـ: (1.00)، ما يعني اتفاق أراء العينة حول هذا البعد بدرجة مرتفعة خلال أزمة كوفيد-19، كما توضح هذه النتيجة أن أفراد العينة يُثمنون التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية، مثل وزارة الصحة، مديرية الصحة، الهلال الأحمر الجزائري، والمنظمات الدولية وعلى رأسها منظمة

الصحة العالمية، في دعم المؤسسة الاستشفائية بغليزان. كما تُظهر النتائج أن فعالية هذا التنسيق والدعم كانت كافية وأسهمت بشكل واضح في تخفيف الضغط الكبير الذي واجهته المستشفى أثناء الأزمة الصحية.

وفيما يخص أعلى متوسط كان لعبارة **ساهم التعاون مع الجهات الخارجية في تحسين استجابة المؤسسة للأزمة** بمتوسط حسابي بلغ (3.7) و بانحراف معياري (0.94) أي أن أفراد العينة أظهرت تقديرا كبيرا للدور الإيجابي الذي لعبته الجهات الصحية الخارجية في تعزيز قدرة المؤسسة على الاستجابة للتحديات من خلال الدعم الفني واللوجستي خلال المراحل الحرجة التي مرت بها المؤسسة عن طريق توفير التوجيهات الواضحة، بالإضافة إلى نقل الحالات الحرجة إلى مستشفيات مرجعية (كوهران)، حيث ساهم هذا التعاون في تحسين القدرة التشغيلية للمؤسسة خلال الأزمة الصحية (كويد-19) وتخفيف الضغوطات والتحديات التي واجهتها.

واما أدنى متوسط كان لعبارة **توفير الموارد الطبية (مثل اللقاحات أو المعدات) بسرعة من خلال التعاون مع الجهات الصحية الخارجية.** بمتوسط حسابي بلغ (3.57) وبانحراف معياري (1.09)، تشير النتائج إلى موافقة مرتفعة، ولكن أقل نسبيًا مع وجود تباين في آراء أفراد العينة، ويُعزى ذلك إلى محدودية الدعم في مجال توفير الموارد خلال الموجات الأولى التي كانت مفاجئة، حيث واجهت المؤسسة تأخرًا في بعض الأحيان بسبب نقص سلاسل التوريد، مما استدعى تدخل الجيش لنقل معدات طبية ووقائية من الصين، إضافة إلى صعوبة التوزيع السريع على المستوى الوطني نتيجة الضغط الكبير على بعض الولايات التي شهدت انتشارًا واسعًا للفيروس.

ورغم أن التعاون والتنسيق مع الوزارة الوصية، مديريات الصحة، والجهات الصحية الخارجية ساهم في تحسين الوضع تدريجيًا، خاصة مع حملات التبرعات من المحسنين، إلا أن سرعة توفير الموارد لم تكن دائمًا مثالية، وهو ما انعكس على فعالية أداء المؤسسة خلال الجائحة.

وعلى ضوء النتائج المتحصل عليها لوصف الأبعاد الفرعية للمتغير التابع لمواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19 والتي تتمثل في (فعالية الاستجابة للأزمة، جودة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي، إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل، التعاون و التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية) ، يتضح لنا أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بغيليزان كان لها دور فعال في مكافحة الجائحة، وتشير النتائج إلى أن المؤسسة حققت درجات تباين مرتفعة في جميع الأبعاد، وهو ما يعكس قدرة جيدة على الاستجابة والتكيف مع الظروف الاستثنائية التي فرضتها الجائحة، ويؤكد مرونة الطاقم الطبي والإداري في مواجهة الضغوطات والتحديات المفاجئة، مع الحفاظ على مستوى مقبول من الأداء والاستمرارية في تقديم الخدمات الصحية.

5.2. المؤشر الكلي لمحور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19.

يوضح الجدول (03–24) الموالي، بإختصار نتائج تحليل المؤشر الكلي لمحور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19.

الجدول رقم (03–24):وصف المؤشر الكلي لمحور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19.

المتغير	الأبعاد	الوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة التبني	الترتيب
مواجهة الأزمة الصحية كوفيد	فعالية الاستجابة للأزمة	3.73	0.93	مرتفعة	02
	جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي	3.48	1.05	مرتفعة	04
	إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل	3.98	0.96	مرتفعة	01
	التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية.	3.63	1.00	مرتفعة	03
المؤشر الكلي		**3.705**	**0.98**	**مرتفعة**	**–**

المصدر:من إعداد الباحث

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا ترتيب أبعاد **متغير مواجهة الأزمة الصحية كوفيد** بالنسبة لعينة الدراسة، حيث كانت كل درجات الموافقة مرتفعة، بمتوسطات حسابية أعلاها (3.98) لبعد **إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل** وأدناها (3.48) لبعد (**جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي**)؛ بينما أخذ بعد **فعالية الاستجابة للأزمة** المرتبة الثانية بمتوسط حسابي (3.73) والترتيب الثالث كان من نصيب بعد **التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية** بمتوسط حسابي (3.63). كما أن الفرق بين المتوسطات لم يصل لدرجات عالية مما يدل على تجانس آراء المستجوبين حول المتغير التابع **مواجهة الأزمة الصحية كوفيد**.

المؤشر الكلي للمتغير بلغت قيمة متوسط حسابه (3.705) مع انحراف معياري (0.98)، وهو ما يعكس درجة تبنٍ مرتفعة، وبشكل عام هذه النتيجة تظهر أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بغيليزان قد نجحت في مواجهة جائحة كوفيد–19 بكفاءة مرتفعة نسبيًا، حيث تمكنت من الحفاظ على مستوى جيد من الأداء في جميع الأبعاد الرئيسية، رغم الضغوط الهائلة التي فرضتها الجائحة على المؤسسة الاستشفائية.

حيث بلغ أعلى ترتيب لبعد **إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل** وهذا ما يعكس نجاح المؤسسة في تحديد المخاطر خاصة خطر العدوى، ويرجع ذلك لتطبيق بروتوكولات الوقاية الصادرة عن الدولة والوزارة الوصية والتكيف معاها، كما توضح النتائج أن المؤسسة الاستشفائية بغيليزان قد عكفت على تسجيل الحوادث وتوثيقها للإستفادة منها مستقبلًا، وهو ما ساهم بشكل كبير في الحد من الإصابات بين الأطقم العاملة وتوفير بيئة عمل أكثر أمانًا. وقد حل

بعد **فعالية الاستجابة للأزمة** في المرتبة الثانية بمتوسط (3.73) وانحراف معياري (0.93)، بدرجة تبني مرتفعة نسبيًا، مما يدل على قدرة المؤسسة على الاستجابة السريعة وضمان استمرارية الخدمات وتقليل الفوضى التشغيلية بفضل فعالية الأطقم وروح الفريق القوية والخبرة الكبيرة التي أظهروها خلال الأزمة.

أما بعد **التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية** فقد حصل على متوسط (3.63) بانحراف معياري (1.05)، وهو ما يشير إلى وجود تنسيق جيد نسبيًا مع مديرية الصحة والجهات الصحية الأخرى، خاصة في نقل الحالات الحرجة وتبادل المعلومات والخبرات، بهدف تحسين الاستجابة العامة داخل المؤسسة. وقد أثبتت المقابلات أن هناك تعاونًا مع مؤسسات مرجعية مثل مستشفى وهران، إضافة إلى التواصل المستمر عبر التقارير اليومية التي كانت تصدرها خلية الأزمة إلى مديرية الصحة.

في المقابل، نجد بعد **جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي** في المرتبة الأخيرة بمتوسط (3.48) وانحراف معياري أعلى (1.05)، مما يعكس أن هذا البعد كان الأضعف نسبيًا. يرجع ذلك إلى نقص الدعم التشغيلي (التدريب المستمر، التوجيهات الواضحة، الدعم النفسي) والتحديات اللوجستية التي واجهتها المؤسسة في توفير الموارد بشكل مستمر، رغم الحفاظ على جودة الرعاية المقدمة للمرضى بفضل جهود الأطقم العاملة حيث صرح لنا السيد محمد قراصي والسيد سداك عابد والطبيبة التي تشتغل بمصلحة الأوبئة أنه خلال الأزمة الصحية واجهوا بعض الصعوبات في التعامل مع بعض المعدات مما تحتاج لاطلاع عليها في مؤسسات استشفائية مرجعية كما ان المستشفى عانى من نقص بعض الأدوية والتموين وبالرغم من ذلك فقد اتحدت الأطقم العاملة على تقدم أفضل رعاية للمرضى وتقديم جهود كبيرة لتغطية هذا العجز .

وبصفة عامة فالنتائج المتحصل عليها تبرز أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان لعبت دورا فعالا وايجابيا في مواجهة أزمة كوفيد–19، كما عكس ذلك قدرة المؤسسة على التكيف مع الوضع الصحي الاستثنائي، حيث نجحت في تقديم خدمات صحية ذات جودة مقبولة، إلا أنها تفوقت بشكل واضح في الجوانب المتعلقة بإدارة المخاطر والاستجابة الفعالة مع وجود تنسيق جيد مع الجهات الصحية الخارجية، رغم الضغط والتحديات الكبيرة التي واجهتها كنقص بعض الموارد مما أظهر الحاجة الملحة لتعزيز الدعم التشغيلي والتكوين المستمر للأطقم العاملة بالمؤسسة لضمان إستجابة أكثر كفاءة ومرونة في حالة حدوث أزمات صحية مستقبلية.

المطلب الثاني: تحليل نتائج المقابلات الميدانية.

يتناول هذا المطلب تحليل إجابات المقابلات التي أُجريت مع الطواقم العاملة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف لولاية غليزان، بهدف الوقوف على تقيم لمختلف الجوانب المرتبطة بموضوع الدراسة، بما يسهم في دعم

وتفسير النتائج المتوصل إليها وصحت فرضيات الدراسة. وقد تضمّنت استمارة المقابلة محورين رئيسيين، يندرج تحت كل محور أربعة أبعاد، حيث يشتمل كل بعد على مجموعة من الأسئلة البحثية، وقد أسفرت نتائج التحليل كما يلي:

1.المحور الأول: نمط التسيير الاستشفائي:

يتضمن هذا المحور أربعة أبعاد، تم إعداد مجموعة من الأسئلة المتعلقة بها، قصد توجيهها إلى الأطقم العاملة التي تم اختيارها بعناية وفقًا لطبيعة تعاملها مع الأزمة وخبرتها المهنية، بهدف التوصل إلى فهم دقيق وشامل لعملية تقييم نمط التسيير الاستشفائي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان خلال الأزمة الصحية (كوفيد-19).

1.1.البعد الأول:التخطيط لمواجهة الأزمة: ويتضمن الأسئلة التالية.

- **كيف تصف خطة المؤسسة لمواجهة كوفيد-19؟ ما الذي نجح وما الذي فشل؟**

تم توجيه الأسئلة إلى مختلف الأطقم العاملة بالمؤسسة، من أطباء وإداريين وشبه طبيين وأعوان، ولا سيما أولئك الذين عايشوا مرحلة الأزمة منذ بداياتها وكانوا في الصفوف الأولى خلال ذروتها. وقد أظهرت إجاباتهم أن خطة المؤسسة كانت ناجحة، باعتبارها خطة ظرفية واستعجالية فرضتها الضغوطات الكبيرة الناتجة عن تزايد حالات الإصابة، في سياق يُعدّ أول أزمة صحية كبرى تواجهها المؤسسة. وقد تجلّى نجاح المؤسسة، حسب آراء المبحوثين، في ما يلي:

- الإسراع بتفعيل خلايا الأزمة ووضع آليات للمتابعة اليومية لتطور الوضع الوبائي واحتواء هذه الأزمة؛

- تحويل بعض المصالح الاستشفائية إلى أجنحة مخصصة لاستقبال المصابين بفيروس كوفيد-19، مما ساهم في الحد من انتشار العدوى داخل المؤسسة .

أما من الجانب الفشل تمثل في:

- محدودية التخطيط الاستباقي، وغياب كل مراحل إدارة الأزمات بالمؤسسة.
- صعوبات في التعامل مع بعض الحالات الحرجة التي كانت تتطلب تدخلاً عاجلاً وسريعاً.
- نقص الوسائل والتجهيزات الطبية في بعض الفترات الحرجة، خاصة معدات الحماية وأجهزة الإنعاش.

- **هل ساعدت التدريبات المسبقة للأطقم في التعامل مع الأزمة؟ أعطِ مثالًا.**

أفاد المبحوثون بأنه لم تكن هناك تدريبات كافية لان هذه الأزمة الصحية كانت مفاجئة وتعتبر أول أزمة كبيرة تمر على المؤسسة، بالإضافة انه كان هناك الالتزام بالتعليمات والبرتوكولات الصحية الصادرة من الوزارة الوصية، إلا انه كان هناك تنسيق مع بعض المؤسسات الاستشفائية المرجعية (وهران) لأخذ الاستشارة والتوجيهات لكفيه التعامل مع هذا الوباء.

وتفسر ذلك بأن خطت المؤسسة إتسمت بالطابع الاستعجالي بما يتناسب مع حجم الضغوط التي سببتها الأزمة الصحية المفاجئة، إلا أن الإسراع في تشكيل خلايا أزمة وتخصيص أجنحة خاصة بمرضى كوفيد-19ساهم في احتواء الوضع والحد من انتشار الوباء بالإضافة الى التكفل الحسن بالمرضى، غير أن فعالية الخطة لم تكن بالشكل الكبير وذلك لضعف التخطيط الاستباقي وغياب إدارة الأزمات بالمؤسسة ،كما أظهر غياب التداريب المسبقة للطواقم الطبية محدودية الجاهزية المؤسسية، رغم تعويض ذلك نسبيًا بالالتزام بالبروتوكولات الوزارية والتنسيق مع المؤسسات الاستشفائية المرجعية.

2.1. العبد الثاني:إدارة الموارد الطبية والبشرية: ويتضمن الأسئلة التالية.

- **هل كانت الموارد الطبية كافية؟ ما هو أكبر تحدٍ واجهته في توفر الموارد؟**

أفاد المبحوثون بأنه لم تكن كافية خاصة في الفترات الأولى من انتشار الوباء، حيث واجهت المؤسسة الاستشفائية ضغطا متزايدا فاق قدرتها الاستيعابية واللوجستية بالرغم من الجهود المبذولة من طرف الجهات المسؤولة والجهات الوصية إلا أن زيادة الإصابات كشفت عن محدودية الإمكانيات المتاحة.

أما أبرز التحديات التي واجهتها المؤسسة من حيث الموارد، فقد تمثلت في نقص التجهيزات الطبية الحيوية، لا سيما أجهزة الإنعاش ومعدات الحماية والأكسجين ، مما أدى إلى زيادة الضغط على الطواقم الصحية. وقد اضطر هذا الوضع إلى ترشيد استعمال هذه الموارد وتوجيهها أساساً نحو الحالات الحرجة التي تستدعي تدخلاً استعجالينا.

- **كيف تم توزيع الأطقم البشرية؟ هل شعرت بالضغط بسبب نقص الموظفين؟**

تمثلت الإجابة في التركيز على الأقسام الأكثر تضرراً، ولا سيما مصالح الاستعجالات والإنعاش والأجنحة المخصصة لمرضى كوفيد-19. كما تم اللجوء إلى نظام المناوبات والعمل بنظام الساعات الإضافية، بهدف ضمان استمرارية الخدمات الصحية والتكفل الأمثل بالمرضى في ظل هذه الجائحة.

وأما الشعور بالضغط بسبب نقص الموظفين، فتمثلت الإجابة في وجود نقص كبير خاصة من جانب الشبه الطبي والتقنين في ظل الإصابات المتعددة والغيابات الناتجة عن الإصابة بالعدوى أو الإجراءات الوقائية كالحجر الصحي، وهذا ما أدى إلى حدوث ضغط كبير داخل المؤسسة .

و تفسير ذلك بأنّ المؤسسة عانت من محدودية الموارد الطبية والبشرية نتيجة الطابع المفاجئ لحدوث هذه الأزمة الصحية كوفيد-19 وما رافقها من تحديات كبيرة ، إلا أنه تم التكيف مع هذا الوضع وذلك من خلال اللجوء إلى حلول ظرفية كتَرْشيد الموارد وإعادة توزيع الأطقم البشرية، الأمر الذي مكنها من تجاوز هذه المرحلة الحرجة وتحسين التكفل بالمرضى والمصابين رغم صعوبة الظروف.

3.1. البعد الثالث:اتخاذ القرار:ويتضمن الأسئلة التالية.

- **هل كانت قرارات الإدارة واضحة وسريعة؟ ما مثال على قرار أثر على عملك؟**

أفادت معظم الإجابة بأن القرارات المتخذة خلال أزمة كوفيد-19 في مجملها تطبيقاً للتعليمات الصادرة من طرف الدولة والوزارة الوصية، عبر المراسلات والمراسيم التنفيذية، حيث اتسمت هذه القرارات والبروتوكولات بالطابع المركزي، مع تميزها بالوضوح والسرعة في التنفيذ نتيجة حسن تبليغها من طرف الإدارة.

أما فيما يتعلق بالقرارات الأكثر تأثيراً على سير العمل، فقد تمثلت في الالتزام بالبرتوكولات الصحية، وتخصيص نزل لإيواء الطواقم العاملة بهدف الوقاية من العدوى وضمان سلامتهم، إضافة إلى تخصيص أجنحة منفصلة لمرضى كوفيد-19 داخل المؤسسة مما كان له الأثر الايجابي على سير العمل داخل المؤسسة و تسهيل عملية استقبال المرضى، والتخفيف من الضغط الواقع على الأطقم الصحية.

- **هل أُشركت الأطقم في اتخاذ القرارات؟ كيف تأثرت الشفافية بالأداء؟**

أفادت إجابات الأطقم العاملة بالمؤسسة بأنه لم تكن هناك مشاركة واسعة في اتخاذ جميع القرارات، إذ اتسم أغلبها بالطابع المركزي الصادر عن الوزارة الوصية، وذلك في ظل الظرف الإستعجالي للأزمة، إلا أن هناك بعض القرارات الداخلية التي تم إشراك الطاقم فيها كتحويل بعض الأجنحة إلى أجنحة خاصة بالكوفيد، إضافة إلى المساهمة في اقتراح حلول عملية مرتبطة بسير العمل اليومي، وذلك بالتنسيق مع رؤساء المصالح.

أما فيما يتعلق بتأثير الشفافية على الأداء ، فقد كانت هناك شفافية وذلك من خلال الاجتماعات الدورية والتبليغ بالقرارات وتوضيح المستجدات مما ساهم في فرض الانضباط والالتزام المهني والقضاء على كل الإشاعات داخل المؤسسة.

ويفسر ذلك بأنّ طبيعة المرحلة فرضت اتخاذ قرارات مركزية وسريعة لضمان استمرارية العمل وحماية الطواقم. غير أن إشراك الطواقم في بعض القرارات الداخلية، إلى جانب نقل التعليمات والتوصيات وتوضيح المستجدات بشكل مستمر ، ساهم في تحسين ظروف العمل وتنظيمه، مما عزز الالتزام المهني، وقلل من الفوضى والإشاعات، وساعد المؤسسة على التكيف مع الضغوط الاستثنائية التي فرضتها الأزمة.

4.1.البعد الرابع: التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي: ويتضمن الأسئلة التالية.

- **ما مدى فعالية التواصل بين الأقسام؟ ما الذي أعاق التنسيق؟**

أفادت الإجابات المتحصل عليها بوجود تواصل دائم بين مختلف المصالح والأقسام داخل المؤسسة، وذلك لوجود خلية أزمة مهمتها الأساسية متابعة الوضع الوبائي وتقيمه على أن يتم تبليغه عبر المرسلات الإدارية، إضافة إلى استخدام وسائل التواصل الاجتماعي الحديثة ، مثل الموقع الالكتروني والصفحة الخاصة بالمؤسسة.

وأما من حيث العوائق التي ساهمت في عملية إضعاف التنسيق داخل المؤسسة، هو الضغط الكبير نتيجة الإصابات وخاصة من المرافقين للمرضى وعدم إلتزامهم بالبروتوكولات الصحية وأوقات الزيارات بالرغم من الإجراءات المتخذة لتنظيمها تفاديًا لإنتشار العدوى ،كما أن تغير البروتوكولات الصحية بشكل متكرر وما رافقه من إلزامية التقيد الصارم بإجراءات الوقاية والتباعد الجسدي، يضاف إلى غياب الرقمنة الفعلية داخل المؤسسة خلال تلك المرحلة من الأزمة، الأمر الذي حد من سرعة تبادل المعلومات وعرقل التنسيق الفعال بين مختلف الأقسام.

- **هل تم إعلامكم بالمستجدات بانتظام؟ كيف أثر ذلك على عملك؟**

تفيد الإجابات المتحصل عليها من المقابلات أن الاطلاع على المستجدات كان يتم بإنتظام خلال فترة الأزمة الصحية، وذلك من خلال الاجتماعات التنسيقية، التعليمات الإدارية، والمذكرات الداخلية، إضافة إلى الاعتماد على وسائل التواصل الاجتماعي التي فرضتها خطورة الوضع الوبائي والبروتوكولات الصحية المطبقة داخل المؤسسة، إلى جانب الالتزام بالتوصيات الصادرة عن الجهات الصحية المختصة، مما ضمن تدفق المعلومات بشكل مستمر خلال الأزمة.

أما من ناحية تأثير ذلك على سيرورة العمل داخل المؤسسة، فقد كان له أثر إيجابي واضح، إذ ساعد على التكيف مع الوضع غير الطبيعي والتغيرات المستجدة التي فرضتها الأزمة الصحية. كما ساهم التبليغ المستمر والمنظم بالمستجدات في تعزيز سلامة الأطقم العاملة، من خلال ضمان التطبيق الصارم للبروتوكولات الوقائية، وهو ما يعكس فعالية آليات الإعلام والتواصل الداخلي المعتمدة داخل المؤسسة في دعم الاستجابة للأزمة.

وتفسير ذلك على أن التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي خلال أزمة كوفيد-19 كان فعالًا نسبيًا، حيث تم التبليغ عن المستجدات بواسطة المراسلات الإدارية ووسائل التواصل الخاصة بالمؤسسة، إضافة إلى الإعلام والاجتماعات التنسيقية، مما ساعد الأطقم على التكيف مع المتغيرات السريعة للأزمة وضمان التزامهم بالبروتوكولات الصحية، وهو ما عزّز سلامتهم واستمرارية العمل بالرغم من الصعوبات والتحديات التي واجهتها المؤسسة.

2 .المحور الثاني:مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19:

يتضمن هذا المحور أربعة أبعاد رئيسية، خُصص لكل بعد منها مجموعة من الأسئلة التي أُعدت لإجراء مقابلات مع الأطقم العاملة، والتي تم اختيارها بعناية استنادًا إلى طبيعة مهامها وخبرتها العملية خلال الأزمة الصحية. ويهدف

ذلك إلى الوصول إلى فهم دقيق وشامل لواقع نمط التسيير الاستشفائي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بغليزان، وتقييم مدى فعاليته في مواجهة الأزمة الصحية الناجمة عن جائحة كوفيد-19.

1.2. البعد الأول: فعالية الاستجابة للأزمة: ويتضمن الأسئلة التالية.

- **هل استجابت المؤسسة بسرعة ومرونة لتحديات الأزمة؟ أعطِ مثالًا.**

أفادت اغلب الإجابات المتحصل عليها بوجود اتفاق بين العاملين بالمؤسسة على أن الاستجابة للازمة تميزت بالسرعة والمرونة ، من خلال تطبيق البروتوكولات العلاجية والوقائية، والالتزام بالتوصيات الصادرة عن الجهات المختصة والوزارة الوصية ، إضافة إلى تنفيذ قرارات رئيس الجمهورية.

ومن بين أبرز الأمثلة على ذلك إعادة تنظيم المصالح الاستشفائية وتخصيص أجنحة خاصة لاستقبال مرضى كوفيد-19، إلى جانب تعديل جداول العمل وتعبئة الموارد البشرية المتاحة بما يتماشى مع حجم الضغط المسجل.

- **كيف تم التعامل مع نقص الأسرّة أو المعدات؟ ما الذي كان يمكن تحسينه؟**

تظهر الإجابات المتحصل عليها، فيما يخص التعامل مع نقص الأسرة والمعدات خلال الأزمة الصحية كوفيد-19، أنه تم اتخاذ جملة من الإجراءات الاستعجالية، تمثلت أساسا في إعادة وتوزيع الأسرة والتركيز على الأجنحة المخصصة للتكفل بمرضى الكوفيد-19. كما لجأت المؤسسة إلى طلب دعم إضافي من الجهات الوصية، والتنسيق مع مؤسسات صحية أخرى للتخفيف من حدة الضغط.

إضافة إلى ذلك فقد تم اعتماد سياسة ترشيد في استعمال المعدات الطبية وخاصة أجهزة الأوكسجين والوقاية وإعطاء الأولوية للحالات الحرجة، بما يضمن التكفل الأمثل بها.

أما الشق الثاني من السؤال، فقد أظهرت الإجابات أن الأزمة كشفت عن جملة من العيوب والنقائص داخل المؤسسة، ومن أبرزها ضرورة تفعيل نظام إدارة الأزمات، وتعزيز الرقمنة والتطبيب عن بعد، بما يضمن جاهزية اكبر لمواجهة الأزمات الكبيرة والمعقدة كجائحة كورونا. كما أكدت على ضرورة الاستفادة من مساهمة رجال الأعمال والجمعيات الخيرية في دعم وتعزيز المخزون الطبي و الأسرة.

إلى جانب ذلك، تم التأكيد على ضرورة الاستفادة من الخبرات المتخصصة في مجال التسيير، بما يساهم في ترشيد النفقات وتوجيهها نحو الأولويات، مع الاهتمام بالمعدات المتوفرة، والعمل على صيانة المعطلة منها لاستغلالها أحسن استغلال، وذلك تفاديا لتكرار نفس الإشكالات مستقبلا.

يمكن تفسير ردت فعل المؤسسة الايجابية، والمتمثلة في سرعة الاستجابة ومرونتها، بمدى التزامها بالتطبيق الصارم للبروتوكولات الصحية والتوصيات الصادرة عن الجهات المختصة، إلى جانب العمل على إعادة تنظيم المواد البشرية

وفق نظام المناوبة، بما يتلاءم مع حجم الضغط المسجل على بعض المصالح التي استدعت تدعيمًا إضافيًا، وهذا ما مكن المؤسسة من التكيف مع الوضع الطارئ الذي فرضته الأزمة الصحية.

علاوة على ذلك، تعكس الإجراءات المتخذة، لاسيما في التعامل مع نقص الأسرة والمعدات الطبية الضرورية قدرة المؤسسة على إيجاد حلول مؤقتة وفعالة تتماشى مع الظروف الاستثنائية التي أفرزتها الجائحة.

2.2.البعد الثاني: جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي: ويتضمن الأسئلة التالية.

- **كيف تقيّم جودة الرعاية لمرضى كوفيد–19؟ ما التحدي الأكبر؟**

بناءً على الإجابات المتحصل عليها من المقابلات، يتضح أن تقييم جودة الرعاية الصحية المقدمة لمرضى كوفيد–19 بالمؤسسة كان في مستوى مقبول جدًا، حيث بذل الطاقم العامل مجهودات كبيرة لضمان التكفل الطبي بالمرضى رغم الظروف الاستثنائية التي فرضتها الجائحة. وقد تجسد ذلك من خلال الحرص على المتابعة الطبية المستمرة، وتسخير مختلف الإمكانيات البشرية والمادية بهدف تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة خلال فترة الأزمة.

أما فيما يخص التحديات الكبرى، فقد أبرزت الإجابات وجود ضغط هائل على الطاقم العامل، إلى جانب ارتفاع درجة مخاطر الإصابة بالفيروس نتيجة الاحتكاك المباشر بالمرضى المصابين. وقد تفاقمت هذه الصعوبات بسبب محدودية الموارد البشرية المؤهلة، ونقص بعض التجهيزات الطبية، إضافة إلى تعطل بعض الأجهزة الحيوية مثل جهاز السكانير ، وهو ما انعكس سلبًا على وتيرة العمل وظروف تقديم الرعاية الصحية خلال الأزمة.

هذا التباين بين الجهود المبذولة والقيود المفروضة يعكس من جهة التزام الأطقم الطبية والإدارية بروح المسؤولية، ومن جهة أخرى يبرز الحاجة إلى تعزيز الموارد البشرية والتقنية لضمان استمرارية جودة الرعاية الصحية في مواجهة أزمات مستقبلية.

- **هل قدمت المؤسسة دعمًا تشغيليًا كافيًا (مثل التدريب)؟ كيف أثر ذلك؟**

أفادت إجابات المبحوثين بأن المؤسسة وفّرت دعمًا تشغيليًا للأطقم العاملة من خلال تقديم التوجيهات الميدانية اللازمة، ولاسيما فيما يتعلق بكيفية تطبيق بروتوكولات التكفل بمرضى كوفيد–19، والالتزام بإجراءات السلامة والوقاية. كما حرصت المؤسسة على تعزيز التنسيق مع الجهات الصحية الخارجية، لاسيما المستشفيات المرجعية المخصصة لاستقبال مرضى كوفيد–19، وعلى رأسها مستشفيات ولاية وهران، بما أسهم في دعم فعالية التكفل بالحالات الصحية وتعزيز الاستجابة لمتطلبات الأزمة.

أما الشق الثاني من السؤال، فقد تمثل في التأثير الايجابي داخل المؤسسة، وذلك من خلال مساهمة هذه الإجراءات المتخذة في تحسين جودة الخدمات الصحية والحد من الضغوطات على الطاقم العامل، خاصة في جانبه الطبي، إضافة إلي رفع الكفاءة المهنية للعاملين داخل بالمؤسسة.

يمكن تفسير ذلك بأن جودة الرعاية الصحية في المؤسسة قد تحققت نتيجة الجهود المبذولة من طرف الطاقم العامل، إلى جانب تسخير الموارد المتاحة، مما مكن المؤسسة من تقديم خدمات مرضية ومقبولة رغم من الظروف الاستثنائية التي فرضتها جائحة كوفيد-19. كما سهام الدعم التشغيلي، إضافة إلى التدريب والإرشادات المقدمة والتنسيق مع الجهات الخارجية في رفع مستوى كفاءة وخبرة الطاقم العامل، وهو ما انعكس إيجابا على تحسين مستوى الخدمات الصحية وجودة الرعاية بالمؤسسة، بالرغم من الظروف الاستثنائية التي واجهتها.

3.2.البعد الثالث: إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل: ويتضمن الأسئلة التالية.

- **هل وفرت المؤسسة معدات الوقاية بشكل كافٍ؟ كيف أثر ذلك على سلامتك؟**

أجمعت الإجابات على أن المؤسسة وفرت وسائل الوقاية بشكل كافٍ، حيث حرصت على توفير الكمامات، القفازات، والملابس الواقية، مع الالتزام الصارم ببروتوكولات التعقيم والحماية لضمان سلامة الأطقم العاملة أثناء التعامل مع مرضى كوفيد-19.

أما فيما يخص التأثير، فقد أظهرت النتائج أن توفير معدات الوقاية كان له أثر إيجابي مباشر في حماية الطاقم من خطر العدوى، كما ساهم في الحد من القلق النفسي أثناء أداء المهام في ظل الوضع الصحي الصعب الذي فرضته الجائحة، وهو ما عزز قدرة الأطقم على الاستمرار في تقديم الرعاية الصحية بكفاءة رغم الضغوطات الكبيرة.

- **كيف تم تحديد المخاطر (مثل العدوى) وإدارتها؟ ما مدى فعالية الخطة؟**

وفقا للإجابات المتحصل عليها من خلال المقابلات، فإن المؤسسة الاستشفائية اعتمدت على تحديد المخاطر وإدارتها بشكل منهجي، من خلال المراقبة المستمرة وتتبع أعراض الإصابة لدى المرضى، مع إلزامية المرور عبر الكاشف الحراري للكشف المبكر عن الحالات المحتملة. كما تم الالتزام الصارم بتطبيق بروتوكولات الوقاية من العدوى، بما في ذلك التباعد الجسدي، والتعقيم المستمر للمرافق، والاستخدام المنتظم لمعدات الوقاية الشخصية من قبل الأطقم العاملة، إضافة إلى إجبارية ارتداء الكمامات داخل المؤسسة.

هذا النهج يعكس وعيًا تنظيميًا بأهمية الوقاية كخط دفاع أول، ويبرز أن إدارة المخاطر كانت قائمة على إجراءات عملية واضحة ساعدت في تقليل احتمالات العدوى وضمان سلامة الأطقم الطبية والإدارية أثناء الأزمة الصحية.

وأما فيما يخص الشق الثاني، فكانت الإجابة الإجماع على فعالية الخطة المطبقة وظهر ذلك من خلال الانخفاض في مستوى الإصابات لدى طاقم بالمؤسسة، نتيجة الالتزام التام بتطبيق بقواعد الوقاية، مما أسهم في تحقيق مستوى مقبول من السلامة لكل العاملين بالمؤسسة.

يمكن تفسير ذلك بأن المؤسسة نجحت في توفير كل أشكال الوقاية والسلامة، إلى جانب التطبيق الصارم للبروتوكولات الصحية، وهذا ما انعكس ايجابيا على فعالية خطة المؤسسة في إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل. كما ساهم ذلك في تحقيق مستوى مقبول من السلامة المهنية داخل المؤسسة، رغم من الظروف الاستثنائية التي فرضتها الجائحة.

4.2. البعد الرابع: التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية ويتضمن الأسئلة التالية.

- **هل كان التنسيق مع الجهات الخارجية (مثل وزارة الصحة) فعّالًا؟ ما التحديات؟**

أفادت الإجابات بأن التنسيق مع الجهات الخارجية، ولاسيما وزارة الصحة ومديرية الصحة بالولاية والمستشفيات المركزية كان فعالًا إلى حد كبير، حيث تم تبادل المعلومات والاطلاع على المستجدات الجديدة المتعلقة بالبروتوكولات الصحية الجديدة، إضافة إلى الحصول على إمدادات الموارد الطبية، وهو ما ساعد المؤسسة على الاستجابة بفعالية للتحديات التي أفرزتها الأزمة الصحية.

وأما فيما يخص التحديات، فقد تمثلت في صعوبة التواصل والتنسيق مع الجهات الصحية في ظل الأزمة الكبيرة ، إلى جانب التدفق الكبير للمرضى على المؤسسة مما فاق طاقتها الاستيعابية، ويضاف إلى ذلك النقص في بعض المواد الطبية الحيوية، مثل الأوكسجين والأسرة، مقارنة بالأعداد الكبيرة للمرضى، مما زاد من حجم الضغوطات على مختلف المصالح والخدمات داخل المؤسسة.

- **كيف ساعد التعاون الخارجي في توفير الموارد؟ أعطِ مثالًا.**

أظهرت الإجابات أن المؤسسة الاستشفائية بغليزان إستفادت من تعاون كبير مع الجهات الخارجية، حيث تلقت دعمًا بارزًا تمثل في توفير المواد الطبية الضرورية والتبرعات الكبيرة، إضافة إلى الدعم المباشر من وزارة الصحة والولاية ممثلة في الوالي شخصيًا. ومن أبرز صور هذا التعاون توفير قارورات الأوكسجين، الكمامات، أجهزة التنفس الاصطناعي، ومختلف معدات الوقاية والنظافة، وهو ما انعكس إيجابيًا على تحسين ظروف العمل داخل المؤسسة، وحماية الأطقم العاملة، وتحفيزها على الاستمرار في تقديم خدمات صحية بجودة أفضل رغم الظروف الاستثنائية والصعوبات التي فرضتها الجائحة.

يمكن تفسر ذلك بأن تنسيق المؤسسة وتعاونها مع الجهات الخارجية كان فعالا، ولاسيما الوزارة الوصية ومديرية الصحة بالولاية والمستشفيات المرجعية، مما ساهم في تعزيز قدرة المؤسسة على الاستجابة لتداعيات الأزمة الصحية كوفيد–19. وقد تجسد هذا التعاون في توفير الاستشارات اللازمة وتبادل المعلومات بالإضافة والاطلاع على المستجدات

المتعلقة بالبروتوكولات الصحية، إضافة إلى ضمان توفير الموارد الطبية الضرورية كالأوكسجين، وهذا ما مكن المؤسسة من مواجهة التحديات المفروضة و تجاوز هذه الصعوبات، والتكيف مع الظروف الاستثنائية التي فرضتها الجائحة.

وكتفسير عاما، يمكن القول انه من خلال النتائج المتحصل عليها من المقابلات، أن نمط التسيير الاستشفائي المعتمد بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بغليزان قد لعب دورا كبيرا وفعالا في تعزيز قدرتها على مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19) والتكيف مع الوضع غير الاستثنائي التي فرضته الجائحة. وقد تحقق ذلك من خلال البنية الإدارية والتنظيمية، لاسيما في مجالات التخطيط، إدارة الموارد الطبية والبشرية ، اتخاذ القرار، إضافة إلى فعالية التواصل الداخلي والتنسيق مع الجهات الخارجية . وقد شكلت هذه الأبعاد مجتمعة الإطار العام الذي مكن المؤسسة من التكيف السريع مع التغيرات المفاجئة والضغوط الكبيرة التي فرضتها الجائحة، بما يتناسب مع صحة الفرضيات التي انطلقت منها هذه الدراسة.

المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة.

يتناول هذا الجزء اختبار الفرضيات التي سبق عرضها في مقدمة الدراسة، حيث سيتم أولًا اختبار الفرضيات الفرعية، ثم اختبار الفرضية الرئيسة، وذلك على النحو الآتي:

1.اختبار الفرضيات الفرعية:

1.1. إختبار الفرضية الفرعية الأولى :

H1:يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للتخطيط لمواجهة الأزمة و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19. فيما يلي سيتم عرض نتائج الإنحدار الخطي البسيط:

الجدول رقم (03-25):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الأثر بين التخطيط لمواجهة الأزمة و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19- لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغيليزان

المتغيرات	معامل التحديد R^2	معامل الإرتباط R	قيمة F المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة SIG	المعامل A	الثابت B
التخطيط لمواجهة الأزمة و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19-	0.350	0.6(0.00)	76.409	1 139	0.00	0.602	1.402

المصدر:من إعداد الباحث

يتضح لنا من الجدول رقم (03-25)، أن هناك علاقة تأثير طردية و بدرجة مرتفعة و دالة إحصائيا حيث بلغت 60% لتخطيط لمواجهة الأزمة و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19، أي أنه ارتباط حقيقي كون مستوى الدلالة أقل من (0.05)، و منه يوجد علاقة بين التخطيط لمواجهة الأزمة و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19.

معامل التحديد: بلغ معامل التحديد 35 % و هي درجة تأثير موجبة متوسطة أي أنه كلما التخطيط لمواجهة الأزمة زادت مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19. وهو ما يدل على تحقق الفرضية البديلة.

ويمكن إستخلاص المعادلة التالية من الجدول السابق:

$$\gamma=1.402+0.602X1$$

مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19 = 1.402 + 0.602 (التخطيط لمواجهة الأزمة)

تشير النتائج إلى أن كل زيادة بوحدة واحدة في مستوى التخطيط لمواجهة الأزمة تؤدي إلى ارتفاع قدره (0.602) في مستوى مواجهة الأزمة الصحية، وهو ما يبرز الأهمية الكبيرة للتخطيط الاستباقي في سرعة الاستجابة للأزمات الطارئة وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية، مع تجنب مظاهر التخبط التنظيمي خلال الأزمات الكبرى.

هذا يفسر أن التخطيط المسبق يُعد من الركائز الأساسية في إدارة الأزمات الصحية، حيث مكّن المؤسسة الاستشفائية بغيليزان من ترشيد الموارد البشرية والطبية، وتعزيز الجاهزية الداخلية، وتحسين التنسيق بين مختلف الأطراف، إضافة إلى وضع سيناريوهات بديلة لمواجهة الضغط المتزايد على الخدمات الصحية. وقد انعكس ذلك إيجابًا على فعالية مواجهة الأزمة واحتوائها، والحد من آثارها الصحية والتنظيمية، مما يؤكد أن التخطيط الاستراتيجي كان عاملًا حاسمًا في نجاح المؤسسة في التعامل مع الجائحة.

2.1. الفرضية الفرعية الثانية :

H2:يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha\leq0.05$) لإدارة الموارد الطبية و البشرية و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19. وفيما يلي سيتم عرض نتائج الانحدار الخطي البسيط :

الجدول رقم (03–26):نتائج تحليل الانحدار لاختبار الأثر بين إدارة الموارد الطبية و البشرية و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19– لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغليزان

المتغيرات	معامل التحديد R^2	معامل الإرتباط R	قيمة F المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة SIG	A المعامل	الثابت B
إدارة الموارد الصحية و البشرية و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19.	0.260	0.510(0.00)	48.773	1 139	0.00	0.689	0.901

المصدر:من إعداد الباحث اعتمادا .

يتضح لنا من الجدول (03–26)، أن هناك علاقة تأثير طردية وبدرجة متوسطة ودالة إحصائيا حيث بلغت 51% إدارة الموارد البشرية والصحية ومواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19، أي أنه ارتباط حقيقي كون مستوى الدلالة أقل من0.05، ومنه يوجد علاقة بين إدارة الموارد الصحية والبشرية مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19.

معامل التحديد: بلغ معامل التحديد 26% و هي درجة تأثير موجبة متوسطة أي أنه كلما تغيرت إدارة الموارد البشرية والصحية تغيرت مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19. وهو ما يدل على تحقق الفرضية البديلة.

ويمكن إستخلاص المعادلة التالية من الجدول السابق:

$$\gamma=0.901+0.689X2$$

مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19=0.689+0.901(**إدارة الموارد البشرية و الطبية**)

تشير النتائج إلى أن كل تحسن بوحدة واحدة في مستوى إدارة الموارد الطبية والبشرية يؤدي إلى زيادة قدرها (0.689) في مستوى مواجهة الأزمة الصحية، وهو ما يعكس الأهمية البالغة لهذا البعد في تعزيز جاهزية المؤسسة وضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية، والحد من الضغط الكبير على الطواقم الطبية خلال فترات الذروة.

ويُعزى ذلك إلى الدور المحوري الذي لعبته إدارة الموارد البشرية والطبية داخل المؤسسة، خاصة في ظل الضغوطات وكثرة المرضى وزيادة الطلب على الخدمات الصحية مع محدودية الإمكانيات. فقد ساهم حسن استغلال الموارد وتوزيعها بشكل منظم (مثل تخصيص أجنحة خاصة بكوفيد–19 وتأجيل العمليات غير الضرورية)، إضافة إلى توفير الوسائل الوقائية والتجهيزات الطبية لضمان سلامة الأطقم، في الاستمرارية بتقديم الرعاية الصحية. كما أن الإدارة الفعالة

للموارد ساعدت على تعزيز قدرة المؤسسة على التكيف مع متطلبات الأزمة، وهو ما انعكس إيجابًا على فعالية مواجهة الجائحة والحد من آثارها الصحية والتنظيمية.

3.1.الفرضية الفرعية الثالثة :

H3:يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لإتخاذ القرار و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19. وفيما يلي سيتم عرض نتائج الإنحدار الخطي البسيط :

الجدول رقم (03–27):نتائج تحليل الانحدار لإختبار الأثر بين إتخاد القرار و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19– لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغيليزان

المتغيرات	معامل التحديد R^2	معامل الإرتباط R	قيمة F المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة SIG	A المعامل	B الثابت
اتخاذ القرار مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19–	0.459	0.677(0.00)	117.899	1 139	0.00	0.742	0.889

المصدر:من إعداد الباحث اعتمادا على الاستبيان ومخرجات برنامج 25spss

يتضح لنا من الجدول (03–27)، أن هناك علاقة تأثير طردية قوية ودالة إحصائيًا بين اتخاذ القرار ومواجهة الأزمة الصحية (كوفيد–19)، حيث بلغت نسبة الارتباط (67.7%)، وهو ارتباط حقيقي نظرًا لأن مستوى الدلالة أقل من (0.05). وهذا يعني أن تحسين مستوى اتخاذ القرار ينعكس مباشرة على تحسين مستوى مواجهة الأزمة الصحية.

معامل التحديد (R^2) :بلغ (45.9%)، وهو ما يشير إلى أن اتخاذ القرار يفسر نسبة متوسطة من التغيرات في مستوى مواجهة الأزمة الصحية، أي أنه كلما تغير مستوى اتخاذ القرار تغير مستوى مواجهة الأزمة بشكل ملحوظ. وهو ما يدل على تحقق الفرضية البديلة.

وبناءً على هذه النتائج، يتم قبول الفرضية البديلة ورفض الفرضية الصفرية، أي أن اتخاذ القرار كان له أثر فعلي ومباشر في تعزيز قدرة المؤسسة الاستشفائية على مواجهة أزمة كوفيد–19.

ويمكن إستخلاص المعادلة التالية من الجدول السابق:

$$\gamma = 0.889 + 0.742X3$$

مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19 = 0.889 + 0.742 (اتخاذ القرار)

تشير النتائج إلى أن كل تحسن بوحدة واحدة في مستوى اتخاذ القرار يؤدي إلى زيادة قدرها (0.742) في مستوى مواجهة الأزمة الصحية، وهو ما يبرز الدور العملي الكبير لعملية اتخاذ القرار داخل المؤسسة، خاصة إذا تميزت القرارات بالمرونة والسرعة واعتمدت على معلومات دقيقة خلال الأزمات الصحية. ويتضح ذلك في مجالات حيوية مثل تخصيص الموارد الطبية والبشرية، تنظيم العمل الطبي، اعتماد البروتوكولات العلاجية، واتخاذ الإجراءات الوقائية.

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن اتخاذ القرار يمثل حلقة الوصل بين التخطيط، إدارة الموارد البشرية والطبية، والتنفيذ الميداني، مما يؤكد أن فعالية التسيير الاستشفائي أثناء الأزمات ترتبط بشكل وثيق بقدرة الإدارة على اتخاذ قرارات رشيدة وفي الوقت المناسب. وقد ساهم اعتماد المؤسسة الاستشفائية على اتخاذ قرارات سريعة ومرنة مبنية على معطيات واقعية وميدانية وتوجيهات صحية مركزية في التعامل مع التطورات المتسارعة للجائحة.

كما أن إشراك الطواقم العاملة ذات الخبرة العالية في عملية اتخاذ القرار عزز درجة الرضا والقبول والالتزام بتنفيذ الإجراءات المتخذة، وهو ما كان له أثر إيجابي مباشر في تحسين قدرة المؤسسة على مواجهة الأزمة الصحية والحد من آثارها.

4.1.الفرضية الفرعية الرابعة :

H4:يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) للتنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19.

وفيما يلي سيتم عرض نتائج الإنحدار الخطي البسيط :

الجدول رقم (03–28):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الأثر بين التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19– لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغليزان

المتغيرات	معامل التحديد R^2	معامل الإرتباط R	قيمة F المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة SIG	المعامل A	الثابت B
التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19	0.463	0.683(0.00)	121.621	1 139	0.00	0.686	1.126

المصدر:من إعداد الباحث

يتضح من الجدول رقم (03-28)، أن هناك علاقة تأثير طردية قوية ودالة إحصائيًا بين التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي ومواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19)، حيث بلغت نسبة الارتباط (68.3%)، وهو ارتباط حقيقي نظرًا لأن مستوى الدلالة أقل من (0.05). وهذا يعني أن تحسين مستوى التنسيق والتواصل داخل المؤسسة ينعكس مباشرة على تحسين قدرتها في مواجهة الأزمة.

معامل التحديد (R^2) :بلغ (46.3%)، وهو ما يشير إلى أن التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي يفسران نسبة متوسطة من التغيرات في مستوى مواجهة الأزمة الصحية، أي أن كلما تغير مستوى التنسيق والتواصل تغير مستوى المواجهة بشكل ملحوظ. وهو ما يدل على تحقق الفرضية البديلة

ويمكن إستخلاص المعادلة التالية من الجدول السابق:

$$\gamma=1.126+0.686X4$$

مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19=1.126+0.686(**التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي)**

تشير النتائج إلى أن كل تحسن بوحدة واحدة في مستوى التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي يؤدي إلى زيادة قدرها (0.686) في مستوى مواجهة الأزمة الصحية، وهو ما يبرز الأهمية العملية الكبيرة لهذا المتغير في تعزيز الاستجابة السريعة، تقليل الأخطاء التنظيمية، وضمان الالتزام بتنفيذ القرارات والتعليمات بفعالية خلال فترات الأزمات الصحية مثل جائحة كورونا.

وبناءً على ذلك، فإن التنسيق الداخلي والتواصل الفعّال بين مختلف المصالح والأقسام داخل المؤسسة لعب دورًا محوريًا في توحيد الجهود وتقليل التداخل في المهام أثناء الجائحة. كما مكّن من إيصال التعليمات والبروتوكولات الصحية إلى جميع الأطقم العاملة، مما عزز روح الالتزام والانضباط التنظيمي وساعد على التطبيق الصارم للإجراءات الوقائية والعلاجية. وقد انعكس ذلك إيجابًا على قدرة المؤسسة محل الدراسة في مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19)، من خلال تحسين التنظيم الداخلي وضمان استمرارية العمل رغم الضغوط والتحديات.

بعد الانتهاء من اختبار الفرضيات الفرعية، سيتم الانتقال إلى اختبار الفرضية الرئيسة للدراسة، وذلك للتحقق من مدى صحتها في ضوء نتائج التحليل الإحصائي، وفقًا لما يأتي.

2.اختبار الفرضيات الرئيسية:

1.2.الفرضية الرئيسية :

H1:يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha\leq0.05$) لنمط التسيير الإستشفائي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19.

فيما يلي سيتم عرض نتائج الإنحدار الخطي البسيط :

الجدول رقم (03–29):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الأثر بين نمط التسيير الإستشفائي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19– لموظفي المؤسسة الإستشفائية بغيليزان

المتغيرات	معامل التحديد R^2	معامل الإرتباط R	قيمة F المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة SIG	A المعامل	B الثابت
نمط التسيير الإستشفائي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19	0.593	0.770(0.00)	202.296	1 139	0.00	0.680	1.079

المصدر:من إعداد الباحث.

يتضح من الجدول رقم (03–29)، أن هناك علاقة تأثير طردية قوية ودالة إحصائيًا بين نمط التسيير الاستشفائي ومواجهة الأزمة الصحية كوفيد–19، حيث بلغت نسبة الارتباط (77%)، وهو إرتباطا حقيقي نظرًا لأن مستوى الدلالة أقل من (0.05). وهذا يعني أن تحسين نمط التسيير الاستشفائي ينعكس مباشرة على تحسين قدرة المؤسسة في مواجهة الأزمة الصحية.

معامل التحديد (R^2) :بلغ (59.3%)، وهو ما يشير إلى أن نمط التسيير الاستشفائي يفسر نسبة معتبرة من التغيرات في مستوى مواجهة الأزمة الصحية، أي أن كلما تغير نمط التسيير تغير مستوى المواجهة بشكل ملحوظ. وهو ما يدل على تحقق الفرضية البديلة.

ويمكن إستخلاص المعادلة التالية من الجدول السابق:

$$\gamma=1.079+0.680X$$

مواجهة الأزمة الصحية كوفيد –19=1.079+0.680(نمط التسيير الإستشفائي)

تشير النتائج إلى أن كل تحسن بوحدة واحدة في مستوى نمط التسيير الاستشفائي يؤدي إلى زيادة قدرها (0.680) في مستوى مواجهة الأزمة الصحية، وهو ما يبرز الأثر العملي الكبير لهذا المتغير. فإعتماد نمط تسيير مرن ولامركزي، قائم على سرعة اتخاذ القرار والتواصل الفعّال بين الأطقم العاملة، يسهم بشكل مباشر في تعزيز الجاهزية المؤسسية، تحسين جودة الاستجابة الصحية، وضمان استمرارية تقديم الخدمات الطبية خلال الأزمات.

هذا يفسر أن النمط الذي اعتمدته المؤسسة محل الدراسة اتسم بالمرونة والشمول والقدرة على التكيف مع الظروف غير العادية التي فرضتها الجائحة، من خلال الجمع بين التخطيط الاستباقي، حسن إدارة الموارد البشرية والطبية، فعالية اتخاذ القرار، والتنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي. وقد مكّن هذا النمط المؤسسة الاستشفائية بغيليزان من تعزيز جاهزيتها التنظيمية وتحسين استجابتها للأزمة الصحية كوفيد-19، مما يؤكد أن التسيير الاستشفائي الفعّال يُعد عاملًا حاسمًا في مواجهة الأزمات الصحية الكبرى والمعقدة.

2.2. إختبار الفرضية الرئيسة الثانية:

H1:يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لنمط التسيير الإستشفائي يعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، الوظيفة و الخبرة المهنية).

لإختبار هذه الفرضية تم تقسيمها إلى فرضيات فرعية كما يلي :

أ. الفرضية الفرعية الأولى:

H0:لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لنمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير الجنس.

لاختبار الفرضية الفرعية الأولى المتعلقة بمتغير الجنس، تم استخدام اختبار T للعينات المستقلة بغرض المقارنة بين مجموعتين مستقلتين (ذكور/إناث) في تقييم نمط التسيير الاستشفائي. هذا الاختبار يهدف إلى التحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$)

- إذا كانت قيمة (**Sig (p-value**) أكبر من (0.05)، فهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين، وبالتالي يتم قبول الفرضية الصفرية (H0).
- أما إذا كانت قيمة (**Sig (p-value**) أقل من (0.05)، فهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في تقييم نمط التسيير الاستشفائي، وبالتالي يتم رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة.

الجدول الخاص بالاختبار عادة يتضمن:

- المتوسط الحسابي لكل مجموعة (ذكور/إناث).
- قيمة T المحسوبة.
- درجات الحرية (df) .
- قيمة الاحتمال (Sig) .

وبناءً على هذه النتائج يتم تفسير ما إذا كان الجنس يؤثر فعليًا على تقييم نمط التسيير الاستشفائي داخل المؤسسة محل الدراسة.

الجدول(03– 30): نتائج تحليل التباين Tلإختبار إدراك أفراد عينة الدراسة للفروق إتجاه نمط التسيير الإستشفائي بالمؤسسة الإستشفائية العمومية بغيليزان يعزى للمتغير الجنس

المتغير	طبيعة التباين	إختبارLevine		إختبار t	
		f	Sig	إختبار t	Sig
نمط التسيير الإستشفائي	متجانس	0.005	0.946	0.248	0.805
	غير متحانس				

المصدر:من إعداد الباحث

يبين الجدول (03–30)، أن مستوى الدلالة لمعامل فيشر قد بلغ (0.95) لنمط التسيير الاستشفائي وهو أقل من (0.05) وبالتالي فإن هذا يشير إلى اختيار تجانس التباين والتي بلغت قيمته t=(0.248) و احتماله (0.805)، ما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لإدراك أفراد عينة الدراسة للفروق اتجاه نمط التسيير الاستشفائي بالمؤسسة الاستشفائية بغيليزان تعزى لمتغير الجنس، وبذلك نقبل الفرضية الصفرية ونرفض الفرضية البديلة، أي لا فرق بين جنس الذكور و الإناث في نمط التسيير الاستشفائي بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بغيليزان.

ب. الفرضية الفرعية الثانية:

H0:لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لنمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير العمر، الجدول التالي يوضح نتائج الفروقات :

الجدول(03–31):نتائج تحليل التباين (ANOVA)لإختبار إدراك أفراد عينة الدراسة إتجاه نمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير العمر.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةFالمحسوبة	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	1.089	3	0.363	1.251	0.294
	داخل المجموعات	39.751	137	0.290		
	المجموع	40.840	140			

المصدر:من إعداد الباحث

يوضح الجدول السابق أن مستوى الدلالة لخاصية العمر لإحتمال فيشر قد بلغ (0.294) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي فإن هذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية أي:

H0: لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) إتجاه نمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير العمر.

ويمكن تفسير ذلك على أن نمط التسيير الاستشفائي المعتمد داخل المؤسسة محل الدراسة يطبق بشكل موحد على مختلف الاطقم العاملة، بغض النظر عن أعمارهم مما أدى إلى تقارب مستويات الإدراك والتقييم بينهم، كما قد يعزى ذلك إلى تشابه الخبرات المهنية والتكوين الإداري بين الفئات العمرية المختلفة، إضافة إلى خضوع الجميع لنفس القوانين التنظيمية والإجراءات الإدارية، خاصة في ظل ظروف العمل الاستثنائية المرتبطة بإدارة الأزمات الصحية، الأمر الذي قلل من تأثير العامل العمري على تصورات العاملين تجاه نمط التسيير الاستشفائي. ويُعزى ذلك إلى عدة عوامل:

- تشابه الخبرات المهنية والتكوين الإداري بين الفئات العمرية المختلفة.
- خضوع جميع العاملين لنفس القوانين التنظيمية والإجراءات الإدارية، خاصة في ظل ظروف العمل الاستثنائية المرتبطة بإدارة الأزمات الصحية.
- تأثير المرحلة الحرجة للجائحة التي فرضت نمطًا موحدًا من التسيير، قلل من الفروق الفردية المرتبطة بالعمر.

وبذلك، فإن العامل العمري لم يكن له تأثير واضح على تصورات العاملين تجاه نمط التسيير الاستشفائي، وهو ما يعكس أن إدارة المؤسسة اعتمدت على أسلوب شامل وموحد في التعامل مع الأزمة، يركز على وحدة الإجراءات والتنظيم بدلًا من التمايز بين الفئات العمرية.

ج. الفرضية الفرعية الثالثة:

H0:لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لنمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير الوظيفة، الجدول التالي يوضح نتائج الفروقات :

الجدول(03-32): نتائج تحليل التباين (ANOVA)لإختبار إدراك أفراد عينة الدراسة إتجاه نمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير الوظيفة.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةFالمحسوبة	مستوى الدلالة
الوظيفة	بين المجموعات	1.621	5	0.324	1.116	0.355
	داخل المجموعات	39.219	135	0.291		
	المجموع	40.840	140			

المصدر:من إعداد الباحث

يوضح الجدول السابق أن مستوى الدلالة لخاصية الوظيفة لاحتمال فيشر قد بلغ (0.355) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي فإن هذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية أي:

H0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) اتجاه نمط التسيير الاستشفائي يعزى لمتغير الوظيفة.

يمكن تفسير هذه النتيجة علميًا بأن نمط التسيير الاستشفائي داخل المؤسسة محل الدراسة يتسم بطابع تنظيمي موحد، حيث تخضع مختلف الفئات الوظيفية (الإدارية، الطبية، شبه الطبية، التقنية، الأعوان والحراس) لنفس السياسات الإدارية والإجراءات التنظيمية وآليات اتخاذ القرار. هذا الطابع الموحد أدى إلى تقارب تصوراتهم وتقييمهم لنمط التسيير المعتمد، إذ لم يشكل الانتماء الوظيفي عاملًا فارقًا في إدراكهم.

كما يُعزى ذلك إلى عدة عوامل:

- تزايد العمل الجماعي والتنسيق بين مختلف الوظائف داخل المؤسسة، خاصة في ظل ظروف إدارة الأزمات الصحية.
- توحيد برامج التكوين والتوجيه المهني التي ساهمت في خلق قاعدة معرفية مشتركة بين جميع الفئات.
- اعتماد قنوات اتصال داخلية مشتركة لنقل التعليمات والبروتوكولات الصحية، مما عزز الفهم المشترك لنمط التسيير.

وبذلك، فإن الوضع الوظيفي لم يكن محددًا مؤثرًا في تقييم نمط التسيير الاستشفائي، وهو ما يعكس أن المؤسسة اعتمدت على أسلوب شامل وموحد في إدارة الأزمة، قائم على المساواة في تطبيق الإجراءات التنظيمية والاعتماد على العمل الجماعي

د. الفرضية الفرعية الرابعة:

H0:لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) لنمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير الخبرة المهنية، الجدول التالي يوضح نتائج الفروقات :

الجدول(03-33):نتائج تحليل التباين (ANOVA)لإختبار إدراك أفراد عينة الدراسة إتجاه نمط التسيير الإستشفائي يعزى لمتغير الخبرة المهنية.

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةFالمحسوبة	مستوى الدلالة
الخبرة المهنية	بين المجموعات	2.637	3	0.879	3.152	0.27
	داخل المجموعات	38.203	137	0.279		
	المجموع	40.840	140			

المصدر:من إعداد الباحث .

يوضح الجدول السابق أن مستوى الدلالة لخاصية الخبرة المهنية لاحتمال فيشر قد بلغ (0.27) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي فإن هذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية أي:

H0: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0.05$) اتجاه نمط التسيير الاستشفائي يعزى لمتغير الخبرة المهنية.

يمكن تفسير هذه النتيجة علميًا بأن نمط التسيير الاستشفائي داخل المؤسسة محل الدراسة يقوم على قواعد وإجراءات تنظيمية موحدة تُطبَّق على جميع العاملين بغضّ النظر عن مستوى خبرتهم المهنية، وهو ما أدى إلى تقارب تصوراتهم وتقييمهم لهذا النمط. كما أن طبيعة العمل داخل المؤسسة الاستشفائية تعتمد على فرق متعددة التخصصات، حيث تُوزَّع المهام وفق متطلبات العمل وظروف الأزمة أكثر من اعتمادها على سنوات الخبرة، مما قلّل من تأثير عامل الخبرة على إدراك نمط التسيير.

إضافة إلى ذلك، فإن الظروف الاستثنائية التي فرضتها جائحة كوفيد-19 ساهمت في توحيد طرق العمل وأساليب التسيير، حيث خضع جميع العاملين، سواء ذوي الخبرة الطويلة أو القصيرة، لنفس التعليمات والبروتوكولات الصحية والتنظيمية. هذا التوحيد جعل الخبرة المهنية لا تشكّل متغيرًا فارقًا في اتجاهات أفراد العينة نحو نمط التسيير

الاستشفائي، بل عزز من وحدة الفهم والتنفيذ داخل المؤسسة، وهو ما انعكس إيجابًا على قدرتها في مواجهة الأزمة الصحية.

خلاصة الفصل الثالث:

تم التعرض للجانب التطبيقي للدراسة في هذا الفصل ، حيث تمثل في تقييم فعالية نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة جائحة كوفيد-19 بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بغليزان، وذلك من خلال دراسة ميدانية مدعمة بالمقابلات والاستبيانات، قصد الإجابة عن إشكالية البحث والتحقق من صحة الفرضيات.

حيث تم التعريف بالمؤسسة محل الدراسة، وشرح الآليات المنهجية المعتمدة من حيث منهج الدراسة ، أدوات جمع البيانات، مجتمع الدراسة وعينتها، ثم عرض نتائج الاستبيان بعد تفريغ البيانات وتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

النتائج الأساسية:

- قبول الفرضية الرئيسة: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين نمط التسيير الاستشفائي وفعالية مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19 بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بغليزان.
- قبول الفرضيات الفرعية :

1. التخطيط الاستباقي له علاقة ذات دلالة إحصائية بفعالية مواجهة الأزمة الصحية.
2. إدارة الموارد (البشرية، الطبية واللوجستية) لها علاقة ذات دلالة إحصائية بفعالية مواجهة الأزمة الصحية.
3. اتخاذ القرار له علاقة ذات دلالة إحصائية بفعالية مواجهة الأزمة الصحية.
4. التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي له علاقة ذات دلالة إحصائية بفعالية مواجهة الأزمة الصحية.

وبذلك، فإن النتائج تؤكد أن نمط التسيير الاستشفائي الفعّال الذي يجمع بين التخطيط، إدارة الموارد، اتخاذ القرار، والتنسيق والتواصل المؤسسي، كان عاملًا حاسمًا في قدرة المؤسسة الاستشفائية بغليزان على مواجهة الأزمة الصحية والتكيف مع ظروفها الاستثنائية.

وعليه، تؤكد النتائج المتوصل إليها الدور المحوري لنمط التسيير الاستشفائي بمختلف أبعاده ودوره الفعال في تعزيز قدرة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية في مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد-19)، وذلك من خلال تحسين الاستجابة، مع ضمان استمرارية تقديم الخدمات الطبية والرعاية الصحية خلال جائحة كورونا.

الخاتمة العامة

تُعتبر الأزمات الصحية بلا شك من أبرز التحديات المعقدة التي تواجه الأنظمة الصحية المعاصرة، وذلك بالنظر إلى حجم الضغوطات الاستثنائية التي تفرضها على كافة مقومات المنظومة الصحية، سواء تعلق الأمر بالموارد البشرية، أو الإمكانيات المادية، أو الهياكل التنظيمية. ولا يقتصر تأثير هذه الأزمات على النطاق الصحي البحت، بل يتعداه ليشمل تداعيات اقتصادية واجتماعية بالغة العمق، وهو ما يجعل من مسألة الجاهزية والاستعداد المسبق لمجابهتها رهاناً استراتيجياً وحتمياً لكافة الدول. وفي خضم هذا السياق، برزت جائحة "كوفيد-19" كواحدة من أشد الأزمات الصحية العالمية تعقيداً في العصر الحديث، حيث مثّلت امتحاناً حقيقياً لمدى صلابة الأنظمة الصحية وقدرتها على الصمود والتكيف، واختباراً لمدى نجاعة التسيير الاستشفائي في إدارة الأزمات، لاسيما فيما يخص سرعة الاستجابة، وفعالية التنسيق، واتخاذ القرارات الحاسمة.

بناءً على ما تقدم، تبلورت إشكالية هذه الأطروحة حول التساؤل الجوهري الآتي: "**ما مدى مساهمة نمط التسيير الاستشفائي المتبع في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة في مواجهة الأزمة الصحية كوفيد 19** ؟". وقد تم اختيار هذه المؤسسة تحديداً نظرًا لتنوع الخدمات الصحية التي تقدمها ، وتعدد الأهداف المنوطة بها، فضلاً عن كونها تجسد نموذجاً يعكس تعقيدات القطاع العام، حيث تتداخل فيها محاولات إرساء ممارسات إدارية حديثة مع ثقافة تنظيمية كلاسيكية متجذرة.

وقد بيّن التحليل بشقيه النظري والميداني أن ممارسات التسيير الاستشفائي في الجزائر لا تزال، في جزء كبير منها، خاضعة لمنطق إداري تقليدي يغلب عليه طابع المركزية وضعف التوجه الإستباقي. وقد ألقى هذا الواقع بظلاله مباشرة على نمط الاستجابة للأزمة، الذي إتسم في كثير من الأحيان بالظرفية والارتجال في التدخلات، وذلك نتيجة غياب مقاربة منهجية مؤسسة على التخطيط الإستراتيجي وإدارة المخاطر مسبقاً.

أولاً: النتائج العامة للدراسة:

أسفرت الدراسة الميدانية المنجزة عن جملة من النتائج الأساسية التي تعكس طبيعة العلاقة بين نمط التسيير الاستشفائي وفعالية مواجهة الأزمة الصحية، حيث تم التوصل إلى:

- تأكيد الفرضية الرئيسية للدراسة، بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين نمط التسيير الاستشفائي وفعالية مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19، وهو ما يدل على أن جودة التسيير تعد عاملاً حاسماً في تحسين الاستجابة للأزمات الصحية .
- تأكيد الفرضيات الفرعية، حيث تبين أن :

– التخطيط الاستباقي له علاقة ذات دلالة إحصائية بفعالية مواجهة الأزمة الصحية، من خلال دوره في تعزيز الجاهزية وتقليل عنصر المفاجأة .

– إدارة الموارد (البشرية، الطبية واللوجستية) ترتبط بشكل مباشر بفعالية الاستجابة، لما لها من أثر في ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية .

– اتخاذ القرار يلعب دوراً محورياً في التحكم في مجريات الأزمة، خاصة من حيث السرعة والمرونة في التعامل مع المستجدات .

– التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي يساهمان في تحقيق الانسجام بين مختلف الفاعلين داخل المؤسسة، مما ينعكس إيجاباً على فعالية الأداء .

- أظهرت النتائج كذلك أن المؤسسة الاستشفائية، رغم بعض الإختلالات التي ميزت المرحلة الأولى من الأزمة، الا انها قد تمكنت من إظهار قدرة معتبرة على التكيف، من خلال إعادة تنظيم المصالح، وتعبئة الموارد، وتعزيز التعاون بين الطواقم الطبية وشبه الطبية .
- في المقابل، كشفت الدراسة عن بعض النقائص المرتبطة بالنمط التقليدي للتسيير، خاصة ما يتعلق بالمركزية وضعف التوجه الاستباقي، وهو ما أثر نسبياً على سرعة وفعالية الاستجابة في بداية الأزمة .

وعموماً، تؤكد النتائج أن نمط التسيير الاستشفائي الفعّال الذي يجمع بين التخطيط، وإدارة الموارد، واتخاذ القرار، والتنسيق والتواصل المؤسسي، يشكل عاملاً حاسماً في تعزيز قدرة المؤسسة على مواجهة الأزمات الصحية والتكيف مع ظروفها الاستثنائية، مع ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية.

ثانياً: التوصيات والاقتراحات العملية:

تأسيساً على النتائج المستخلصة، وفي سبيل الإرتقاء بفعالية التسيير الاستشفائي وتعزيز قدرات المؤسسات الصحية على مجابهة الطوارئ بكفاءة أعلى مستقبلاً، نقترح التوصيات الآتية:

– على مستوى التسيير والتنظيم الإداري: حتمية التحول نحو تسيير استراتيجي يتبنى اللامركزية في اتخاذ القرار، ويعتمد التخطيط الاستباقي. ويتطلب ذلك تبسيط الإجراءات الإدارية المتبعة وتوسيع دائرة تفويض الصلاحيات، بما يكفل تحقيق المرونة التنظيمية وضمان الاستجابة الآنية والفعالة إبان الحالات الاستثنائية.

– على صعيد الموارد البشرية: ضرورة تكثيف البرامج التكوينية المتخصصة في مجال إدارة الأزمات الصحية، والعمل الجاد على تحسين بيئة وظروف العمل. كما يجب إرساء آليات تحفيزية مستدامة، مع إيلاء أهمية بالغة لتوفير الدعم النفسي والمهني للطواقم الطبية وشبه الطبية خلال فترات الضغط الوبائي.

– على مستوى الموارد المادية واللوجستية: تعزيز مستوى الجاهزية من خلال بناء وتأمين مخزونات استراتيجية للمعدات والمستلزمات الطبية، وتطوير سلاسل الإمداد والتخزين لتفادي أي ندرة أو انقطاع، فضلاً عن وضع خطط دقيقة لضمان الصيانة الدورية وتحديث التجهيزات الطبية.

– في مجال نظم المعلومات والرقمنة: الإسراع في تطوير بنية تحتية رقمية متكاملة لنظم المعلومات الصحية لدعم صناعة القرار، من خلال الاعتماد على أدوات تكنولوجية تسمح بجمع وتحليل البيانات الصحية والوبائية في الزمن الحقيقي (Real-time)، مما يعزز دقة الرصد وسرعة توجيه التدخلات.

– على مستوى التنسيق وبناء الشراكات: تفعيل آليات التعاون البيني بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي، وتوسيع دائرة الشراكات لتشمل المجتمع المدني في المجهودات الوقائية، إلى جانب الإنفتاح على الهيئات والمنظمات الوطنية والدولية للإستفادة من خبراتها وتجاربها الرائدة.

ثالثاً: آفاق البحث المستقبلية:

في ضوء المخرجات التي أسفرت عنها هذه الدراسة، وإيماناً بأن البحث العلمي مسار متواصل لا يتوقف عند نقطة محددة، نقترح جملة من الآفاق والمحاور البحثية التي من شأنها تعميق الفهم في هذا الحقل المعرفي:

– التوجه نحو إنجاز دراسات تقييمية مقارنة تبحث في تباين أنماط التسيير الاستشفائي بين مؤسسات صحية ذات طوابع مختلفة، أو عبر نطاقات جغرافية متعددة.

– استقصاء وقياس الأثر الفعلي لعمليات الرقمنة وتطبيق نظم المعلومات الصحية الحديثة على مستوى كفاءة إدارة الأزمات داخل البيئة الاستشفائية الوطنية.

– إجراء تحليلات معمقة لدور وتأثير مفاهيم وتطبيقات الحوكمة الصحية في ترقية الأداء الشامل للمؤسسات الاستشفائية أثناء فترات الطوارئ.

– توسيع النطاق البحثي ليتجاوز جائحة كوفيد-19، ليشمل تقييم الجاهزية إزاء أزمات صحية أخرى، أو التطرق إلى الكوارث المركبة التي تتداخل فيها الأبعاد الصحية، والاقتصادية، والاجتماعية.

– دراسة وتحليل مدى مساهمة التعديلات التشريعية والسياسات العمومية في دعم وتعزيز الجاهزية الاستباقية للمنظومة الصحية لمواجهة الصدمات المستقبلية.

قائمة المراجع

1.المراجع باللغة العربية :

1.1.الكتب:

- جمال الدين أبو الفصل محمد ابن مكرم،لسان العرب ابن منظور،المجلد الرابع،ج28،القاهرة،درا المعارف،1981.
- عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم وأساسيات في الإدارة الصحية، دار الحامد، عمان، ط1، 2004.
- د.مريزق محمد عدمان، مدخل في الإدارة الصحية،دار الراية للنشر والتوزيع ،عمان الأردن، الطبعة الأولى،2012.
- خالد سعد أنصاري يوسف،الوظيفة التشريعية لمنظمة الصحة العالمية،الإسكندرية،دار الجامعة الجديدة،2012.
- د.إنيجي أحمد عبد الغني مصطفى،أثر السياسات الدولية على إدارة منظمة الصحة العالمية لأزمة كورونا،2021،جامعة سعود ،المملكة العربية السعودي.
- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008.
- بواعنة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- د.مريزق محمد عدمان، مدخل في الإدارة الصحية،دار الراية للنشر والتوزيع ،عمان الأردن، الطبعة الأولى،2012.
- محمد ولد قادة،مدخل إلى التسيير الاستشفائي الجزء الأول،أندلسيات للنشر والتوزيع،الجزائر،الطبعة الأولى،2024.
- بوحنية مصطفى، النظام الصحي في الجزائر، التطورات والتحديات: دار النهضة العربية،الجزائر .
- نياز عبد العزيز بن حبيب الله،جودة الرعاية الصحية الاسس النظرية والتطبيقية العلمي،1425 هـ ،وزارة الصحة ،الرياض،السعودية.
- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع،الطبعة الأولى،2005.
- حمد محمد غنيم،إدارة المستشفيات، رؤية معاصرة، مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع،2006 .
- صلاح محمود ذياب،إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل،الطبعة الأولى،دار الفكر،2009.
- مصطفى يوسف،إدارة المستشفيات،دار الحامد،عمان،2016.
- درحمي عبد الرحيم،ادارة الصحة مدخل لتحقيق متطلبات سلامة المرضى،دار بصمة عليمة،ورقلة وسط المدينة/الجزائر،2024.

- عبد العزيز سلطان العنقري،عبد الحميد عبد الفتاح المغربي،تخطيط الخدمات الصحية الأصول العلمية والتطبيقات العلمية،جامعة الطائف،إدارة النشر العلمي،2014.
- محمد شويح،مبادئ إدارة الأعمال التخطيط-التنظيم-التوجيه-اقيادة-الرقابة، الطبعة الاولى،جسور للنشر والتوزيع الجزائر،،2015.
- بلمختار ياسين،مطبوعة في مقياس تسيير المؤسسات،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر3، 2021.
- أحمد محيو،محاضرات في المؤسسات الادارية،دار المطبوعات الجامعية،الإسكندرية،1996.
- حجام العربي،الخدمة العمومية واليات ترقيتها في الادارات الحكومية مقاربات نظرية،تجارب محلية وعالمية،النشر الجامعي الجديد،تلمسان،2020.
- عمار بوضياف،الوجيز في القانون الاداري،الطبعة الاولى،جسور للنشر والتوزيع ،الجزائر،2008.
- عمار عويدات،دروس في القانون الإداري،ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر،2000.
- سعيد نحيلي،القانون الاداري،المبادئ العامة،بدون طبعة،منشورات جامعة البعث،سوريا،2013.
- محمد الصغير بعلي،القانون الاداري،دار العلوم للنشر والتوزيع،2004.
- عمار بوضياف،الوجيز في القانون الاداري ،جسور للنشر والتوزيع،الجزائر،2009.
- خلايفة العلمي،إدارة الكفاءات في النظام الصحي الجزائري، مطبعة فائزي للطباعة والنشر، الوادي،2023.
- علي علي سليمان،النظرية العامة للالتزام،مصادر الالتزام في القانون المدني الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية بن عكنون الجزائر،الطبعة الخامسة، 2003.
- شريف عزيز،دراسات في نظرية العقد الإداري،دار النهضة العربية،1981.
- حلمي محمود،العقد الاداري،دار الفكر للطباعة والنشر،ط2 ،1977.
- زعلاني عبد المجيد،موسوعة القانون الجزائري،دار بيرتي للنشر،2009 .
- محمد عبد الله،الإدارة بالأهداف النظرية والتطبيق،الناشر مكتبة غريب.
- اية رياض العبد القادر بورزان،إدارة الأزمات،الجامعة الافتراضية السورية،سوريا،2021.
- غسان قاسم داود اللامي،خالد ابراهيم العيساوي،إدارة الأزمات الأسس والتطبيق،نشر الكتروني،العراق،2020
- غسان قاسم داود اللامي وخالد عبد الله إبراهيم العيساوي، إدارة الأزمات الأسس والتطبيقات، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد وجامعة الفلوجة، 2015.
- سامح أحمد زكي الحفني،إدارة الأزمات،النشر جامعة بورسعيد ،كلية التجارة،2017.

- لمياء مرتاض نفسي،تغير الأنساق والحياة اليومية بالجزائر مع أزمة فيروس كوفيد 19 –رصد للمتمثلات والممارسات،ط1،الناشر ألفا للوثائق،الجزائر،2022 .

- مجدي صلاح طه المهدي،تعليم ما بعد كورونا(الواقع ومالات المستقبل) ،ط1،القاهرة، دار الكتاب الحديث، 2021.

- زين العابدين بوعشة،كورونا في الجزائر استراتيجية الدولة في إدارة الأزمة،دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع،ط 2020.

- حرات ليلي، الدروس المستفادة من خلال انتشار أزمة فيروس كورونا. لمة العربية للأجهزة العليا قابلة المالية والحاسبة ARABOSAI ،مشروع المسابقة الثالثة عشر للبحث العلمي التي تنظمها المنظمة العربية للأجهزة العليا للرقابة المالية،2020

- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005.

- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.

- وليد يوسف صالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2011.

- مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2016.

- د.حجام العربي،الخدمة العمومية واليات ترقيتها في الإدارات الحكومية مقاربات نظرية تجارب محلية وعالمية،مركز المدار المعرفي للأبحاث والدراسات،الجزء الأول ،النشر الجامعي الجدد،2020.

- د.ساعد ساعد،كورونا كوفيد19والمتحورة –الإبعاد التاريخية والإعلامية والمستقبلية-،الفا للوثائق للنشر ووالتوزيع،ط1 ،2022.

- عبد العالي دبلة،سوسيولوجيا كوفيد19عندما يفقد العالم توازنه،النر الجامعي الجديد،2021.

- عبد الكريم بوحفص،تطور الفكر التنظيمي الرواد والنظريات،ديوان المطبوعات الجامعية،2017.

- د.رحمي عبد الرحيم،إدارة الصحة مدخل لتحقيق متطلبات سلام المرضى،دار بصمة عليمة ورقلة،ط1، 2024.

- د.سعاد العقون،مدخل لإدارة الأزمات،مركز البحوث والدراسات حول الجزائر والعالم،2016.

2.1.رسائل الدكتوراه والماجستير

1.2.1.رسائل الدكتوراه

- بودية بشير، إشكالية تسيير الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية ترابي بو جمعة ببشار، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص علوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر، 2016.

- برحو فافا سهيلة،إصلاح المنظومة الصحية ودورها في انتعاش الاقتصاد الجزائري2002-2022،أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية،تخصص تخطيط،جامعة الجزائر03، 2022.

- عياشي نور الدين،المنظومات الصحية المغاربية-دراسة مقارنة-،أطروحة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية،جامعة منتوري قسنطينة،2009.

- ماتن زينب،ترقية الاداء الصحي في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية:دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص،اطروحة دكتوراه علوم،تخصص تسويق،جامعة الجزائر،2023 .

- خلاصي عبد الاله،العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة(1990-2018)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل.م.د،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان،2020 .

- حوميميد براهيم،الإنفاق الصحي وأثره في تحسين جودة الخدمات في المؤسسات العمومية من وجهة نظرالمرضى— دراسة حالة المؤسسة العمومية الاسشفائية لعين طاية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل. م. د، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، شعبة علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة الجزائر3، 2023.

- علي دحمان محمد،تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر،أطروحة دكتوراه،جامعة أبوبكر بلقايد-تلمسان،2017/2016.

- ماتن زينب،ترقية الاداء الصحي في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية:دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص،اطروحة دكتوراه علوم،تخصص تسويق،جامعة الجزائر3، 2023.

- عياشي نورالدين،المنظومات الصحية المغاربية-دراسة مقارنة-،أطروحة دكتوراه العلوم في العلوم الاقتصادية،جامعة منتوري قسنطينة،2009.

- رضا أنساعد،التسويق الصحي كمدخل لتدعيم الميزة التنافسية للمؤسسات الصحية*تجار دولية*، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص تسويق ، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف،2014.

- مساوى سارة،التوافق بين ثقافة المؤسسة واستراتيجياتها بمؤسسات القطاع الصحي العموميي،دكتوراه علوم التسير،تخصص تسيير عمومي،جامعة الجزائر3،2018 .

- رحمي عبد القادر،دور إدارة الصحة في التقليل من الأخطار الناجمة عن العمليات الاستشفائية دراسة حالة تاتخطاء الطبية بالجزائر،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير ،جامعة الجزائر3، 2021.

- ضحاك نجية،تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر دراسة حالة المؤسسات الاستشفائية في القطاع العمومي،أطروحة شهادة دكتوراه،كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير،جامعة الجزائر3،2011.

- بن فرحات عبد المنعم،انعكاسات انماط تسيير المؤسسات العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات بالجزائر- دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة،كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير،جامعة بسكرة،2017.

- حجو يوسف،دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية،أطروحة دكتوراه،العلوم الاقتصادية،تخصص تسويق الخدمات،جامعة الشلف،2021.

- بوعلاقة عز الدين، مساهمة الكفاءات البشرية في إدارة الأزمات دراسة حالة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية،أطروحة دكتوراه علوم التسيير،تخصص ادراة أعمال،جامعة الجزائر03 ،2023.

- موساوي محمد، أثر إدارة الأزمات الوبائية العالمية على إدارة الموارد البشرية بالمؤسسات الجزائرية: حالة كوفيد 19، أطروحة دكتورا، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2024/2023.

- حرش كريم،العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بإستراتيجيات المواجهة لدى الأطباء والممرضين في زمن الأوبئة،وباء كورونا المستجد نموذجا دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران،اطروحة دكتوراه ل،م،د في علم النفس،جامعة غليزان،2022.

- كوثر منسل،تفعيل دور الإدارة الالكترونية في الجزائر:نحو بروز قانون للإدارة الالكترونية،أطروحة دكتوراه،تخصص قانون عام،شعبة حقوق،2جامعة 8ماي19845 قالمة،السنة الجامعية 2022-2023 .

- بن حراث العربي،تصنيف المستشفيات كنموذج للرفع من الأداء التنظيمي تحسينا لجودة الخدمة الصحية وقياسها باستخدام نموذج (KBEM)،دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية غليزان. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير ،2021.

- عتيق عائشة،جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية- دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-،رسالة تخرج ماجستير،تخصص تسويق دولي،جامعة ابوبكر بلقايد-تلمسان،.2011

2.2.1.رسائل الماجستير:

- خروبي بزارة عمر،أصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999-2009) دراسة حالة:المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف الشلف،مذكرة لنيل شهادة ماجسيتير،جامعة الجزائر03،كلية العلوم السياسية والإعلام، تخصص رسم السياسات العامة،2010.

- صالحي عبد الرحمان،الجماعات الإقليمية بين الاستقلالية والتبعية،رسالة ماجستير،كلية الحقوق،الجزائر2008،1.

- زيدات سناء،ادارة ومالية المؤسسات الاستشفائية،رسالة ماجستر،كلية الحقوق جامعة الجزائر،2001.

- مقدر طارق،اصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية من خلال اعادة النظر في نظام تمويلها،ماجستير،ادارة أعمال،جامعة الجزائر،2005 .

- طارق زياد الاسطل،درجة تطبيق الإدارة بالأهداف في الجامعات الاردنية الخاصة في عمان من وجهة نظر أعضاء الهيئة التدريسية،رسالة ماجستير،كلية العلوم التربية،جامعة الشرق الاوسط للدراسات العليا،2008.

- ربحي عبد القادر، واقع استخدام أساليب إدارة الأزمات في المستشفيات الكبرى في قطاع غزة،رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية- غزة،2006،2 .

- السويسي دلال، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف لولاية ورقلة، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2013.

3.1.المجلات

1.3.1.المجلات الوطنية

- خبازي فاطمة الزهراء،معوز نشيدة،صلابة النظم الصحية ضرورة حتمية لما بعد كورونا،مجلة الاقتصاد الجديد،المجلد13،العدد2، 2022.

- عدمان مريزق،دراسة وصفية تحليلية لأداء النظام الصحي في الجزائر،مجلة العلوم الإنسانية،المجلد 12،العدد 02 ، 2012.

- أمال بوقاسم،النظام الصحي الجزائري في ظل أزمة كورونا دراسة تحليلية،مجلة الحقوق والعلوم السياسية،المجلد09، العدد2022،02.

-لويزة مباركي،عبد الحميد لوناس،الاقتصاد البنفسجي والرعاية الصحية-النظام الصحي السويدي نموذجا-،مجلة الاستراتجية والتنمية،الجلد10،عدد خاص،2020 .

-ط.د/سليني محمد صغير،لعطراوي كمال،دور منظمة الامم المتحدة للتربية والعلوم الثقافية(اليونيسكو) في حماية حقوق الانسان،مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية –امرك الجامعي-بركة،2019.

- بن عجيلة حياة،عبدلي حبيبة، دور منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف في حماية الأطفال(أطفال غزة نموذجا)،مجلة الباحث للدراسات الاكادمية ،2024.

- بوكورول منال،منصوري محمد،دور الجهورد الدولية في مكافحة فيروس كوونا المستجد(covid-19)،حوليات جامعة الجزائر 1،المجلد34، عدد خاص،2020 .

- حبيبة قشي،الإصلاحات الجديدة للنظام الصحي في الجزائر (الواقع والآفاق)،مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية،المجلد14،العدد 1،2021.

- رشيدة كرمبيط،دور المؤسسات الاستشفائية في تحقيق مطلب الصحة،مجلة افاق لعلم الاجتماع جامعة البليدة02،العدد01،المجلد7.

-رحمانية سعيدة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات،المجلة الجزائرية للأمن والتنمية،المجلد08،العدد02، 2019 .

- زمورة نزيهة،واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والتحديات،2023،المجلة الجزائرية للأمن والتنمية،المجلد11،العدد1.

- بوسالم أحلام،الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية بين الواقع والمأمول،2023،المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية،المجلد10،العدد04.

- بلباي عبد الرحيم، أثر الإجراءات الوقائية الصحية على أداء المستخدمين في قطاع الصحة في ظل أزمة كوفيد-19:دراسة ميدانية على موظفي قطاع الصحة بأدرار،2023،مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، المجلد12، العدد3.

- محبوب مراد،رماضية فاروق عبد الفتاح،رقمنة قطاع الصحة في الجزائر ، بين فرص التغيير وتحديات التطوير،مجلة المفكر،المجلد19،العدد02، 2024.

- زينب قريوة،رشيدة بوخالف،المقاربة التشاركية ونظام التعاقدية كآلية لتمويل وعصرنة القطاع الصحي الجزائري،مجلة ابحاث قانونية وسياسية، المجلد08،العدد02، 2022.

- فاتن باشا،الادارة بالنتائج: مدخل مفاهمي للممارسة الادارية بالمؤسسات الرياضية،جامعة بسكرة،مجلة العلوم الانسانية،المجلد 24،العدد02، 2024.

- سارة زرقوط،الادارة بالنتائج ودورها في تحديث الادارات العمومية بجورجيا،جامعة سكيكدة،مجلة تطوير العلوم الاجتماعية،2020.

- رفاع شريفة،أساسيات فعالية قياس الاداء وفق منهج التسيير بالنتائج في المنظمات الحكومية،جامعة ورقلة،مجلة الباحث،2010.

- مبروكة عبد الله الخفيفي،فاطمة يوسف المنصوري،تطبيق الإدارة بالأهداف وعلاقتها بأداء العاملين بمنظمات الأعمال الليبية،المجلة الجزائرية للاقتصاد السياسي، مجلد02 ،العدد02 ،2020.

- تونسي اسمهان،بن الدين أمحمد،أثر الإدارة بالأهداف على أداء المرد البشري في المؤسسات العمومية الصحية-دراسة حالة مؤسسات القطاع الصحي لولاية أدرار،مجلة التكامل الاقتصادي،المجلد 10،العدد02، 2022 .

- حازم فروانة،انعكاسات الادارة بالاهداف في رضا العاملين في القطاع الصحي،جامعة تلمسان،مجلة التنمية الاقتصادية،العدد06، 2018.

- خليل صبيرية،زديرة شرف الدين،حداد عمار،مشروع المؤسسة كأداة حديثة للتسير الاستشفائي، Journal of Economic Growth and Entrepreneurship JEGE، العدد01،المجلد2021،4.

- عقون سعاد،مقدود وهيبة،تفعيل المناجمنت العمومي الجديد في المؤسسات الاستشفائية من خلال مشروع المؤسسة -دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية عين تادلس-مجلة اقتصاديات شمال افريقيا،العدد18،المجلد28 ،2022.

- شاربي بلقاسم،قاسمي أحمد توفيق،مشروع المؤسسة كأسلوب إداري لإحداث التغير التنظيمي،مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية،المجلد05،العدد17، 2020.

- أمال مقدم ،فتيحة فوطية،تكوين الاستاذ الجامعي وعلاقته بجودة التقويم في ظل جائحة كورونا-درسة ميدانية بكلية العلوم الاجتماعية،مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ،المجلد04،العدد02، 2023.

- مريم جنان، إستراتيجية إدارة الأزمة الصحية كوفيد 19 في الجزائر، مجلة الحقوق والحريات، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، المجلد01 ،2024.

- فؤاد جدو ،الأمن الصحي وإدارة الأزمات الصحية لما بعد كورونا،مجلة الحقوق،العدد02،المجلد10، 2022.

- حورية بالأطرش ومسروق فاطمة، إدارة الازمات في المستشفى محمد بوضياف في ظل جائحة كورونا-دراسة ميدانية لعينة من الإداريين، الأطباء والممرضين-مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، المجلد9، العدد2، 2020.

- لويزة مكسح، التدابير الشرعية للوقاية من جائحة كورونا المستجد(COVID-19). مجلة الأحياء ،المجلد20، العدد26، 2020.

- نور الدين زرارقة،محمد صالي،تطور الوضعية الوبائية و الديمغرافية لجائحة كورونا(كوفيد19) في الجزائر،مجلة رفوف-مخبر المخطوطات-جامعة ادرار،المجلد 19،العدد01، 2025.

- أمال بوقاسم، النظام الصحي الجزائري في ظل ازمة فيروس كورونا: دراسة تحليلة، مجلة الحقوق والعلوم السياسية جامعة لونيسي، البليدة،المجلد09،العدد02، 2022 .

- نعيم بوعموشة،فيروس كورنا (كوفيد-19)في الجزائر –دراسة تحليلية-،مجلة التمكين الاجتماعي،المجلد02 ،العدد02،جامعة محمد الصديق بن يحي جيجل، 2020.

- وريدة براهيمي، فيروس كورونا بالجزائر وانعكاساته الاجتماعية، مجلة مقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة،المجلد7،العدد1، 2022.

- مريم جنان، السياسة الصحية في الجزائر بين الاستجابة الإلزامية الدولية لمواجهة الطوارئ البعد العالمي-كوفيد-19أنموذجا ،المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد08، العدد2023،02 .

- قنان سهيلة،بودور عبد المالك،التدابير التي اتخاتها الجزائر للتصدي لفيروس كورنا،مجلة الفكر،الجلد07 ،العدد01، 2023.

- اليمين سعادة،تداعيات جائحة فيروس كورنا المستجد على الاقتصاد العالمي:الآثار على أهم القطاعات الاقتصادية وسبل مواجهتها،مجلة نماء للاقتصاد والتجارة، المجلد 5، العدد2 ،جامعة العربي بن مهدي أم البواقي،2021.

- وردة شيبان،سامية مقعاش،انعكاسات جائحة كورونا على أهم المؤشرات الاقتصادية في الجزائر-دراسة تحليلية اقتصادية،مجلة دراسات في الاقتصاد وإدارة الأعمال،المجلد 05،العدد01، 2022.

- عطاب يونس،تدابير الوقاية لحماية الصحة العمومية من وباء كوفيد-19،مجلة العلوم القانونية والإدارية،الجلد01، العدد8، 2020.

- سهام حروري، الاستراتيجية الجزائرية لمواجهة جائحة كورونا-كوفيد19-: الواقع والرهانات، مجلة الناقد للدراسات السياسية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر،المجلد5،العدد02، 2021 .

- نعيمة حاجي، الآليات القانونية لمكافحة فيروس كورونا كوفيد-19 في الجزائر،مجلة الساسة العالمية،المجلد5،العدد2، جامعة تبسة،2021.

- سهايلية سماح،الإجراءات الوقائية للتصدي لفيروس كورونا،مجلة الرسالة الدراسات والبحوث والإنسانية،المجلة5، العدد 03،2020 .

- جربوعة منيرة،التطبيب عن بعد ضرورة فرضتها جائحة كورونا،المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية،المجلد 58، العدد02، 2021 .

- وداد عباس، و دكار جنات، تدابير الجزائر لمواجهة الأزمة المزدوجة -جائحة كورونا وتراجع عائدات النفط- مجلة مدارت للعلوم الإجتماعية والإنسانية تصدر عن المركز الجامعي غليزان ، العدد04، 2021 .

- محمد امين بوحنك،كمال العقريب،الإدارة الالكترونية كآلية لتسيير بوابات وزارة الصحة الجزائرية الالكترونية "أنموذجا"، مجلة ابحاث ودراسات التنمية،المجلد10،العدد2023،01 .

- مداح عبد الهادي،تفعيل التحول الرقمي للتعليم العالي في الجزائر كالية لمواجهة مخاطر انتشار كوفيد-19- التطبيقات المتاحة والتحديات الموجودة-مجلة التنمية والادارة والتنمية للبحوث والدراسات،المجلد10، العدد02، 2021 .

- بوخدوني صبيحة،بن عاشور الزهرة،سياية التعليم عن بعد في ظل جائحة كورونا دراسة تحليلية لتعليمات والقرارات القرارات الصادرة من وزارة التعليم العالي والبحث العلمي الجزائرية،مجلة مدارات سياسية،المجلد4،العدد4،جامعة لونيسي البليدة،2020 .

2.3.1.المجلات الدولية

- سعد بن عزيز حبيب العتيبي، واقع إدارة الازمة في جامعة ام القرى في ظل جائحة كورونا كوفيد 19 وأثر ذلك في خطط إدارة الأزمة بالجامعة، المجلة العربية للإدارة، كلية إدارة الأعمال، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية، 2024 .

- Siham machmoume,Hajar laairi,Management de la crise de la covid-19 dans lesétablisements hospitaliers :Casdu CHU de Fés,MACHMOUME ?Alernaives Managérialeset Economiques,vol4,Nº14 ,2022.

- k,Barro, A,Malone,A ,Mokede,C,Chevance,Gestion de l'épidémie de la COVID-19 par les établissements publics de santé-analyse de Fédération hospitalière de France, journal de Chirurgie Viscrérale,V 20,Nº24 ,2020.

-Gérald Naro, Les leçons de la crise sanitaire du covid-19 pour le contrôle de gestion des hôpitaux publics :d'une logique de l'efficience à une logique de l'efficacité, international conference in accounting, 2020.

4.1.الملتقيات

1.4.1.الملتقيات الوطنية

- فاطمة صالحي، إدارة الازمات الصحية في الجزائر: الفشل السياسي والإداري في إدارة أزمات الأوبئة –إدارة أزمة وباء الكوليرا نموذجا 2018-، مداخلة.

- بوسماحة محمد واخرون، الأزمات، إدارة الأزمات في المنظمة: مقاربات ونماذج، الملتقى الدولي السابع: إدارة الأزمات واستشراف فرص المستقبل (ما بعد كورونا)، جامعة بشار، 2022.

- موسى كاسي،دربال رقية،تداعيات جائحة كورونا على الاقتصاد الجزائري-الآثار والإجراءات-،مداخلة لملتقى وطني بعنوان تداعيات جائحة كورونا على الاقتصاد الجزائري-الآثار والإجراءات،يوم 03 فيفري 2022.

- حاجي عيسي،مداخلة بعنوان: تحليل أثر انتشار وباء كوفيد-19 المستجد على الاقتصاد في الجزائر،ملتقى علمي الاول الافتراضي حول-تأثير جائحة كوفيد-19على التوزيع الجغرافي للاستثمارات في منطقة افريقيا والشرق الاوسط يوم 20 جوان 2022 بجامعة غليزان.

5.1.النصوص التشريعية

- الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973، المتضمن تأسيس الطب المجاني في القاعات الصحية، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 01 المؤرخة في 01 جانفي 1974.

- قانون الصحة الجزائري رقم 18-11 المؤرخ في 2018/07/02 الصادر بالجريدة الرسمية رقم 46 الصادرة بتاريخ 29/ 2018/07.

- المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 09 ربيع الاول عام 1418 الموافق لـ 14 يوليو 1979 ،يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها.

-التعليمة الوزارية رقم 15،المتعلقة بوضع محاسبة التكاليف في المؤسسات الصحية،المؤرخة في:2000/12/03، وزارة الصحة والسكان .

- الجريدة الرسمية رقم 33 الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007 .

- الجريدة الرسمية رقم 46 الصادرة بتاريخ 29 جويلية 2018.

- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2007/05/19، المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 33 المؤرخة في 2007/05/20.

- المرسوم التنفيذي رقم 13-220 المؤرخ في 18 جوان 2013، المتضمن إنشاء وكالة وطنية لتسيير الإنجازات وتجهيز مؤسسات الصحة، الصادر بالجريدة الرّسميّة رقم 33، المؤرخة في 26 جوان 2013.

- المرسوم التنفيذي رقم 16-114 المؤرخ في 26 مارس 2016، المتضمن حل الوكالة الوطنية لتسيير الإنجازات وتجهيز مؤسسات الصحة، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 20، المؤرخة في 30 مارس 2016.

- القانون رقم05/85 المؤرخ في 16 فبراير 1985،المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 /12/ 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 15 المؤرخة في 2010/03/07.

- المرسوم التنفيذي رقم 11-379 المؤرخ في 25 ذي الحجة 1432 الموافق لـ 21 نوفمبر 2011 ،يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2012/01/15، المحدد لمعايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 20 المؤرخة في 04/ 2012/04.

- القرار رقم 136 المؤرخ في 2015/12/27 المتضمن إنشاء فريق العلاج في المنزل، التابع للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمه وسيره.

- المرسوم التنفيذي رقم:69-20،المؤرخ في 21مارس 2020،المتضمن تدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا(كوفيد-19) ومكافحته،الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ،العدد 15،المؤرخة في:21 مارس 2020.

- دستور 2016.

- مرسوم تنفيذي رقم 20-69 مؤرخ في26 رجب عام 1441 الموافق 21 مارس سنة 2020،يتعلق بتدابير الوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته.

- مرسوم تنفيذي رقم 20-70 مؤرخ في29 رجب عام 1441 الموافق 24 مارس سنة 2020،يحدد تدابير تكملية للوقاية من انتشار وباء فيروس كورونا (كوفيد-19) ومكافحته.

- مرسوم تنفيذي رقم 20-72 مؤرخ في03 شعبان عام 1441 الموافق 28 مارس سنة 2020،يتضمن تمديد الحجر الجزئي المنزلي الى بعض الولايات.

6.1.المواقع الإلكترونية

- https://mawdoo3.com/ .2025/06/05 تاريخ الاطلاع عليه:
www.jointcommissioninternational.org
- www.books.google.dz 2019/11/17 تاريخ الاطلاع عليه
- www.ons.dz: الديوان الوطني للإحصاء بالأرقام على الموقع: **2025/06/30** تاريخ الاطلاع عليه:
- https://www.ejaba.com/question. 2026/01/26 تاريخ الاطلاع عليه:
- https://pchhealth-global.translate.goog/glossary/social-insurance-bismarck-model
الاطلاع عليه: 2026/01/28تاريخ
- https://www.hellobreda.com/ar/posts/het-zorgsysteem-in-nederland اطلع عليه يوم ،
2026/02/01
- https://www.echoroukonline.com/2022.،2025/06/12 كريمة خلاص ،اطلع عليه، يوم
- https://web.facebook.com/SanteDZA 2025/11/18 الخاص بوزارة الصحة الجزائر.تاريخ الاطلاع:
- https://www.daftra.com/hub29 2025/11/ ،اطلع عليه يوم:

- https://www.codezone-eg.com/ar/blog/the-role-of-management-in-improving-healthcare-service-quality-in-hospitals2025/10/30:اطلع عليه يوم
- http :www.insp.dz الموقع الرسمي للمعهد الوطني للصحة العمومية
- اطع علية يوم2025/12/24 الموقع:https-euneighbours-eu-ar-south-stay-informed-news والموقع: https://south.euneighbours.eu/ar/news.
- https://www.icrc.org/ar/document اطلع 2025 /12/24 على الموقع يوم:
- Erreur ! Référence de lien hypertexte non valid**e.**2025/12/24 على الموقع يوم:
- https://qudsnet.com/post اطلع2025/12/24 على الموقع يوم:
- https://www.aa.com.tr/ar/ 2025/12/24 اطلع على الموقع يوم:
- http://arabic.news.cn/2021-09/30/c_1310218290.htm .2025/12/25 اطلع على الموقع يوم:
- ttps://ar.wikipedia.org/wiki .

7.1. التقارير:

– تقرير الأمم المتحدة، الجمعية العامة، حماية البشرية من الأزمات الصحية في المستقبل. تقرير الفريق الرفيع المستوى الاستجابة العالمية للأزمات الصحية،09 فيفري2016 .

– République Algérienne Démocratique et populaire, Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives, Alger, 2003 تقرير وزارة الصحة

- https://ar.wikipedia.org/wiki 2025/11/05:اطلع عليه يوم

- صندوق النقد العربي،تقرير أفاق الاقتصاد العربي 2025، الموقع: https://www.amf.org

- www. mawdoo3.com 2018/05/08 تاريخ الاطلاع عليه

- Sandra Bertezene. Les hôpitaux face au SARS-CoV-2 : de la gestion de crise à la compréhension de l'incertitude. Chaire Nouveaux Risques : rapport 2021, Cnam; Allianz, pp.23-26, 2021.

- Hervé Dumez et Étienne Minvielle, Le système hospitalier français dans la crise Covid-19, Rapport établi par i3-CRG (Institut Interdisciplinaire de l'Innovation, Centre de Recherche en Gestion), 6 juillet 2020.

- Patrick BEEUSAERT ,El Hadi BENMANSOUR, Pauline DUBAR, Evelyne GAUSSENS, Nada NADIF,L'hôpital public à l'expérience de la pandémie : vers un nouveau modèle ?, Rapport du pôle santé du 01 octobre 2021, HEIP – L'OBSERVATOIRE DES TEMPORALITES

- Report_Switzerland_Healthcare_2015,The Swiss Healthcare System,Universitat J K U L i n z.

2.المراجع باللغات لأجنبية les références en langues étrangères

1.2.الكتب les ouvrages

- Safa lechab, Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCD:quels enseignements pour la modernisation du secteur de sante Algérien.
- World health Organisation, International health 2005,edetion 2008.
- Jean Gélinas,la santé en Angleterre :la réforme conservatrice et le Project travailliste, observatoire l'administration publique ENAP,1998.
- Jcque Freyssinet,le walfare state au Royaume –uni :Beveridge,est-tu là ?,IRES,2025.
- Willemijn Schäfer, The Netherlands Health system review.nivel,2010.
- Kanji, G. K, Measuring business excellence, Routledge, London, 2002.
- Méthodes de recherché en management, Disponible sur le site Numilog.com.
- Nimetcan Mehmet YAGMA,Abdul Ghaffar DONKER,MEHEME Enes Gokler, Management of hospitals COVID-19 Pandelic,mzdical research reports,2020.

2.2.الأطروحات les thèses

- Lan, W. Y, Business Excellence for Retail Banking, PhD Thesis, Sheffield Hallam University, UK, 2000.*
- Katsiaryna Kananovich, Comparaison internationale des systèmes de santé de onze pays : Allemagne, Biélorussie, Canada, Cuba, Danemark, Etats-Unis, France, Norvège, Royaume-Uni, Russie, Suède, PhD Thèses, HESAM Université, 2021. Français.
- SALMI Madjid Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou.

3.2.المجلات والجرائد les magazines et les journaux

- L. Laplace (1), B. Kamendje, J. Nizard, J.M. Coz, J. Chaperon, Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90**,** Santé publique
- Lechab Safa, Analyse comparative des modèles de système de santé des pays de l'OCDE : quels enseignements pour la modernisation du secteur de sante Algérien ?, Revue Innovation, Volume: 12, N°: 01,2022.
-ABDERAHMENE Djoher, Le système de santé Algérien face à la crise sanitaire du Covid-19 à Oran,2023
- Amrane, Salima,"Les réformes du système de santé en Algérie: Bilan et perspectives" , Insaniyat، 35-36 ;2007
- Habiba Bouguerroumi,Hayat BOUDJANA, The Algerian economy facing the Covid-19 pandemic: Current situation, analysis and perspectives, Journal of Studies in Economics and Management, volume 4,number 02,2021.

- Renaud GAY ,Kevin GUILLAS-CAVAN,La gestion sanitaire de l’épidémie de Covid-19 par les États : recettes communes et logiques nationales, Chronique Internationale de l'IRES 2020/3 (N° 171).

- Guennaz Nassim, Les hôpitaux du Maghreb face au COVID-19 : Etude de la participation des parties prenantes au processus de décision, European Scientific Journal, 2022 edition Vol.18, No.19.

- Zoulikha SNOUSSI, LE SYSTÈME DE SANTÉ ALGÉRIEN FACE À LA CRISE SANITAIRE DU COVID-19: QUELS ENSEIGNEMENTS SUR SES DÉFAILLANCES?, Les Cahiers du Cread -Vol. 36 - n° 03 – 2020.

الملاحق

الملحق رقم 01: استمارة مقدمة للاقم العاملة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية غليزان.

استبيان بحث من أجل إعداد دكتوراه

تخصص تسير واقتصاد المؤسسات

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

جامعة وهران 02

استبيان موجه للأطقم العاملة للمستشفى العمومي غليزان

الموضوع: تقييم نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية (كوفيد19) دراسة حالة مؤسسة استشفائية عمومية–

من إعداد الباحث: حاج قدور براهيم

تحت إشراف الأستاذ المؤطر: جوهر عبد الرحمان

دراسة مقدمة ضمن متطلبات شهادة دكتوراه

تحية طيبة وبعد:

تهدف هذه الاستمارة إلى دراسة **تقييم نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية(كوفيد19) –دراسة حالة مؤسسة استشفائية عمومية–**

يرجى منكم سيدي (ة) الموقر(ة) أن تجيبوا عن هذه الأسئلة التي بوسعكم الإجابة عنها بوضع علامة(X) في الخانة المناسبة.

ما يجب الإشارة إليه، أن هذه الاستمارة سرية والمعلومات المحصل عليها سوف تستعمل فقط في غرض البحث العلمي.

- **الجزء الأول: المعلومات الشخصية.**

1- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2- العمر:

أقل من 30 سنة ☐

من 30 سنة الى أقل من 40 سنة ☐

من 40 سنة الى أقل من 50 سنة ☐

50 سنة فأكثر ☐

3- الوظيفة:

☐ طبيب عام ☐ طبيب مختص ☐ شبه طبي

☐ صيدلي ☐ داري ☐ عامل مهني

5- الخبرة المهنية

أقل من5 سنوات ☐ من05 سنوات إلى 10 سنة ☐ من10 سنوات إلى 15 سنة ☐

أكثر من 15 سنة ☐

- **الجزء الثاني: نمط التسيير الاستشفائي**

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
البعد الأول:التخطيط لمواجهة الأزمة.						
01	اعتمدت المؤسسة الاستشفائية تخطيطًا استباقيًا لمواجهة الأزمات الصحية، من بينها جائحة كوفيد-19.					
02	تم تحديث خطط الطوارئ بشكل دوري لتتناسب مع تطورات الأزمة.					
03	تم إشراك جميع الأقسام في وضع استراتيجيات لمواجهة الأزمة.					
04	تحديد الأولويات بشكل واضح ومنظم لجميع الأطقم العاملة خلال الأزمة.					
05	تم توجيه الأطقم العاملة بناءً على أولويات محددة ضمن الخطة العامة لإدارة الأزمة.					
06	خضعت الأطقم العاملة بالمؤسسة لتدريبات مسبقة على تنفيذ خطط الطوارئ قبل الأزمة					
07	مراجعة وتقييم فعالية الخطط المنتهجة عقب انتهاء الموجة الأولى من الجائحة					
البعد الثاني:إدارة الموارد الطبية والبشرية.						
08	الموارد الطبية متوفرة بشكل كافٍ خلال الأزمة.					
09	توزيع الموارد بطريقة تعكس الاحتياجات الفعلية لكل مصلحة داخل المؤسسة.					
10	تمت إدارة الموارد البشرية بشكل فعّال للاستجابة لمتطلبات الأزمة.					
11	وُضعت إستراتيجية واضحة لإعادة توزيع الموارد خلال حالات الطوارئ.					
12	تمت ادراة مخزون الأدوية والمستلزمات الطبية بطريقة فعّالة خلال الأزمة.					
13	تم إشراك الأطقم العاملة في وضع آليات توزيع الموارد واتخاذ القرارات ذات الصلة.					

14	تم إخضاع الأطقم العاملة بالمؤسسة لتدريب إضافي على كيفية استخدام المعدات الجديدة مثل أجهزة التنفس الصناعي.					
البعد الثالث:اتخاذ القرار.						
15	اتّسمت قرارات الإدارة أثناء الأزمة بالوضوح والدقة.					
16	اتُّخذت القرارات بالسرعة اللازمة لمواكبة متطلبات وتحديات الأزمة.					
17	تم إشراك الأطقم الطبية في عملية اتخاذ القرار.					
18	اعتمدت القرارات المتخذة خلال الأزمة على بيانات موثوقة ومعلومات دقيقة.					
19	تمت إدارة الضغوط الإدارية بكفاءة خلال عمليات اتخاذ القرار أثناء الأزمة.					
20	تم توثيق القرارات ومراقبة تنفيذها بشكل منهجي لضمان فعاليتها وتحقيق الأهداف المرجوة.					
21	تم تحليل نتائج القرارات المتخذة للاستفادة منها في تطوير الأداء المستقبلي.					
البعد الرابع:التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي						
22	تميز التواصل بين الأقسام في المؤسسة بالكفاءة والفعالية خلال فترة الأزمة					
23	آليات التواصل بين الإدارة والأطقم العاملة متاحة بشكل منتظم وفعّال داخل المؤسسة خلال الأزمة.					
24	تلقت الأطقم العاملة المستجدات المتعلقة بالأزمة بشكل دوري ومنتظم.					
25	التنسيق بين المؤسسة الاستشفائية والجهات الصحية الخارجية كان جيدا.					
26	اتّسم توزيع المهام بين أقسام المؤسسة بالوضوح والتنظيم خلال الأزمة.					
27	واجهت المؤسسة الشائعات والمعلومات المغلوطة بفعالية.					
28	ساهمت الأطقم العاملة بالمؤسسة في معالجة الإشكالات المرتبطة بالتنسيق بين مختلف المصالح.					

الجزء الثالث: مواجهة الأزمة الصحية كوفيد19						
البعد الأول:فعالية الاستجابة للأزمة						
29	استجابت المؤسسة الاستشفائية بسرعة كافية لمواجهة تحديات أزمة كوفيد-19					
30	استُخدمت آليات فعالة لضمان استمرارية الخدمات رغم تزايد أعداد المرضى.					
31	كانت الاستجابة مرنة بما يكفي للتكيف مع تطورات الأزمة.					
32	إدارة وتحديد الحالات الحرجة خلال الأزمة جرى بفعالية.					
33	كانت هناك آليات واضحة لمتابعة تنفيذ الإجراءات أثناء الأزمة.					
34	التعامل مع التحديات الطارئة (مثل نقص الأسرّة أو المعدات) اتّسم بالفعالية.					
35	ساهمت جهود الأطقم العاملة في الحد من الفوضى التشغيلية أثناء الأزمة.					
البعد الثاني:جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي						
36	تم تقديم رعاية صحية عالية الجودة لمرضى كوفيد-19 خلال الأزمة بالمؤسسة.					
37	الاستجابة لحاجة المؤسسة من الموارد الطبية (كالأدوية والمعدات) كانت مناسبة وكافية.					
38	الالتزام بالبروتوكولات الصحية الدولية أثناء تقديم الرعاية بالمؤسسة خلال الازمة.					
39	تم توفير دعم تشغيلي كافٍ (مثل التوجيهات أو التدريب) للأطقم العاملة بالمؤسسة.					
40	التعامل مع التحديات اللوجستية جرى بفعالية لدعم جودة الرعاية بالمؤسسة.					
41	كانت هناك شفافية في تقارير جودة الرعاية المقدمة للأطقم العاملة بالمؤسسة.					
42	استفاد العاملون من دورات تدريبية ساهمت في رفع كفاءة تقديم الرعاية الصحية					
البعد الثالث:إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل						

43	تحديد المخاطر المرتبطة بكوفيد-19 (مثل العدوى) بدقة في المؤسسة.					
44	وضع خطة واضحة لإدارة المخاطر التشغيلية بالمؤسسة خلال الأزمة.					
45	تأمين الكمية اللازمة من معدات الوقاية الشخصية كأدوات التعقيم الفعالة للأطقم العاملة بالمؤسسة لضمان سلامتهم أثناء تأدية مهامهم.					
46	التعامل مع نقص الموارد الطبية بفعالية لضمان سلامة الأطقم العاملة بالمؤسسة.					
47	كانت هناك خطط طوارئ بالمؤسسة للتعامل مع تفاقم الأزمة.					
48	توثيق الحوادث أو المخاطر وتحليلها من أجل تفاديها ولتحسين الأداء بالمؤسسة.					
49	إشراك الأطقم العاملة في مناقشة تدابير إدارة المخاطر بالمؤسسة.					
البعد الرابع: التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية.						
50	التنسيق بين المؤسسة الاستشفائية والجهات الصحية الخارجية (مثل مديرية الصحة) كان فعالاً خلال أزمة كوفيد-19.					
51	توفير الموارد الطبية (مثل اللقاحات أو المعدات) بسرعة من خلال التعاون مع الجهات الصحية الخارجية.					
52	كانت هناك قنوات اتصال واضحة مع الجهات الصحية الخارجية لإدارة الأزمة بالمؤسسة.					
53	ساهم التعاون مع الجهات الخارجية في تحسين استجابة المؤسسة للأزمة.					
54	تبادل المعلومات المتعلقة بالأزمة (مثل البروتوكولات الصحية) بفعالية مع الجهات الخارجية.					
55	هناك دعم كافٍ من الجهات الصحية الخارجية لتلبية احتياجات المؤسسة					
56	تم تنسيق نقل الحالات بين المؤسسات الصحية بفعالية خلال أزمة كوفيد-19					

الملحق رقم 02: استمارة مقابلة موجهة لبعض رؤساء المصالح والأطباء بالمؤسسة الاستشفائية.

أسئلة مقابلة مركزة لتقييم نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة أزمة كوفيد-19

1. التخطيط لمواجهة الأزمة

3. كيف تصف خطة المؤسسة لمواجهة كوفيد-19؟ ما الذي نجح وما الذي فشل؟
4. هل ساعدت التدريبات المسبقة للأطقم في التعامل مع الأزمة؟ أعطِ مثالًا.

2 . إدارة الموارد الطبية والبشرية

3. هل كانت الموارد الطبية كافية؟ ما هوأكبر تحدٍ واجهته في توفر الموارد؟
4. كيف تم توزيع الأطقم البشرية؟ هل شعرت بالضغط بسبب نقص الموظفين؟

3. اتخاذ القرار

3. هل كانت قرارات الإدارة واضحة وسريعة؟ ما مثال على قرار أثر على عملك؟
4. هل أُشركت الأطقم في اتخاذ القرارات؟ كيف تأثرت الشفافية بالأداء؟

4. التنسيق الداخلي والتواصل المؤسسي

3. ما مدى فعالية التواصل بين الأقسام؟ ما الذي أعاق التنسيق؟
4. هل تم إعلامكم بالمستجدات بانتظام؟ كيف أثر ذلك على عملك؟

5. فعالية الاستجابة للأزمة

3. هل استجابت المؤسسة بسرعة ومرونة لتحديات الأزمة؟ أعطِ مثالًا.
4. كيف تم التعامل مع نقص الأسرّة أو المعدات؟ ما الذي كان يمكن تحسينه؟

6. جودة الرعاية الصحية والدعم التشغيلي

3. كيف تقيّم جودة الرعاية لمرضى كوفيد-19؟ ما التحدي الأكبر؟
4. هل قدمت المؤسسة دعمًا تشغيليًا كافيًا (مثل التدريب)؟ كيف أثر ذلك؟

7. إدارة المخاطر وسلامة بيئة العمل

3. هل وفرت المؤسسة معدات الوقاية بشكل كافٍ؟ كيف أثر ذلك على سلامتك؟
4. كيف تم تحديد المخاطر (مثل العدوى) وإدارتها؟ ما مدى فعالية الخطة؟

8 . التعاون والتنسيق مع الجهات الصحية الخارجية

2. هل كان التنسيق مع الجهات الخارجية (مثل وزارة الصحة) فعّالًا؟ ما التحديات؟
3. كيف ساعد التعاون الخارجي في توفير الموارد؟ أعطِ مثالًا.

الملحق رقم 03: قائمة الأساتذة المحكمين.

الرقم	اللقب والاسم	الرتبة	الجامعة
01	جوهر عبد الرحمان	أستاذ محاضر قسم"أ"	وهران02
02	بن حراث العربي	أستاذ محاضر قسم"أ"	جامعة غليزان
03	قارة ابراهيم	أستاذ محاضر قسم"أ"	جامعة غليزان
04	مفيدة نادية	استعاذ محاضر قسم"أ"	جامعة غليزان
05	عبد المنعم بن فرحات	أستاذ محاضر قسم"أ"	جامعة بسكرة
06	لقرع مريم	أستاذ محاضر قسم"أ"	جامعة سعيدة

الملحق رقم 04: المراسلات الادارية.

الباحث: حاج قادور براهيم
طالب دكتوراه سنة ثالثة
رقم الهاتف: 0554372550

غليزان في: 2025/07/22

الى السيد: مدير المؤسسة الاستشفائية العمومية
محمد بوضياف غليزان

المؤسسة الإستشفائية بغليزان
الأمانة العامة
البريد الوارد
رقم: 2025 ... 2.2
التاريخ

الموضوع: طلب الترخيص بإجراء دراسة ميدانية والحصول على إحصائيات خاصة بكوفيد-19.

المرفقات:

- نسخة من الاستبيان
- قائمة أسئلة للمقابلة الموجهة إلى الإطارات الصحية.

يشرفني أن أتقدم إلى سيادتكم بهذا الطلب راجيًا منكم الترخيص لي بإجراء دراسة ميدانية على مستوى مؤسستكم، وذلك في إطار إعداد أطروحتي لنيل شهادة الدكتوراه بعنوان:

"تقييم نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19 – دراسة حالة مؤسسة استشفائية عمومية."

تتضمن هذه الدراسة استبيانًا موجهًا إلى مستخدمي المؤسسة، بالإضافة إلى مقابلات علمية مع بعض الإطارات الصحية، قصد جمع المعطيات الكفيلة بتحقيق أهداف البحث.

كما أرجو من سيادتكم، مشكورين، التفضل بتمكيني من الإحصائيات المتعلقة بمعالجة كوفيد-19 خلال الفترة الممتدة من سنة 2020 إلى غاية 2023، وذلك حسب التفصيل التالي:

1. عدد حالات الإصابة المؤكدة بكوفيد-19، مفصلة حسب الجنس والفئة العمرية.
2. عدد الحالات التي أدخلت إلى مصالح الإنعاش، مفصلة حسب الجنس والفئة العمرية.
3. عدد حالات التعافي، مفصلة حسب الجنس والفئة العمرية.
4. عدد الوفيات داخل المؤسسة، مفصلة حسب الجنس والفئة العمرية.
5. متوسط مدة إقامة المرضى في العناية المركزة بالمستشفى.
6. عدد الأسرة المتوفرة قبل وأثناء الجائحة، وعدد الأسرة المخصصة لاستقبال مرضى كوفيد-19.
7. عدد العمليات الجراحية التي تم تأجيلها أو إلغاؤها بسبب الجائحة.
8. إحصائيات حول ساعات العمل الإضافية أو المناوبات خلال ذروة الأزمة.
9. عدد الوفيات في صفوف العاملين الصحيين (إن وُجدت).
10. الميزانية العامة للمؤسسة خلال الفترة (2020 - 2023).
11. حجم الإنفاق على المعدات الوقائية، الأدوية، وأجهزة التنفس الاصطناعي.

أتعهد باستخدام جميع المعطيات المطلوبة في إطار البحث العلمي فقط، مع ضمان السرية التامة، والامتثال للأخلاقيات المهنية والبحثية المعتمدة.

أملي كبير في تفهمكم وتعاونكم للتعاد مع الأسرة الجامعية، وتفضلوا، سيادتكم، بقبول فائق عبارات الاحترام والتقدير.

موافقة المدير

المؤسسة العمومية الإستشفائية
المدير
1
غليزان

المعني بالأمر

الباحث: حاج قدور براهيم
طالب دكتوراه سنة ثالثة
رقم الهاتف: 0554372550

غليزان في: 2025/07/23

الى السيد: مدير الصحة لولاية غليزان.

الموضوع: طلب الترخيص للحصول على إحصائيات خاصة بكوفيد-19.

يشرفني أن أتقدم إلى سيادتكم بهذا الطلب راجيًا منكم في إطار إعداد أطروحتي لنيل شهادة الدكتوراه بعنوان:

"تقييم نمط التسيير الاستشفائي في مواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19 – دراسة حالة مؤسسة استشفائية عمومية."

الترخيص لي بالحصول على الإحصائيات المتعلقة بمعالجة كوفيد-19 خلال الفترة الممتدة من سنة 2020 إلى غاية 2023، وذلك حسب التفصيل التالي:

1. عدد حالات الإصابة المؤكدة بكوفيد-19، مفصلة حسب الجنس والفئة العمرية.
2. عدد الحالات التي أدخلت إلى مصالح الإنعاش، مفصلة حسب الجنس والفئة العمرية.
3. عدد حالات التعافي ،مفصلة حسب الجنس والفئة العمرية
4. عدد الوفيات داخل المؤسسة، مفصلة حسب الجنس والفئة العمرية.
5. متوسط مدة إقامة المرضى في العناية المركزة بالمستشفى.
6. عدد الأسرة المتوفرة قبل وأثناء الجائحة، وعدد الأسرة المخصصة لاستقبال مرضى كوفيد-19.
7. عدد العمليات الجراحية التي تم تأجيلها أو إلغاؤها بسبب الجائحة.
8. إحصائيات حول ساعات العمل الإضافية أو المناوبات خلال ذروة الأزمة.
9. عدد الوفيات في صفوف العاملين الصحيين (إن إوجدت).
10. الميزانية العامة للمؤسسة الاستشفائية قبل وخلال الفترة (2020 - 2023).
11. حجم الإنفاق على المعدات الوقائية، الأدوية، وأجهزة التنفس الاصطناعي.

أتعهد باستخدام جميع المعطيات المطلوبة في إطار البحث العلمي فقط، مع ضمان السرية التامة، والامتثال للأخلاقيات المهنية والبحثية المعتمدة.

أملي كبير في تفهمكم وتعاونكم للعداد مع الأسرة الجامعية، وتفضلوا، سيادتكم، بقبول فائق عبارات الاحترام والتقدير.

المعني بالأمر

موافقة المدير

عواد نور الدين
رئيس مصلحة الموارد و التخطيط بمديرية الصحة و السكان لولاية غليزان

موافق

2025/07/24

الملاحق رقم 05:الخاصة بـ SPSS

البيانات الشخصية

Statistiques

		الجنس	العمر	الوظيفة	الخبرة المهنية
N	Valide	141	141	141	141
	Manquant	0	0	0	0

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	67	47,5	47,5	47,5
	أنثى	74	52,5	52,5	100,0
	Total	141	100,0	100,0	

العمر

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أقل من 30 سنة	13	9,2	9,2	9,2
	من30 سنة إلى أقل من 40 سنة	55	39,0	39,0	48,2
	من 40 سنة إلى أقل من50 سنة	49	34,8	34,8	83,0
	50 سنة فأكثر	24	17,0	17,0	100,0
	Total	141	100,0	100,0	

الوظيفة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	طبيب عام	27	19,1	19,1	19,1
	طبيب مختص	12	8,5	8,5	27,7

	شبه طبي	45	31,9	31,9	59,6
	صيدلي	3	2,1	2,1	61,7
	إداري	35	24,8	24,8	86,5
	عامل مهني	19	13,5	13,5	100,0
	Total	141	100,0	100,0	

الخبرة المهنية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أقل من 05 سنوات	16	11,3	11,3	11,3
	من05 إلى 10أقل من سنوات	37	26,2	26,2	37,6
	من 10 سنوات إلى 15 سنة	44	31,2	31,2	68,8
	أكثر من 15 سنة	44	31,2	31,2	100,0
	Total	141	100,0	100,0	

معاملات الثبات

معامل الثبات بعد التخطيط لمواجهة الأزمة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,795	7

بعد إدارة الموارد الطبية و البشرية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,892	7

بعد اتخاد القرار

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,870	7

التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,812	7

محور نمط التسيير الاستشفائي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,924	28

محور مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19-

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,940	28

فعالية الإستجابة للأزمة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,824	7

جدوة الرعاية الصحية و الدعم التشغيلي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,831	7

إدارة المخاطر و سلامة بيئة العمل

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,838	7

التعاون و التنسيق مع الجهات الخارجية الصحية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,905	7

التخطيط لمواجهة الأزمة الصحية كوفيد-19

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques	
					Variation de R-deux	Variation de F
1	,596[a]	,355	,350	,499	,355	76,409

Récapitulatif des modèles

Modèle	Modifier les statistiques		
	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	1	139	,000

a. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

ANOVA[a]

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.

1	Régression	19,011	1	19,011	76,409	,000[b]
	Résidus	34,584	139	,249		
	Total	53,596	140			

a. Variable dépendante : التخطيط لمواجهة الأزمة

b. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	1,402	,254		5,529	,000
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,602	,069	,596	8,741	,000

Coefficients[a]

Modèle		Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1	(Constante)					
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,596	,596	,596	1,000	1,000

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques	
					Variation de R-deux	Variation de F
1	,510[a]	,260	,254	,714	,260	48,773

Récapitulatif des modèles

Modèle	Modifier les statistiques		
	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	1	139	,000

a. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	24,858	1	24,858	48,773	,000[b]
	Résidus	70,844	139	,510		
	Total	95,702	140			

a. Variable dépendante : إدارة الموارد الطبية و البشرية

b. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	,901	,363		2,482	,014
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,689	,099	,510	6,984	,000

Coefficients[a]

Modèle		Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1	(Constante)					
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,510	,510	,510	1,000	1,000

a. Variable dépendante : إدارة الموارد الطبية و البشرية

اتخاد القرار و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد 19

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques	
					Variation de R-deux	Variation de F
1	,677[a]	,459	,455	,495	,459	117,899

Récapitulatif des modèles

Modèle	Modifier les statistiques		
	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	1	139	,000

a. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	28,832	1	28,832	117,899	,000[b]

	Résidus	33,993	139	,245		
	Total	62,825	140			

a. Variable dépendante : اتخاذ القرار

b. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	,889	,251		3,536	,001
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,742	,068	,677	10,858	,000

Coefficients[a]

Modèle		Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1	(Constante)					
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,677	,677	,677	1,000	1,000

a. Variable dépendante : اتخاذ القرار

التنسيق الداخلي و التواصل المؤسسي و مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19-

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques	
					Variation de R-deux	Variation de F
1	,683[a]	,467	,463	,450	,467	121,621

Récapitulatif des modèles

Modèle	Modifier les statistiques		
	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	1	139	,000

a. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	24,642	1	24,642	121,621	,000[b]
	Résidus	28,164	139	,203		
	Total	52,806	140			

a. Variable dépendante : التنسيق الداخلي و التواصل

b. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	1,126	,229		4,919	,000
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,686	,062	,683	11,028	,000

Coefficients[a]

Modèle	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
	Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF

1	(Constante)					
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,683	,683	,683	1,000	1,000

a. Variable dépendante : التنسيق الداخلي و التواصل

أثر نمط التسيير الإستشفائي على مواجهة الأزمة الصحية كوفيد -19-

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques	
					Variation de R-deux	Variation de F
1	,770[a]	,593	,590	,34592	,593	202,296

Récapitulatif des modèles

Modèle	Modifier les statistiques		
	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	1	139	,000

a. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	24,207	1	24,207	202,296	,000[b]
	Résidus	16,633	139	,120		
	Total	40,840	140			

a. Variable dépendante : نمط التسيير الإستشفائي

b. Prédicteurs : (Constante), مواجهة الأزمة الصحية كفيد

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	1,079	,176		6,137	,000
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,680	,048	,770	14,223	,000

Coefficients[a]

Modèle		Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1	(Constante)					
	مواجهة الأزمة الصحية كفيد	,770	,770	,770	1,000	1,000

a. Variable dépendante : نمط التسيير الإستشفائي

Résumé :
Cette étude évalue en profondeur le mode de gestion hospitalière face à la crise de la COVID-19, à travers l'étude de cas d'un Établissement Public Hospitalier (EPH). En s'appuyant sur une approche descriptive et analytique via l'utilisation d'un questionnaire, d'entretiens et de l'analyse documentaire, elle examine l'efficacité des mesures organisationnelles exceptionnelles adoptées pour garantir la continuité du service public et la prise en charge optimale des patients. Les résultats démontrent que la réussite de la gestion de crise repose essentiellement sur une planification stratégique anticipative, la disponibilité des ressources humaines et matérielles, ainsi qu'une coordination étroite entre les différents acteurs du système de santé. Enfin, la recherche formule des recommandations pratiques visant à optimiser les performances managériales et à renforcer la résilience des établissements de santé face aux futures urgences épidémiologiques.
Mots clés :
Gestion hospitalière, crise sanitaire, COVID-19, établissements publics hospitaliers, gestion des crises sanitaires.
Abstract :
This study evaluates the hospital management model adopted during the COVID-19 health crisis through a case study of a public hospital. Utilizing a descriptive-analytical approach, data was collected via questionnaires, interviews, and document analysis. The research examines the exceptional organizational and administrative measures implemented during the pandemic, assessing their effectiveness in ensuring public service continuity and optimal patient care. Findings demonstrate that successful crisis management heavily relies on proactive strategic planning, the readiness of human and material resources, and strong coordination among healthcare actors. Ultimately, the study provides practical recommendations to optimize hospital management performance and enhance the resilience and preparedness of health institutions for future epidemiological emergencies.
Key words
Hospital management, health crisis, COVID-19, public hospital institutions, health crisis management.

الملخص:
تسعى هذه الدراسة إلى التقييم المعمق لنمط التسيير الاستشفائي المعتمد في مجابهة تداعيات الأزمة الصحية التي فرضتها جائحة "كوفيد-19"، وذلك بالاستناد إلى دراسة ميدانية لحالة مؤسسة عمومية استشفائية. ولمقاربة إشكالية البحث، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، مدعوماً بتوظيف أدوات منهجية متكاملة لجمع البيانات شملت الاستبيان، والمقابلات الميدانية، والتحليل الدقيق للوثائق الإدارية. وقد انصبت جهود البحث على تحليل حزمة الإجراءات التنظيمية والتدابير الإدارية الاستثنائية المتخذة إبان الجائحة، مع قياس مدى نجاعتها وفعاليتها في ضمان استمرارية خدمات المرفق العام والتكفل الأمثل بالمرضى. وأفضت مخرجات الدراسة إلى إثبات أن النجاح في إدارة الأزمات الصحية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بفعالية التخطيط الاستراتيجي والاستباقي، ومدى جاهزية الموارد البشرية والمادية، إلى جانب التنسيق المحكم بين مختلف الفاعلين في المنظومة الصحية. وبناءً على النتائج المسجلة، تُوجت الدراسة بصياغة جملة من التوصيات العملية الرامية إلى ترقية أداء التسيير الاستشفائي، وتعزيز مرونة وجاهزية المؤسسات الصحية لمواجهة الطوارئ والأزمات الوبائية مستقبلاً.
الكلمات المفتاحية:
التسيير الاستشفائي، الأزمة الصحية، كوفيد-19، المؤسسات الاستشفائية العمومية، إدارة الأزمات الصحية