

Résumé de la recherche en arabe

ملخص لمذكرة الدكتوراه

دراسة نظام تقييم اداء الموارد البشرية والتكفل بالمريض في مصالح الاستجالات الاستشفائية لولاية مستغانم

المقدمة

تطرقنا في هذا العمل البحثي الى موضوع النظام التقييمي في الاستجالات الطبية-الجراحية تحت عنوان " دراسة النظام التقييمي للأداء للموارد البشرية و التكفل بالمريض في الاستجالات الطبية-الجراحية للمصالح الاستشفائية لولاية مستغانم ". يهدف هذا البحث إلى دراسة النظام التقييمي لأداء الموارد البشرية و علاقاته بتكفل المريض في المصالح الاستجالية لولاية مستغانم.

حولت النظم الصحية الوطنية تحت ضغط التطور التاريخي، الاقتصادي و الاجتماعي. ولذلك ليس من المستغرب أن هذه الأنظمة غالبا ما تعكس المشاكل الرئيسية في المجتمع، بما في ذلك في الحكومة والإدارة والتمويل والاندماج الاجتماعي، ولكن سيتم تحديد الأولويات الخاصة و المراحل للتنفيذ انطلاقا من خصوصيات السياق الوطني (م.ع.ص، 2005 : 33-3).

اليوم، بلدان المغرب العربي تواجه متطلبات كبيرة من سكانها تهدف للوصول إلى أقل تكلفة للخدمات الصحية وزيادة مشاركة المستخدمين و المهنيين والحكومة للنظم الصحية (الانتقال الديمقراطي). يجب كذلك أن تستجيب الحكومات بالتحكم على النفقات الصحية التي سوف تزيد بشكل كبير بسبب توجه خاص إلى زيادة الأمراض المستجدة الجديدة (الأمراض غير المعدية 79.7٪ من الوفيات في تونس، التنكسية والصدمات). للوصول إلى هذا الهدف، يجب على الدول المغاربية إعادة التفكير في نظمها الصحية (التحول التنظيمي جاري منذ عقد من الزمن)، وتطوير البرامج التي، إن لم تكن موحدة، يمكن أن تكون متوافقة وتشمل التعاون فيما بين بلدان الجنوب و الاتحاد الأوروبي. هذه القواسم المشتركة من الممكن ان تواجهها البلدان الثلاثة، في وقت واحد تقريبا، تزامنا مع التحول الديمغرافي والوبائي. في الواقع، النظم الصحية للمغرب العربي، تركز بقوة على توزيع الخدمات الصحية، ويجب أن تتطور وتعزز تنمية مهام تتخذ المزيد من الاعتبار للمحددات الصحية، والقضايا الصحية ذات الصلة إلى حد كبير مع جميع السياسات العامة (التعليم، التغذية، الإسكان والبيئة). هذا هو التحدي الرئيسي الذي سيواجه بلدان المغرب العربي في السنوات العشرين المقبلة (شاوي، لقروس، 2012 : 05).

تحولات عنيفة انفجرت في الفضاء الحضري، والتوترات الاجتماعية المتعددة التي ميزت المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة (الإرهاب، العنف الاجتماعي، زيادة الفقر الخ) لا تخلو من عواقب، خاصة ارتفاع عدد الأمراض المزمنة مثل مرض السكري وارتفاع ضغط الدم (مبتول م، 2005 : 212).

الفضل المزمّن لقطاع العام الصحي ساهم في تكوين سريع و واسع من الخدمات الصحية الخاصة التي تستقطب الاحتياجات الصحية الكثيرة. للأسف هذه التنمية المتسارعة في الطب الخاص لن ترافق بتحديد واضح لدوره وعلاقته مع القطاع العام. و على الأقل مع مراقبة نشاطاته والرسوم (الاتعاب) المطبقة (أوفريحة ف. ز، 2009 : 35).

السياق الاجتماعي انخفاض أسعار النفط وإجراءات التقشف : اي توقعات للصحة ؟

يجري هذا البحث في سياق يتسم بالحاجة للتحكم بقدر الامكان للنفقات الاستشفائية و الاستغلال بفعالية للموارد المخصصة لهذا القطاع الاستراتيجي الذي يقدم للهيكل والفرق الصحية خدمات بدون تحديد اهداف مدروسة مسبقا أو معايير ذات طابع المردودية.

بالمقارنة مع القطاعات الاجتماعية الأخرى مثل التعليم ، التدريب المهني ، التعليم العالي، والضمان الاجتماعي والتضامن، والتي ليست معنية مباشرة عن الانهيار المفاجئ في الإيرادات الخارجية لقلّة استخدام بعض المنتجات وخدمات الاستيراد (المدخلات)، بالعكس ، يقول الخبير الاقتصادي للصحة الدكتور ل. العمري، ان القطاع الصحي هو في حد ذاته مباشرة في عين العاصفة لاستخدامه المدخلات المستوردة و التي تشخص في المعدات الطبية- التقنية (الماسحات الضوئية، الطب الإشعاعي والأجهزة الطبية المتنوعة) ووسائل النقل طبي (سيارات الإسعاف والمركبات وغيرها من المرافق و المعدات للمعاقين) والأدوية واللقاحات والمواد الخام والمكونات النشطة للإنتاج المحلي من الأدوية، ناهيك عن الصلب و الاسمنت لبناء العديد من المرافق الصحية مثل المستشفيات الجامعية و العامة، العيادات والمراكز الصحية، غرف العلاج.

عند استحضار التجربة العالمية المعاصرة، يستفسر الخبير الاقتصادي في الصحة، أن تاريخ العالم المعاصر علماً ان ظهور الأزمات المالية والاقتصادية العالمية ترافقها لا محالة تخفيضات هامة في الميزانية التي تؤثر أولاً، في القطاعات الاجتماعية التي هي بطبيعتها غير المنتجة مباشرة للناتج المحلي الخام ولكن تشارك في النمو.

دراسة "الحسابات الصحية الوطنية" التي نؤديها في إطار برنامج دعم القطاع الصحي، برنامج التعاون بين وزارة الصحة العمومية و إصلاح المستشفيات والاتحاد الأوروبي، يقول الخبير الاقتصادي للصحة الدكتور ل. العمري، تسلط الضوء على ملاحظة اساسية ، هي أن نسبة عالية من النفقات الصحية المنزلية، مرتفعة بشكل غير طبيعي تقدر بنحو 24.7% (1/4 تقريباً) من الإنفاق الصحي الوطني تطرح إشكالية بالفعل على هذا المستوى عندما المنظمة العالمية للصحة والبنك الدولي يوصيا أنه لا ينبغي أن يتجاوز 10%، وينبغي أن تهم فقط أغنى الأسر. من باب الإسقاط، يقول ل. العمري أنه يتوقع "مساهمة كبيرة في تمويل المستفيدين من الخدمات الصحية في المؤسسات العامة لا يمكن تجنبها، وبالتأكيد سوف يتم تنفيذها في عام 2016 و لعدة سنوات بعده ."

واستكمالاً لما سبق يتم طرحه بان "قطاع الصحة سوف يشهد ضغوطاً قوية وقيود مالية لا يمكن تحملها و التي من شأنها أن تؤدي إلى تنازل من مشاريع التنمية التي تفاقمت بسبب التحول الصحي التي تسوده الأمراض المزمنة غير المتنقلة و التي هي مكلفة جداً. بالتأكيد سوف يتم تخفيض فاتورة استيراد الأدوية وسوف تقتصر على الادوية العامة " (جريدة الوطن، 26.09.2015 : 16-17).

ونظراً لهذه القيود المفروضة على الموارد، فإن القضية الأساسية، حسب تقرير وحدة العلوم الاجتماعية والبحوث الصحية لجامعة وهران، ليس فقط، لتعبئة الموارد المالية. وهكذا، التقرير البحثي يستنتج الدروس من التجارب السابقة ويحذر الحكومة : "على الرغم من الموارد المجنّدة من قبل الحكومة، ويتميز النظام الصحي الجزائري بأعطال اجتماعية وتقنية متعددة (سوء استقبال للمرضى المجهولين، الفشل المتكرر للمعدات التقنية، وتحوّل المرضى، والتأخير الطويل في مجال

الرعاية ووقاية ضعيفة، الخ) التي يشير لنا بوضوح أن النتائج المتوقعة في التكفل الفعال للسكان، لم يتحقق بالكامل " (غراس، 2011: 18).

تاريخياً، مرحلة الانتقال إلى اقتصاد السوق في الاستجابة للأزمة الاجتماعية، لم تقترح مشروع مجتمع بديل ولا مشروع صحي مع أهداف محددة بوضوح. رغم تكريسه في مرسوم عام 1973، يتم مراجعة مبدأ مجانية الصحة العمومية، اثر المراجعة الدستورية لسنة 1989 بحذف المادة 51 (بأخذ محتوى المادة 54 من دستور عام 1996). مشروع قانون الصحة لعام 2003 هو جزء من هذا المشروع الاجتماعي للإصلاح شامل للمجتمع من منظور ليبرالي، مع تردد (بالنظر إلى القضايا السياسية)، فربما هذا ما يفسر بطء وتيرة المصادقة وتنفيذه. وهذه المرحلة الانتقالية تتطور في سياق نقص تامين قيمة العمل الإنتاجي، ومع إنتاج اتجاهات تتعارض مع قيم العمل وحماية الصالح العام.

قدم للمناقشة مع الفاعلين في قطاع الصحة ما قبل مشروع قانون الصحة الذي كانت صياغته في إطار إصلاح المستشفيات، و تمت المصادقة عليه من طرف المجلس الشعبي الوطني. كيف يمكن تفسير هذا التأخر في اعتماد هذا القانون والذي بالتأكيد سوف يساهم في تنشيط عملية الإصلاح في مجال الصحة ؟ أقتراح ما قبل مشروع قانون الصحة هياكل التي تتلخص في المشاركة في وضع وتخطيط السياسة الصحية والتقييم وتنفيذ إجراءات هامة (و لو نظرياً) مع اعتماد المنظمات الصحية. هذه الهياكل هي:

1. المجلس الوطني للصحة الذي يقدم راي نقدي حول صياغة وتنفيذ السياسة الوطنية الصحية (المادة 31)،
2. الوكالة الجهوية (المواد 200-205)،
3. وكالة الصحة وطنية للأمن الصحي في المواد الصيدلانية (المادة 341)، وعلى وجه الخصوص،
4. وكالة وطنية لتطوير التقييم والاعتماد (المواد 232-238) التي تؤدي دوراً حاسماً لتطوير المنظمات الصحية.

في مبادئه الأساسية، يقترح ما قبل مشروع قانون الصحة أن المؤسسة العامة ذات طابع صحي لها الاستقلالية الإدارية والمعنوية (المادة 242)، وأن الموارد المجندة لتمويل النظام الصحي الوطني و الاستخدامات التي يتم إجراؤها يتم عرضها سنوياً في الحسابات الصحية الوطنية إلى المجلس الشعبي الوطني، (المادة 262).

الملاحظة الوحيدة (والتي تعبر عن عدم وجود الإرادة السياسية) التي تفرض علينا أنه ما بين تاريخ اقتراح قبل مشروع قانون الصحة في 2003 و 2018، خمسة عشر (15) سنوات، على الرغم من النقاش المنظم مع الفاعلين بما في ذلك الشركاء الاجتماعيين والذي أدى الى عقد مؤتمر وطني في يوليو 2015، المجلس الشعبي الوطني صادق بتأخر كبير على هذا المشروع لإعداد المؤسسات الصحية في تنفيذ هذه الاجراءات لأن التغيير (ما تعلمنا من الأدبيات التجريبية العالمية) هو عملية تنظيمية طويلة، خصوصاً عندما يتعلق الامر بخلق، في نهاية المطاف، الظروف الملائمة لإحداث تغيير في مجال التسيير. نتساءل و لماذا، على وجه الخصوص، ان ننتظر اعتماد هذا التشريع وتطبيقه لإنشاء الحسابات الصحية الوطنية التي هي مفيدة جداً للمحاسبة الوطنية للموارد المخصصة لقطاع الصحة ؟

من جهة أخرى، التوصية 11 للجلسات الجهوية بشأن ما قبل مشروع قانون الصحة تشير فيما يخص السياسة الصحية، "يقترح ان يكون القطاع الصحي قطاع ذات سيادة." (يومية وهران، 2014/06/17).

كيف يمكن لنا تصور سياسة استشفائية موجهة لأهداف التحديث، سياسة تهدف الى تهيئة الظروف لتعبئة جميع الموارد، في حين أن القطاع الخاص، الذي لديه قدرات وإمكانيات كبيرة، لم يشارك ولم يدمج في عملية الإصلاح والتغيير؟ ومشاركته لن تكون حاسمة إذ، مسبقاً، لا تهيئ الظروف القانونية، مع إظهار الإرادة السياسية، لمشاركته في النظام الوطني المعلوماتي الذي سيتم دمج جميع هذه الأنشطة، أي الأمراض المعالجة، التشخيص والعلاجات المقدمة والوصفات الطبية.

هذه المقاربة، ذات طابع سيستمي، مما يطرح في جدول الاعمال الحاجة الماسة إلى تفعيل مبدأ استقلالية منظمات الصحة العامة والهيئة الإدارية. كيف يمكن تقديمهم لعملية تخفيض قيمة العملة ومعايير الكفاءة ونوعية الرعاية دون تمكينهم من المشاركة في تطوير منظماتهم وبرامج التنمية المراد تحقيقها وفي تعريف معايير التقييم؟ في نفس سياق هذا التفكير وإلى الحد الذي نتناول فيه العلاقة بين المنظمات الصحية مع بيئتهم وهذه الصعوبات المتعددة، يجب علينا كذلك معالجة مسألة الترابط بين النظام الصحي مع القطاعات الأخرى من الاقتصاد الوطني.

تناول الباحث قطاع الصحة ليس كمنظمة مغلقة بمنطق الخاص، ولكن بوصفها قطاع حيوي مع علاقات ذات مصالح مشتركة مع البيئة، وهذا يعني أنه في نهاية المطاف، الحلول الأساسية لقطاع الصحة لا يمكن ان تقع إلا في ظل عامل "الزيادة في الميزانية" (كإجابة لطلبات العمال)، بل ولكن يتم تحديدها أيضاً، و إلى حد كبير عن طريق تفاعله مع قطاعات أخرى من الاقتصاد الوطني المنتج.

النظم الصحية لا تقتصر على نظم الرعاية الصحية فقط، وسيكون من الخطأ تحديد سياسات الرعاية الصحية الا للخدمات الصحية. وتشمل السياسات الصحية كل خيار استراتيجي من القاع العام وشبه العام والخاص، لتحسين الحالة الصحية للسكان الذين هم تحت مسؤوليتهم، ثم سوف يحدد دور والتزامات الدولة في والخيارات الاقتصادية، البيئية، الاجتماعية المالية، وتنظيم الرعاية الصحية كذلك في الوقاية والتكوين (المؤتمر الأول الوطني حول سياسة الصحة وإصلاح المستشفيات، الجزائر 2010: 02). التحدي الأول، يقول التقرير أن تحدد بوضوح مجموعة من التدابير ذات الأولوية لتحسين أداء النظام الصحي، مع الأخذ بعين الاعتبار الترابط بين المكونات الرئيسية لهذا النظام - كما في الواقع أي نظام آخر (منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي بشأن الألفية، 2005: 35)

من الواضح إذا كنا لا نعتبر هذه المقاربة العامة التي قام بها مصلحا المانا الرائد في القرن التاسع عشر، الدكتور سالمون نيومان (1847)، لا يمكن لنا بوضع حلول جذرية لمشاكل الصحة العامة (التي ستبرز في كل مرة إلى السطح) وجماعة الاستعجاليين و فرق الاستشفائية سوف يواجهون نفس الظواهر الاجتماعية والثقافية التي ينتجها المجتمع و بالمزيد من التعقيد، سواء في مجالات الصحة و التربية الصحي (وبالتالي الوقاية)، المشاكل المتعلقة بالحوادث المرورية، وتطوير أعمال العنف في الاحياء والمناطق، ونقص في الاتصال والمعلومات حول القانون وحقوق وواجبات المواطنين بالعلاقة مع القطاع العام الصحي.

ما هي العوامل التي ادخلت، بداية من 1950، مميزات متباينة بين الدول التي ظهرت من البلدان الفقيرة الأخرى، عندما بدأت الأخرى في بروز، في حين دخلت الأخيرة في الركود؟ جان كلود بارتلمي Jean-Claude (2007) Berthélemy قام بدراسة العلاقة بين الصحة والنمو الاقتصادي، في محاولة لشرح المعجزة الآسيوية بالمقارنة مع فشل التنمية في معظم البلدان الأفريقية. في هذا البحث، يبدأ الباحث من فرضية من تمكين البلدان الناشئة، خاصة في آسيا، ان تنجو من الفقر في الوقت الذي بدأت تبرز تقدما في مجال الصحة والتعليم.

استنتاجنا، كما يقول الكاتب، أنه في السنوات 1950 و 1960، التحسينات في الصحة كان لها دور أساسي في مساعدة البلدان التي تسمى الآن بالناشئة، للخروج من اليأس و الذين كانوا قد اغرقوا فيه قليلا قبل فترة، على غرار البلدان الأفريقية. ومع ذلك، شدد على أن تحسين الظروف الصحية، والخروج من التخلف لا يكون ببساطة عن طريق الزيادة في الميزانية للمساعدات الصحية. بدلا من ذلك، يستلزم التركيز على الإصلاحات اللازمة لتحسين فعالية السياسات الصحية. ومن هنا تأتي الحاجة إلى مقاربة اندماجية، أي دمج الصحة والتعليم وغيرها من الخدمات العامة الأساسية في استراتيجية واحدة. وفي نفس السياق، يقول المشاركون في إعلان أدبلايد Adélaïde على إدماج الصحة في جميع السياسات (م.ع.ص، 2010)، فمعدلات العنف و الصحة السيئة والإصابات ترتفع عند السكان الذين لديهم صعوبات في الحصول على الغذاء والماء والسكن وفرص العمل ونظام قضائي عادل غير مقبول.

فيما يتعلق بتحديد علاقة تأثير بين التربية الصحية، تقرير الألفية العالمية (م.ع.ص، 2005 : 47) يوضح أنه يوجد ارتباط وثيق بين المستوى التعليمي للأمهات و وفيات الأطفال : وتشير دراسة أجريت في الهند أن 10 ٪ من نسبة الأمية بين الإناث من شأنها أن تقلل من معدل وفيات الرضع من 12.5 في 1000. حالة الجزائر تبدو مقلقة نوعا ما في تعداد عام 1998 للسكان والمساكن، ومعدل الأمية بين الناس الذين تتراوح أعمارهم بين عشر سنوات أو أكثر تم احتساب 31.66٪، كان 23.11٪ للرجال و 40.33 في المائة من النساء. وفيما يتعلق بولاية مستغانم المعدل العام هو ب39.53٪، بما في ذلك 26.67٪ للذكور و 52.56٪ للنساء (وزارة التربية والتعليم، 2005).

أيضا، كان دور الصحة في النمو الاقتصادي مقوم بأقل من قيمته بشكل كبير. ووفقا للأرقام التي قدمتها اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة، الذي انشا في يناير 2000 من قبل المدير العام لمنظمة الصحة العالمية لتحديد مرتبة الصحة في التنمية الاقتصادية العالمية، وزيادة بنسبة 10٪ في متوسط العمر المتوقع يتوافق مع زيادة في النمو الاقتصادي من حوالي 0.3 إلى 0.4٪ سنويا، كل ما تبقى من عوامل النمو أخرى مماثلة (م.ع.ص، 2002).

النظر في هذا الترابط والتدابير القوية التي تفرض، سواء في مجال التنسيق مع القطاعات الأخرى أو تنفيذ سياسة استراتيجية للوقاية، هذا يعني للباحث الفرنسي في علم الاجتماع F.Steudler ستيودلر، "من الممكن الحكم على المجتمع من مستشفياته" ويستنتج أن هذه الخيارات الصحية تعتمد على توجهات المجتمع العالم (1964 : 10) وأن هذه الخيارات والسياسة الصحية، قد يمكن ان تقوما بمراجعة البنية الأساسية للمجتمع.

حاليا، نرى أن الخدمات الصحية هي أفضل مرتبة في الحكومات أكثر ديمقراطية، و دراسة قدرت أن الانتقال يقلل معدل وفيات الأطفال بنسبة 5 في 1000، لكن الديمقراطية هي شرط ضروري ولكنه غير كاف، يستنتج تقرير برنامج الأمم المتحدة للتنمية البشرية لسنة 2010، مع الاعتماد على مثال دولة الولايات المتحدة الأمريكية التي كانت تتلقى صعوبات

توفير الخدمات الصحية العامة وأنه في ظل نظام ذات مؤسسات قوية (على أساس مؤشر مركب يقيس الفساد، سيادة القانون، الإدارة الجيدة، طبيعة الاستثمارات والصراعات الداخلية)، إذا كانت الحكومة تتفق المزيد من المال على الرواتب والسلع والخدمات، هذا يؤدي إلى مزيد من التقدم السريع لمؤشر التنمية البشرية، محذرا اذا كان مستوى التنمية المؤسساتية يتسم بتقدم ضعيف (كما هو الحال في الجزائر)، الاستثمارات المتزايدة ذات راس مال عام تنتج تقدم أضعف لمؤشر التنمية البشرية على المدى الطويل (تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي حول التنمية البشرية لعام 2010: 62).

وأخيرا، يوضح جوناثان مان (Jonathan Mann)، أستاذ علم الأوبئة والصحة العامة في جامعة هارفارد، ان "الصحة العمومية تتطلب إشراك الناس في علاج المشاكل التي تهمهم. إمكانية الافراد المهتمين بنفس المشكل للالتقاء ، للحدوث والبحث عن حلول فعالة أمر ضروري جدا للصحة العامة، حيث يقتصر الحق في تكوين الجمعيات، وتعاني الصحة العامة ". ويستنتج جوناثان مان أن "انتهاك الحقوق له تأثيرات قابلة للقياس على الرفاهية المادية، العقلية والاجتماعية؛ ومع ذلك، فإن هذا التأثير على الصحة لا يزال إلى حد كبير موضوع الاكتشاف والتوثيق" (جوناثان مان، 1998 : 07).

نتائج التحقيق الوطني الأول عام (2003) حول الاستجالات الطبية- الجراحية

الاستشارات والاقامة في المستشفى للحالات الاستجالية هي جزء مهم من القطاع العام. وغالبا المصالح الاستجالية في المستشفيات ذات حمولة زائدة بحالات استجالية ذات خطورة مختلفة، وقد تم تحديد هياكل تعمل خارج المستشفيات و تعمل على مدار 24 ساعة على 24 موزعة على القطاع الصحي في جميع أنحاء البلاد كجزء من إعادة الهيكلة لعام 1997 التي اجريت من قبل وزارة الصحة (التحقيق الوطني للاستجالات الطبية الجراحية، النتائج والتوصيات، 2006: 05).

الحالات الاستجالية هي جزء من الاستشارات غير المجدولة وفي معظم الحالات موجهة الى المستشفى الجامعي أو المستشفى لقطاع الصحي دون عناية فورية. وهذا يؤدي إلى استخدام الفوري لمصالح الاستجالات في المستشفيات. بالإضافة إلى ذلك، الاستشارات التي تقدمها هذه الخدمات الاستشفائية التي لا تشملها الحالات الاستجالية تمثل جزءا هام من نشاط هذه المنشآت. كما تم تعريفها في الدراسات الدولية في مجال "الاستجالات" نفهم من مصطلح "الاستجالات" ضرورة التكفل التشخيصي أو العلاجي بسرعة ، لم يكن مبرمجا، و تقديم الاستشارات في مؤسسة استشفائية او الاقامة في المستشفى. هذه الحاجة المعبر عنها من طرف المريض أو عائلته تبقى مفهوم ذاتي وتقدر على اختلاف الافراد (وص ام، 2006: 06).

حالة الاستجالات الطبية- الجراحية تشهد على عطل في عدة مستويات، وخاصة على المستوى التنظيمي. وقد وضعت مقترحات وخطط العمل مرارا وتكرارا، دون اتخاذ إجراءات فعالة على أرض الواقع، مما أدى إلى نقص في دافعية الموظفين الطبيين وشبه الطبي. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي وضع حوافز لتشجيع توظيف الاستجاليين وضمان مشاركتهم بأطباء مؤهلين.

هذا الاستطلاع الأخير لوضعية الاستجالات الطبية- الجراحية يؤكد الخلل التي سبق وصفه في تقارير سابقة لوزارة الصحة، ويحدد التقرير العناصر التالية (التحقيق الوطني للاستجالات الطبية الجراحية، النتائج والتوصيات، 2006: 49) :

2. إن نسبة كبيرة من حالات الاستعجالية ليست في المنطقة،
3. تمثل حالات الاستعجالية الحقيقية أقل من عشر المرضى التي تفحص أثناء التناوب،
4. الموظفين ذات دافعية ضعيفة (العلاوات غير كافية ، ظروف العمل سيئة والبيئة صعبة) ،
5. في كثير من الأحيان، تأهيل الموظفين محدود.

ومع ذلك، لاحظ واضعو التقرير، ان " أكثر من نصف حالات الاستعجالية التي تعالج خلال اسبوع التحقيق لا تعتبر حالات استعجالية حقيقية " (التحقيق الوطني للاستعجالات الطبية الجراحية، النتائج والتوصيات، 2006: 47). التقرير المقدم إلى وزير الصحة يشمل ملخص للتوصيات المقترحة. فيقترح إعادة هيكلة المصالح الاستعجالية التي يجب أن تستند إلى خطة عمل مهما كان المستوى و بدفتر الشروط و يجب كذلك أن يكون التقييم دوري، في المرحلة الأولى، في فترات قصيرة. ومن المهم أن هذا التقييم يجب أن يكون أولاً داخلي، ويشترط ان لجنة المتابعة تقوم بإشراك عناصر خارجية.

ويمكن أن تشمل هذه اللجنة ممثل عن مديرية الخدمات الصحية، وممثل عن المعهد الوطني للصحة العامة و خبراء في الاستعجالات (حالات استعجالية للكبار، حالات الاستعجالية للأطفال، أمراض القلب والأوعية الدموية الخ...). المهمة الأولى تتمثل في إنشاء المنظمة كما هو موضح أعلاه، مع تحديد دفتر الشروط على مختلف مستويات الهياكل الاستعجالات.

من جهة اخرى، استنتجت الدراسة التي أجراها فريق من خبراء في الأنثروبولوجيا الصحة لجامعة وهران تحت شعار " المهنيين الصحيين في مصالح الاستعجالات لمستشفى وهران "، أن " أكبر مشكلة في هذه المصالح تتمثل في العديد الكبير من عمليات الإجراء من مستشفيات محيطها، و بالإضافة إلى صغر حجم مساحة محلاتها و "التعدي" على الوسائل المتاحة للتكفل بحالات وهران " (بوسلامة ن.، 2011 : 06). وجاء كذلك في هذا التقرير البحثي أن " المريض يريد البقاء في المستشفى كما لو كانت له الفرصة أن يذهب إلى مكان فيه الدعم من الجميع. يريد أن تصبح علاقاته مألوفة مع الموظفين، و هذه هي حالة النساء التي وصلنا مع أسماء القابلات للعناية بهم ". (بوسلامة ن.، 2011 : 18) أدى هذا البحث إلى النتائج التالية:

1. يتم تفسير توترات التكفل الصحي لمهنيين الصحة من خلال استحالة تنفيذ المعيار الطبي في جميع أبعاده (النظافة، الغذاء، فضاء الخدمات الصحية، والوسائل التقنية التقنية الخ.) في واقع اجتماعي- صحي الذي يقوم بتفكيك كل النموذج المهني الذي كان يحلم به الممارسين الصحيين.
2. مهنيين الصحة يؤكدون الغموض التنظيمي الذي يشوه كل النشاط اليومي التي تم تحديده من حيث المخاطر، العطل و الشكوك.
3. يجب الانطلاق من البعد الاجتماعي- التنظيمي المفروض على جميع الفاعلين في الصحة (المرضى) والمهنيين في الصحة، لفهم خيبة الأمل (المهنيين في الصحة) المعبر عنها حول سير العمل في مصلحة الاستعجالات (بوسلامة ن.، 2011 : 21).

وعلاوة على ذلك، إذا كنا نريد التطرق بشكل صحيح لإشكالية الاستعجالات الاستشفائية، تحت شرط مزدوج، أولاً بإنشاء نظام تقييمي لأداء الاستعجالين (كنظام فرعي داخلي للمنظمة الاستعجالية) و بعد ذلك الاحترام، من الناحية العملية ،

للتسلسل الهرمي للنظام الصحي، وبالتالي احترام دور المنظمات المتواجدة في الخطوط الأمامية. ونستشهد بالمؤسسات العامة للصحة الجوارية، كنظام فرعي خارجي (للنظام الصحي المحلي) للحالات الاستعجالية والذي يلعب دورا حاسما في مهمة وأهداف المنظمات الاستعجالية، وذلك بهدف انعكاس أو تصحيح اتجاه تدفق المرضى (ممثلة بنسبة 80 ٪ من الاستشارات الغير العاجلة و 20٪ أمراض عاجلة). وهذا يعني تصور، في الهندسة الجديدة للنظام الصحي، الحاجة إلى التنسيق بين المؤسسات العامة للصحة الجوارية و الاستعجالات الطبية- الجراحية (التنسيق، التقييم، التبادل على الحلول الخ.).

وبالتالي، هذا النظام في تحديد الأولويات من البطاقة الصحية الجزائرية، ينص على أن المواطنين مدعوون ليكون موجهين نحو الهياكل الصحية التي تشخص في العيادات، و الهياكل المجاورة مثل غرف العلاج في الأحياء والقرى. في نفس المناقشة، وفقا لما قال عبيد عبد القادر (2014)، إطار في وزارة الصحة، "تحديات متعددة من الديمغرافي والوبائي، والتخطيط الحضري والحكم، من بين أمور أخرى، والدعوة لهرم النظام الصحي، تجديد للتعبير على قاعدة التي هي الرعاية الصحية الأساسية. تم بناء النظام الصحي الجزائري وفقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن العرض الصحي القريب (الرعاية الصحية الأولية)".

هذه الأولويات من التكفل والهياكل تتطلب مجموعة من المواصفات لكل منهم، ولكن أيضا من خلال خدمة المستشفى يقدم ف. إبراهيم هذه المجموعة من المواصفات التي تسمح لترشيد تخصيص الميزانيات وخفضها أو زيادة اعتمادا على النتائج. وهذا سيكون نفس التعاقد الأساسي. يجب أن القطاع الخاص يخضع لنفس القواعد في تحديد الأولويات، المهام، والمواصفات ضمن إطار متفق عليه مع الحكومة (فاروق أ.، 2012).

مؤكد أن هذا الشيء رضا مستخدمى الاستعجالات الطبية- الجراحية هو مؤشر مهم للدولة من خدمات الصحة العامة. يتم تقديم الافتراض العام المحرز فيما يتعلق بهذه المسألة على النحو التالي : نظام التقييم اداري، لا يقوم بتقييم نشاط الموارد البشرية وغير فعال وخاصة في مبدئه بالإنصاف، ويوضح دعم مستوى جودة مقبولة للمرضى.

اشكالية وفرضية البحث

عملية التقييم حقا مفيدة فقط إذا كانت هي نقطة انطلاق للتحسين. التقييم الذي لا يؤدي إلى تنفيذ إجراءات تصحيحية أو وقائية لا معنى له، وسوف يكون محبط جدا للمهنيين. وهكذا، تهدف عملية التحسين للحفاظ على نتائج المحصل عليها وتحسين تلك التي هي ناقصة او غير مقبولة (مونتاغنون، 2009: 981).

التحليل الاقتصادي لاستخدام المصالح الاستعجالية في المستشفيات يبين أن "الدور المعترف و المعياري بالاستعجالات الاستشفائية في علاج الإصابات الناجمة عن الحوادث أو المشاكل الصحية المرتبطة مع نوبات حادة من الأمراض المزمنة أو مراحل الامراض الحادة التي تتطلب تدخل طبي عاجل (المجلس المركزي للخدمات الصحية، عام 1962، و تورنس، 1970، ماجنوسون، 1980، هيرلي وآخرون، 1989؛ سيلبي وآخرون، 1996). ولكن الاستعجالات الاستشفائية تستخدم على نطاق واسع لأي أسباب أخرى" (ليمي أ.، 1996: 08).

تم تصميم الهياكل الاستعجالية للتكفل بالأمراض الحادة و في أقرب الأجل، من أجل تحسين التشخيص الحيوي، تنبأ تعقد الحالات الناتجة عن الامراض والحد من الألم. في حين أنه من الضروري أن يستقبل جميع المرضى في أقرب وقت

ممكن لتقييم احتياجات التكفل. الانتظار بين التقييم و التكفل الطبي-العلاجي يعتمد على شدة الحالة الصحية للمريض. ويعكس هذا الانتظار الفرز في هياكل الاستعجالات. للحصول على فتح غرفة استعجالات ، يحذر كاتب المقال، ليجب أن يكون الحد الأدنى لعدد الموظفين في أي وقت من اليوم، لضمان استقبال المرضى و التكفل بهم (بما في ذلك الدخول الى المستشفى لمدة قصيرة). للهياكل الاستعجالية التي تستضيف تدفق قوي من المرضى، عدم وجود مرجعيات (بطاقات مناصب العمل) يولد مجموعة متنوعة من الحالات اعتمادا على الخدمات لمرافق الاستعجالات. بالعكس، إنشاء منصب للاستقبال والتوجه (Poste d'Attente et d'Orientation) أمر بالغ الأهمية، لأنه يتيح افضل توجه للمرضى (L. Ricroch و A. Vuagnat، 2005 : 1-4).

ووفقا لتقديرات البنك الدولي، فإن التحول الديمغرافي وحده سيزيد الإنفاق على الرعاية الصحية ب60٪ من حيث القيمة الحقيقية بين عامي 2000 و 2020 (البنك الدولي، 2007). ومن هنا كانت الحاجة ملحة لتقييم أداء نظام الموارد البشرية التي يشارك من خلال ما يبرره من توزيع العلاوات ونظام ترقوي منصف الى استخدام فعال للنفقات والموارد المتاحة للنظام الصحي.

ينطلق الباحثون لمنظمة الصحة العالمية من ملاحظة أن "فجوة كبيرة بين إمكانات النظم الصحية وأدائها الفعلي، والبلدان التي تكسب على ما يبدو نفس الموارد ونفس فرص تحصل على نتائج مختلفة جدا". لماذا يحدث هذا ؟ إذا الباحثين يتساءلون كثيرا عن ما إذا كانت طريقة تنظيم النظام الصحي هي التي تفضل نظام صحي على الآخر، فردت منظمة الصحة العالمية أن ما يهم في الهيكل العام للنظام هو القياس الذي يسهل أداء المهام الأساسية لهذا النظام.

في تحديد موضوع البحث، أخذنا بعين الاعتبار استنتاجات المذكرة للماجستير واحتياجات واقع النظام الاستشفائي وقضايا الصحة العامة ذات الأولوية، اقترحنا بحث ليس له علاقة مباشرة مع تطوير مرجعية تقييم أداء الموارد البشرية في مصالح الاستعجالات بمستغانم، ولكن بدلا من ذلك تطرقنا "المرجعية" (من الواقع الملموس) من نظام تقييم أداء الموارد البشرية في الاستعجالات. أي دراسة تفاعل تقييم أداء نظام الموارد البشرية (المتغير المستقل) وتكفل المريض ذات الجودة الغير مقبولة (المتغير التابع).

يجب أن تأخذ هذه المنهجية في الاعتبار مستوى تنظيم الاستعجالات في المستشفى : تنظيم تقييم الأداء، التنسيق مع الدعم الفني والأدوات الإدارية، وجودة نظام المعلومات وينعكس هذا المستوى من المنظمة في نوعية الرعاية للمرضى من خلال فرق الاستعجالات في المستشفى. سوف تكون الحوسبة (ادخال الحاسوب وآلياته) شرطا مسبقا للحصول على أداء المستشفى، نظرا لعلاقتها المباشرة مع "كفاءة" النظام المعلوماتي. مفهوم الأداء، زيادة على طابعه المتعدد الأبعاد، نسبي. ما هي المعايير والمقاييس التي تأسس هذا المفهوم الجوهرية؟ كيف يتم ادراكه من قبل فئات مختلفة من العاملين في مجال الصحة ؟ ما هي مرتبة المساواة في الأبعاد الثقافية (روح العدالة والمساواة منجز في ثقافة المجتمع الجزائري) والاقتصادية في دوائر العمال، ولا سيما في صفوف الشبه الطبي، انطلاقا من دورهم الخاص في المستشفى؟ أهمية هذا البحث تنسجم مع سياق إصلاح النظام الصحي واندماجه في ما يسمى باقتصاد السوق (مع الحاجة لإدخال نظام القياس) والبحث على نموذج نظام صحي استعجالي بديل للنظام الحالي.

أننا نركز بحثنا على تقييم أداء نظام الموارد البشرية، بعد ملاحظات (مثبتة في مرحلة ما قبل التحقيق) متعلقة باختلالات في مصلحة الاستعجالات في تكفل المريض. اشكالية تقييم أداء الموارد البشرية تقع لا محالة في افاق تغيير المنظمة

الاستعجالية، وذلك بهدف التحقق من صحة مصداقية قطاع الصحة العام ودوره في ديناميات اقتصاد السوق مع متطلباته و متطلبات استقطابه، خاصة فيما يتعلق بالمقارنة بالدور الذي يقوم به القطاع الخاص الآن.

ضعف الجودة في التكفل بالمرضى تفسره الشكاوى وعدم رضا المرضى، أسرهم و في بعض الحالات الاستعجاليين انفسهم. كما تنشره تقارير الصحفية المكتوبة، بانتظام، على إقامة المرضى في المرافق الصحية والاستعجالات في المستشفى (الصحافة المكتوبة واستنتاجات تقرير 2007 للبنك الدولي تؤكد هذه الاتجاهات لعدم الرضا المرضى).

على مستوى المستشفى، يتشخص الأداء ماديا في توزيع المكافآت للموظفين، الاطباء، الشبه الطبي والإداريين. وتستند إجراءات التقييم على النصوص بمعايير العامة. تطبق هذه النصوص في كثير من الأحيان بطريقة إدارية أو بيروقراطية وتتجاهل الجهود الحقيقية لكل عامل، مسعف أو طبيب والفروق في الأداء بين مختلف المجموعات بالمستشفى (مصلحة، وحدة، الخ). بالفعل هناك صعوبة كبيرة : الأهداف العامة المحددة في المصالح، في المراكز أو الوحدات لا تثبت كأساس للأداء او لمعايير التقييم.

من خلال الدراسة الاستطلاعية لهذا الموضوع، فإننا ندرك أهمية نظام الحوافز في تحسين إنتاج الخدمات الصحية. سنقوم بإبراز أهمية الانصاف وتصوره من قبل العاملين (نظرية ادمس). وسلوك الاستعجاليين كرد فعل لتصورهم للمكانة او المرتبة التي يستحقونها في المنظمة الصحية.

في هذا البحث، نحن مهتمون كذاك بفهم لماذا الزيادات في الأجور لعام 2008، بما يتفق فيه الكفاية، لم تسفر لها تأثير نوعي على تحسين أداء المنظمات الاستشفائية والاستعجالية والتكفل بالمرضى. الملاحظ أن هذا التنظيم هو الذي سيقترح عليه مشروع قانون الصحة و نظام تشريعي (نفذوا بالفعل في البلدان الرأسمالية المتقدمة) ويهدف الى التقييم، لمشروع المؤسسة، لمنهجية الجودة و عملية الاعتماد، وفقا للإجراءات المحددة في القانون الجديد للصحة.

في هذا السياق، نحن ننطلق من المسلمة الأساسية، الشيء الذي ثبته جميع البيانات (التحقيق الاستكشافي والأدب العالمي للبحث في الصحة)، أن هناك فرقا واضحا (وسياق تنظيمي آخر) بين المرافق الصحية الجزائرية والفرنسية أو الأوروبية، وليس هناك حاجة لنقل لا نمط منظمة، أو مقارنة المسيرين او تشريعات العمل (ومع ذلك يمكن ان نستوحي من هذه التجارب).

تعتبر الموارد البشرية ذات أهمية بالغة بسبب استخدامها بقوة في المنظمة الاستعجالية و كذاك بسبب النفقات العالية المتكررة. والسؤال هو ليس فقط كيف هي العديد من الموارد متوفرة، ولكن ضمان المزيج المناسب واستخدام الموارد بكفاءة (OMS, 2000).

في هذا النهج، من زاوية علم النفس التنظيمي، الموارد البشرية تلعب دورا مركزيا في الاستقبال، مرافقة المرضى وإنتاج الخدمات الصحية، وبالتالي في أداء المنظمة الاستشفائية، و هكذا سوف تكون في قلب هذه الاشكالية. هذه المقاربة ترتكز على ضرورة مساهمة علم النفس العمل والمنظمات والموارد البشرية، في تحليل المنظمات الصحية. بالإضافة إلى أهمية المقاربة ذات تعدد التخصصات، هذا التخصص يمكننا من الاجابة في مجال البحوث والتطبيقات، لاحتياجات متعددة من خدمات المؤسسة والصحة : تحليل الموارد البشرية بشكل عام، الأداء والدافعية ونظام التقييم وعمل الفرقة وديناميات

الجماعة ودور القادة، نزاعات العمل وتحليل علاقات العمل. علم النفس العمل يهتم أيضا في تحليل نظام الحوافز والتشجيع العاملين في المجال الصحي، ونظام اتخاذ القرار، وسلسلة القيادة الخ.

وسيتم اعطاء اهتمام خاص لنظام التسيير المستخدم في إدارة المستشفى وفي المصالح الصحية. وتجدر الإشارة ، كقاعدة عامة، سواء كان الطاقم طبي أو شبه-طبي (الذين يسيرون المصالح الصحية)، تكوينهم يستند أساسا على التقني والطبي. و بالتالي نظم التسيير و ممارسات المناجمت، أهملت إلى حد كبير.

في المناقشة حول إدارة المنظمات والعوامل المتعلقة بالأداء والانتاجية، تساءل يطرح في المجتمع الجزائري : هل المجتمع يعاني من "مشكلة الرجال الأكفاء" ؟ هذه المشكلة المتكررة التي تطرح في كل مرة في المناقشات على الحاجة إلى مسيرين أكفاء في المؤسسات أو المنظمات الإنتاجية (أو الخدماتية).

هناك أكثر من قرن و مؤسس الإدارة العلمية (مهما كان رأي الباحثين على نهجه في تنظيم العمل)، حكم و بت في هذه المسألة الجوهرية. وهكذا في مقدمة كتابه "شركات إدارة العلمية" ف. و. تايلور (1912) الذي قدم فعالية النظام الجديد للقيادة والإدارة (المنظمة العلمية للعمل) اوضح المبدأ العام أنه " في الماضي، كان الرجل السيد الراجح، في المستقبل، سوف يكون النظام هذه الراجح " وأن الكتاب كتب خصيصا بهدف" في محاولة لإقناع القارئ بأن العلاج لعدم الفعالية يتمثل في القيادة العلمية وليس بحثا عن رجال استثنائيين أو عباقرة " (ف.و. تايلور، 1912). وبالتالي هذا الطرح يدعو للحاجة إلى قطيعة مع النظام التسييري القديم والتحول نحو منظمة مبنية على الاداء و التسيير العصري.

على ضوء هذه التساؤلات المقترحة ونتائج المقابلات ودراسة الأدبيات ذات الصلة ببحثنا، قمنا بصياغة اشكالية عامة من حيث تحليل أداء نظام تقييم الموارد الإنسان في العناصر التالية : هل يوجد تأثير هام لنظام تقييم أداء الموارد البشرية في الاستجالات الطبية-الجراحية على التكفل بالمرضى ؟

نؤكد أن رضا مستخدمي الاستجالات الطبية-الجراحية مؤشر هام لخدمات الصحة العامة و لمصادقية الدولة. و نقدم الفرضية العامة على النحو التالي: نعم يوجد تأثير قوي للنظام التقييمي لأداء الموارد البشرية في الاستجالات الطبية-الجراحية على التكفل بالمرضى.

وعلاوة على ذلك، فإننا نقدم التساؤل الثاني: في تحليل ديناميكية الفئات المهنية لمجموعة الاستجالات (الطبيب، الشبه الطبي و الإداري) نتساءل هل يوجد فرق في التأثير بين هذه الفئات المهنية المختلفة على التكفل بالمرضى ؟ لذلك فإن الفرضية الثانية نقدمها في الصياغة التالية : هناك فرق بين المجموعات المهنية الثلاث في التأثير على التكفل بالمرضى لصالح الأطباء و والشبه الطبي.

هذه الطريقة في صياغة المشكلة تقودنا إلى تحديد، مسبقا، نوع طبيعة إدارة التسيير الحالي في مصالح الاستجالات الاستشفائية. في تحليل مسألة الموارد البشرية الصحية، يلاحظ المكتب الاقليمي لأفريقيا لمنظمة الصحة العالمية ، أن "نظم المعلوماتية والإدارية محدودة ولا توفر القياس الحقيقي للإنتاجية المستخدمين"، مشيرا على أن عدم وجود نظام التقييم يبين الخصائص التالية للنظم الصحية الأفريقية (م.ع.ص ، 2007 : 16) :

1. اشكالية مصادقية المعطيات،

2. ضعف النظم المعلوماتية الصحية،

3. موارد تقنية محدودة للتحكم في النظم المعلوماتية،
4. سوء نوعية المعطيات التي تم جمعها (ضعف تعريفهم)،
5. ضعف ومحدودية منهجية جمع المعطيات،
6. مقارنة ضعيفة بين البلدان،
7. ويستنتج تقرير الندوة الضرورة للانتقال من إدارة شؤون الموظفين الى الإدارة الاستراتيجية للموارد البشرية.

منهجية البحث : البحث النشط

منهجيتنا متشعبة بمبادئ البحث النشط، ووفقا لتعريف لفريدريك واشو (1996 : 118-119)، هذه المنهجية مؤسسة على اساس ثلاث مسلمات :

- لمعرفة الحقيقة، يجب علينا تغييرها،
- التغيير يكشف عن التسيير الفعلي،
- مشاركة الباحث في الحركة تسهل تشكيل موضوع البحث، والتزامن بين البحث والعمل الميداني.

يعرف البحث النشط كوسيلة لتنظيم علاقة منفعية متبادلة بين الممارسين في المؤسسة وباحث في علم التسيير. وتنظم مشاورات نشطة ومنهجية في المنظمة لإنتاج المعرفة في عملية التغيير. وفي هذا السياق، الباحث لديه هدف تعاقدي مع المنظمة، ويجب أن ينتج، في نهاية المطاف، مقترحا و وضع اللمسات الأخيرة، واستعراض مشروع التعجيل للجهات الفاعلة مع قبوله. البحث النشط يتسق مع سلوك خبير في بحثه عن المعرفة حول الأداء وتقييم المؤسسة. وهكذا فإن الباحث يزيد من إنتاجه في تحقيق الاشكالية ، حين ان المسير يوافق للتدخل في الاسباب الحقيقية للأعطال.

في سعيها لمشروع التغيير المقترح والمتطلبات العلمية، طريقة البحث النشط تهدف وفقا لفريدريك واشو الى أربعة مسلمات محتملة هي (F. Wacheux ، 1996 : 121) :

- إن حل مشكلة يكون حسب المنهج والتنفيذ،
- معرفة مثبتة بالتجربة في سياق البحث النشط،
- تشكيل مجتمع متعلم مع مهارات فردية وجماعية،
- الأسئلة الجديدة تدرج في البحوث المستقبلية.

مفهوم البحث النشط، الذي استخدمه ليوين (K. Lewin) نفسه، كان في الواقع بسيط جدا. وهو يتطلب وجود ثلاث خصائص :

- ينبغي إجراء البحوث بالتعاون مع الأفراد؛
- ينبغي عدم إجراء البحوث في المخبر، ولكن في بيئة "طبيعية"؛
- قبل وبعد كل مرحلة تدخل، كان يتعين قياس اتجاهات الناس وسلوكياتهم.

هذه الخصائص الثلاث تسمح لنا لتخيل بسهولة النموذجين المثاليين الذي وضعهما ليوين لتحديد مفهومه للبحث النشط، وهذا يعني، نموذج البحوث التجريبية في المخبر من جهة، والعلاج الطبي، أو حتى العلاج النفسي، على الجانب الآخر.

من هذا المنطلق، يجب فهم أهم ثلاثة سمات لمفهوم ليوبين فيما يتعلق بالمناقشات الحالية حول البحث النشط (Van Trier ، W. E ، 1980 : 181).

أسباب اختيار موضوع البحث

يرتكز اهتمام هذا البحث حول موضوع تقييم أداء الموارد البشرية في الحالات الاستعجالية، استنادا إلى الأسباب الرئيسية التالية :

1. انشغال في البحث يتعلق تحديدا بنشاط خاص : الأداء الاستشفائي. وظيفة تعديلية وإستراتيجية للموارد البشرية، وبالتالي فإن النظام الصحي في علاقة مع اقتصاد السوق وافاق إصلاح النظام الصحي في علاقة ديناميكية مع اقتصاد السوق و في آفاق اصلاح أولوي للنظام الصحي.
2. هذا البحث سوف يفيدنا عن طريقة توظيف المعطيات على الوضع الحقيقي للمنظمة الاستعجالية ، بما في ذلك المؤشرات الصحية والمهنيين في القطاع الصحي اين عبء العمل موجود بنسبة عالية.
3. تحديد مرتبة خاصة للخدمات الاستعجالية في سياق الإصلاح الاستشفائي. مع وجود مخاطر صحية عالية في حياة الاستعجاليين الجماعية و عبء عملهم هو اكثر أهمية بالمقارنة بالمصالح الاستشفائية الأخرى. إحصائيا، أكثر من 24.5٪ من المرضى تتوجه يوميا إلى الاستعجالات في المستشفى (وزارة الصحة، الإحصاءات الوطنية، 2009: 436).
4. هذا المجال هو كذلك للدراسة المتعددة التخصصات بالامتياز (علم النفس العمل، علم الاجتماع والصحة، أنثروبولوجيا الصحة واقتصاد الصحة الخ...) التي تتطلب الكثير من البحوث و الاقتراحات و الحلول في إطار إجراء إصلاح جذري للنظام الصحي.
5. النصوص التي تنظم جميع أنشطة الاستعجالات ترجع الى سنة 1988 و بالتالي لم تعد تلبي متطلبات واهتمامات الاستعجالات الاستشفائية التي تهم تسيير و متابعة هذه المصلحة او متابعة المسار المهني للاستعجاليين.
6. مصلحة الاستعجالات الاستشفائية تمثل، في تصور المواطنين، مكانة هامة بالنسبة لمصادقية الخدمة العامة ومؤسسات الدولة.

أهداف البحث:

كيف نترجم المبادئ الأساسية لمنظمة الصحة العالمية والأدب العالمي في اشكالية الاداء الاستشفائي و عملية تقييم أداء نظام الموارد البشرية في مصلحة الاستعجالات في النظام الصحي الجزائري؟ ما هي أهداف البحث بالتحديد؟

أداء الموارد البشرية هو موضوع ساخن. ما كتب حول هذا الموضوع وفير (على المؤسسات الصحية الأوروبية، والدول الرأسمالية المتقدمة). ما هي حقيقة النظم الصحية الافريقية من النظم الصحية الأفريقية (وأدائها)؟ علما ان هذا البحث سيوفر إجابات دقيقة لهذه الاسئلة.

بشكل ملموس، يترجم هذا إلى تحقيق الأهداف التالية :

1. توضيح معنى مفهوم الأداء الاستشفائي. خارج نطاق مفهومه النظري. وهذا ماذا يعني، وكيف يدركه الاستشفائيين، خاصة الاستشفائيين في مصلحة الاستجالات (بعلاقة مع الانصاف) وبأخذ هذا التعريف معنى خاص عندما نريد أن نتطرق الى عملية قياس الأداء وتقييمه.
2. الهدف الرئيسي لهذا البحث يرتكز على دراسة نظام تقييم الأداء في الاستجالات. هذا البحث يمكن ان يساهم في تحليل الأفكار والمواقف من مختلف فئات الموارد البشرية (الأطباء، الشبه الطبي والإداريين) بما في ذلك القطاع الخاص وردود فعلهم في التوجهات، الحلول والفرص الممكنة لتحسين حالة الاستجالات.
3. تسليط الضوء والتأكيد على كيفية التعامل مع نظام تقييم الأداء، الرسمي وغير الرسمي. يوجد قواعد للنظام التقييمي المحددة في النصوص، الإجراءات والممارسات و نسلط الضوء كذلك على الخطوط العريضة لتقييم الأداء في حالات الاستجالات، والتشغيلية وحدودها ونقاط الضعف أو الفشل.
4. وكجزء من هذا البحث، تقييم دور نظام الحوافز وخاصة علاقتها مع معيار العدالة. دراسة مساهمته والقيود في تحسين أداء الاستجالات.
5. تسليط الضوء على المؤشرات الصحية الرئيسية في الحالات الاستجالية في المستشفى.
6. الإستفادة من الخبرة الأجنبية، خاصةً من أدبيات و تجربة المنظمة العالمية للصحة.
7. الوصول إلى وضع دليل ببيوغرافي والذي يكون بمثابة أداة لدراسة موضوع تقييم الأداء في مصالح الاستجالات وعموما في القطاع المستشفى.
8. مع الأخذ بعين الاعتبار السياق الاجتماعي والسياسي الذي يقوم فيه بحثنا والمناقشات حول القضايا الصحية ومشروع قانون الصحة وتحديدًا حول المحتوى الذي يلزم تقديمه، (و استراتيجيات التي يمكن عرضها) في سياق إصلاح المستشفيات والقضايا الاقتصادية المتعلقة به، و نعتبر كذلك هذا البحث، مع تصريحاته، ونتائج التحقيق وتوصياتها كمساهمة ملموسة في هذا النقاش و الافاق التي يمكن تقديمها.

بعد تقديم اهداف البحث، نمر الى مرحلة تقديم المفاهيم الاجرائية :

التعريف الاجرائي للمفاهيم :

نقدم التعاريف التالية للمصطلحات الاجرائية :

1. **مصلحة الاستجالات الطبية-الجراحية** : منظمة صحية تعمل بدون انقطاع ، مهمتها تتمثل في التكفل بالمريض في الحالات الاستجالية. التنظيم ، الكفاءات، الإجراءات الادارية و حتى العلاقات تساهم و تندمج في هذه الوظيفة الاساسية. الواقع يتسم بنقص في الاستقبال، الحالات الاستجالية تمثل 20 % من المرضى.
2. **الإستجالي** : عامل في المصلحة الإستجالية، كطبيب، شبه طبي أو إداري. لديهم كفاءات تتفق نسبياً مع طبيعة المصلحة و يعملون في ظروف صعبة تتسم خاصة بتدفق كبير من المرضى الذين يتميزون في 80% بالحالة الغير استجالية.

3. **التكفل بالمريض** : هو العمل اليومي الذي يقوم به الاستعجالي في استقبال للمريض، التوجيه، المقابلة الطبية وكل الاجراءات التي تقوم بها فرقة الاستعجالات في التكفل بالمريض، حتى الخروج من المصلحة (الشفاء، التوجيه الى مصلحة اخرى او الوفاة).
4. **الإنصاف** : سلوك او اتجاه النظام الإداري الذي يتسم بالمساواة بين أعضاء المنظمة في مختلف مجالات الحياة المنظمة، لا سيما في مجال الراتب، المكافآت، الترقية وتقييم الاداء.
5. **نظام التقييم** : هي مجموعة من الإجراءات والقواعد والمعايير، الرسمية وغير الرسمية، محددة مسبقا، تهدف لقياس وتقييم العمل المقدم من طرف الفرقة الاستعجالية و نسبة الاداء، فردا او جماعة، باستخدام ادوات موظفة لهذا الغرض. عمليا هذه الاجراءات غير منفذة في الواقع. النظام التقييمي ذات طابع ادارى لا يأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية و الجماعية.
6. **الاداء** : هو نسبة تحقيق الأهداف المحددة مسبقا، وفقا لسلم متفق عليه. وهذا يعني، أولا، نتيجة نسبية، عن طريق تقييم ومع أداة قياس تحقيقها، و عن طريق قياس النتائج الفعلية أو النشاط لموظفي المصلحة الاستعجالية.

الدراسة الاستكشافية

أجريت الدراسة الاستكشافية في المصالح التالية :

- المصالح الاستعجالية الطبية- الجراحية لثلاث مؤسسات استشفائية بمستغانم، عين تدلس وسيدي علي،
- المستشفى الطبي- النفسي المتخصص في مستغانم،
- مجمع المستشفى المتخصص ، مجمع الأمهات والأطفال، مستغانم.

ويستند اختيار هذه المنظمات الصحية الثلاث إلى سمة مشتركة، وهي الطابع الملح للنشاط الاستعجالي. وفي إطار عمل أطروحتنا (عبريني م. ، 2007 : 142) ، استنتجنا ضرورة التنسيق بين هذه المنظمات الصحية الثلاث، الخدمات الاستعجالية والامومة والطب النفسي (كان شرطا أساسيا، من أجل أداء أفضل لنشاط الاستعجالات).

وقد أجريت الدراسة الاستكشافية في الفترة من 20 ديسمبر 2014 إلى 15 فبراير 2015.

عينة ما قبل التحقيق

تم اختيار العينة عشوائيا. وتكونت عينة ما قبل التحقيق من ستين (60) طبيبا، الشبه الطبي وإداريين (من أصل مجموع 527 عضوا) أي بنسبة 11.38٪، موزعين على النحو المبين في الجدول التالي :

جدول رقم 08 يمثل خصائص عينة ما قبل التحقيق

الأفراد	الأطباء		الشبه الطبي		الإداريين		المجموع		
	التعداد	%	التعداد	%	التعداد	%	التعداد	%	
الجنس	الرجال	8	13.33%	21	35%	4	6.66%	33	55%
	النساء	8	13.33%	19	31.66%			27	45%
الاقضية	سنة 0 – 5	7	11.66%	10	16.66%	2	3.33%	19	31.66%
	سنة 5 – 10	6	10%	08	30%			14	23.33%
	10 و أكثر	3	5%	22	36.66%	2	3.33%	27	45%
منصب العمل		16	26.66%	40	66.66%	4	6.66%	60	100%

جدول رقم 09 يمثل تعداد عينة ما قبل التحقيق

الأفراد/المصلحة	الأطباء	الشبه الطبي	الإداريين	المجموع	
استجالات مستغانم	الرجال	1	8	2	11
	النساء	3	1	0	4
	المجموع	4	9	2	15
استجالات عين تادلس	الرجال	2	3		5
	النساء	1	1		2
	المجموع	3	4		7
استجالات سيدي علي	الرجال		3		3
	النساء	2	2		4
	المجموع	2	5		7
الامومة	الرجال	1	4		5
	النساء	2	9		11
	المجموع	3	13		16
الامراض العقلية	الرجال	4	3	2	9
	النساء		6		6
	المجموع	4	9	2	15

المجموع		16	40	4	60
---------	--	----	----	---	----

معايير الإدماج

يتم ادماج فقط الاستعجاليين الدائمين (الأطباء، الشبه الطبي والإداريين) في قائمة العينة. وأنهم عملوا أيضا، على الأقل، في سنة واحدة، لكي يشعروا بحقائق تنظيم الاستعجالات. و في نفس السياق يستثنى من الادماج العاملون بعقود ما قبل التشغيل، العاملون المتعاقدون (طلاب الجامعات، المدرسة الطبية، مركز التدريب المهني، أو العاملون التابعين لمديرية العمل الاجتماعي).

معايير الاستبعاد

استنادا إلى معطيات الدراسة الاستطلاعية ، لم تعتبر المؤسسات العمومية الصحية و الجوارية وهي الهياكل الصحية في خط المواجهة (العيادات الطبية السابقة) كمنظمة استعجالية، لأنها لا توفر على وسائل الخدمات الاستعجالية، رغم أنها تساهم في الحد من الحالات الغير الاستعجالية. وهذا ما يفسر عدم دمج هذه الهياكل الصحية في مجال التحقيق.

بناء مشروع الاستبيان

السلم المعمول به في هذا البحث يعرف باسم العالم النفساني الأمريكي رينزيس ليكرت (Rensis Likert) (1903-1981). وضع في الثلاثينات و هو مقياس ترتيبي. تهدف اسئلة مقياس ليكرت الى تقييم الاتجاهات و مواقف عناصر العينة. وتوزع مجموعة الردود على امتداد أربعة (04) مستويات. وقد تم الغاء الاستجابة التي تسمى بالاستجابة المركزية أو المحايدة لأن توظيفها يتمثل في استقبال كل الاسئلة، أي أن المسألة، في رأينا، تتجنب التأكيد والتعبير عن الاستجابة، و يتحرك عنصر العينة نحو استجابة محايدة. في حالة استبيان من أربعة اختيارات، الذي صممه الطالب الباحث، يمكن اعتباره استبانة "اختيار مجبور".

استنادا الى المتغيرين المحددين في الإشكالية (تقييم أداء الموارد البشرية في المصالح الاستعجالية والتكفل بالمريض) وعلى ضوء نتائج 40 مقابلة شبه موجهة مع الاستعجاليين، و دراسة ادبيات المنظمة الصحية الجزائرية و تجارب بعض البلدان، تمت صياغة مشروع الاستبيانين، كل مع محورين. الأول مع متغير "التكفل بالمريض"، مع المحاور التالية :

جدول رقم 13 يحدد أبعاد وأهداف استبيان رقم 01

الاهداف	البنود	الابعاد
قياس موقف الاستعجاليين فيما يتعلق بالإدارة القائمة على المشاركة والتزامهم بأهداف التغييرات في التنظيم الصحي والعلاقة بين التنظيم والفعالية	01-18	حقائق النظام الصحي
يقيس موقف الاستعجاليين تجاه الاستقبال والتكفل بالمريض في الاستعجال (مقبول أم لا) من قبل فريق الاستعجاليين	19-25	المرضى والمرافقين والزوار

ظروف العمل	26-32	يقيس موقف الاستجاليين من خبراتهم المهنية فيما يتعلق بظروف عملهم.

و الثاني مع متغير " تقييم أداء الموارد البشرية في المصالح الاستجالية "، مع المحاور التالية :

جدول رقم 14 يحدد أبعاد وأهداف استبيان رقم 02

الاهداف	البنود	الابعاد
يقيس موقف الاستجاليين تجاه دور فريقهم فيما يتعلق بمعايير الأداء	01- 16	دور الموارد البشرية في المنظمة الاستجالية
يقيس موقف الاستجاليين من الانصاف والاعتراف بالالتزام المهني وعلاوة الأداء.	17-21	الانصاف
يقيس موقف الاستجاليين من واقع نظام تقييم فريقهم الاستجالي	22-30	نظام تقييم الاداء

وأسفر تقديم مشروع الاستبيانين إلى الخبراء عن حذف ستة عشر (16) مادة بما في ذلك سبع (7) بنود من الاستبيان الأول و تسع (09) بنوداً من الاستبيان الثاني. فضلاً عن إدخال تعديلات في الصياغة على عدة بنود من الاستبيانين. النتيجة نقدمها في هذين الجدولين :

جدول رقم 17 خاص بميادين و اهداف الاستبيان رقم 01 ، بعد التصحيح

الاهداف	البنود	الابعاد
---------	--------	---------

دور الموارد البشرية في المنظمة الاستيعابية	01-10	قياس اتجاهات الاستيعاليين تجاه دور فريقهم الاستيعال فيما يتعلق بمعايير الأداء،
تنظيم الاستيعالات و التغيير	11-20	قياس اتجاهات الاستيعاليين فيما يتعلق بانضمام الاستيعاليين إلى أهداف التغييرات في المنظمة الصحية.

جدول رقم 18 خاص بميادين و اهداف الاستيعال رقم 02 ، بعد التصحيح

الاهداف	البنود	الايعاد
قياس اتجاهات الاستيعاليين نحو واقع النظام التقييمي و الانصاف لفرقة الاستيعالات	01-14	تقييم اداء الموظفين و الانصاف
قياس اتجاهات الاستيعاليين نحو معاشهم المهني بالنسبة لظروف العمل	15-27	ظروف التكفل بالمريض

بعد اخضاع الاستيعالين لإجراءات المنهجية الضرورية و بالتحديد التصحيحات، نعتبرهم جاهزين لأجراء الدراسة الاستيعالية و التي عينتها حددت ب60 استيعالي على اساس مجموعة كلية تعد ب 527 استيعالي. بعد الخطوة الأولية لتقديم مشروعي الاستيعالين رقم 01 و 02 N على اساس حكم مجموعة الخبراء ، تم تصحيحهما وبالتالي صلاحيتهما ثبتت من قبل مجموعة الخبراء وتوزيع العينة المكونة من 60 استيعالي. لقياس موثوقية الاستيعال ، تم حساب الصدق و الثبات لكل استيعال.

الصدق : من أجل التحقق من صدق الاستيعالين، لجئنا إلى :

- حكم الخبراء، كما ذكر أعلاه،
- لصدق الاتساق الداخلي للبنود، عن طريق حساب الارتباطات الداخلية للبنود الموجودة في الاستيعال.

الثبات : من أجل التحقق من ثبات الاستيعالين ، لجأنا إلى

- موثوقية مجزأة
- معامل ألفا كرونباخ كما توضحه الجداول رقم 20 و 22

جدول رقم 20 : معاملات ثبات الاستيعال رقم 01

معامل الثبات	حجم العينة	نوع معامل الثبات
0.554	60	Fiabilité fractionnée موثوقية مجزأة

معامل ألفا كرونباخ	60	0.698
--------------------	----	-------

جدول رقم 22 : معاملات ثبات الاستبيان رقم 02

معامل الثبات	حجم العينة	نوع معامل الثبات
0.556	60	Fiabilité fractionnée موثوقية مجزأة
0.749	60	معامل ألفا كرونباخ

الاستبيانين لهما خصائص سيكولوجية عالية و يمكننا تنفيذها بثقة في الدراسة الأساسية.

الدراسة الأساسية

بعد الدراسة الاستكشافية و للتحقق من الفرضيات المطروحة وجاهزية الاستمارتين، طبقت هذه الاداة على عينة كلية قسدية قوامها ب527 فرد في المصالح الاستعمارية بولاية مستغانم من الأطباء و شبه الطبيين و الإداريين و كانت الاستجابة بنسبة 64.13%.

جدول رقم 23 يحدد المصالح الاستعمارية لولاية مستغانم

الأفراد/المصلحة		الاطباء	الشبه الطبي	الاداريين	المجموع
استعمالات مستغانم	الرجال	20	81	11	112
	النساء	19	24	3	46
	المجموع	39	105	14	158
استعمالات عين تادلس	الرجال	8	16		24
	النساء	4	5		9
	المجموع	12	21		33
استعمالات سيدي علي	الرجال	5	22		27
	النساء	2	2		4
	المجموع	7	24		31
الامومة	الرجال	11	22	9	42
	النساء	22	112	16	150
	المجموع	33	134	25	192

الامراض العقلية	الرجال	8	32	15	55
	النساء	11	38	9	58
	المجموع	19	70	24	113
المجموع		110	354	63	527

جدول رقم 24 يحدد خصائص عينة البحث الأساسي

الأفراد		التعداد	النسبة المئوية
الجنس	الرجال	160	47.90%
	النساء	174	52.10%
الاقضية	سنة 0 - 5	126	37.70%
	سنة 5 - 10	97	29%
	سنة 11 - 15	30	09%
	و اكثر سنة 16	81	24.30%
منصب العمل	الاطباء	50	15%
	الشبه الطبي	199	59.60%
	الاداريين	85	25.4%
المجموع		334	100%

جدول رقم 28 توزيع الأفراد حسب قطاع النشاط

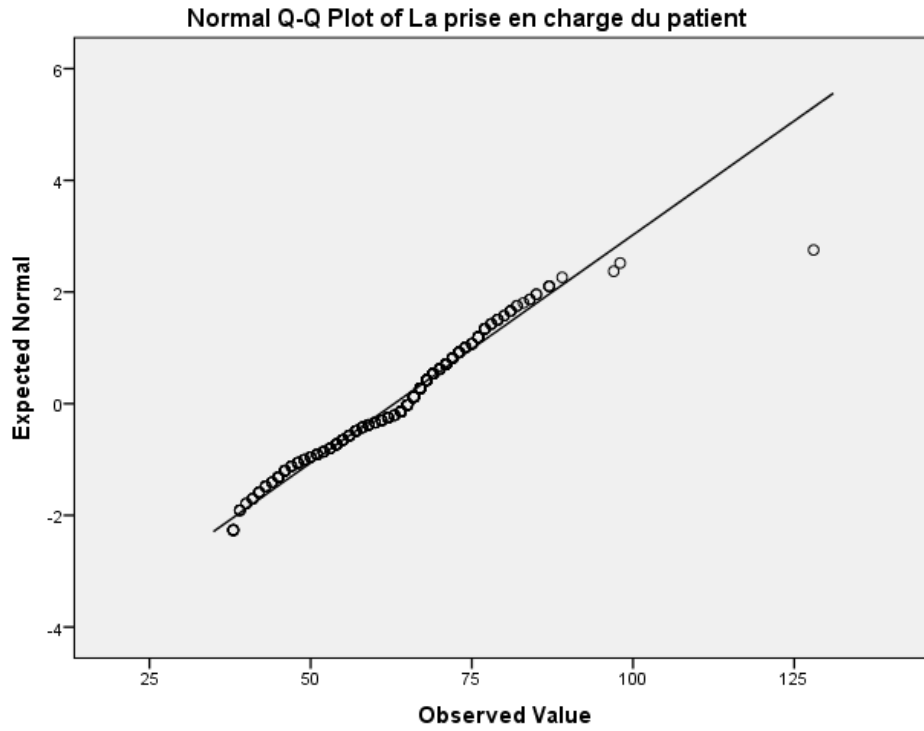
النسبة	الأفراد	القطاعات
28,14	94	مصلحة إستعجالات الطبية الجراحية مستغانم
7,19	24	مصلحة إستعجالات الطبية الجراحية عين تادس
5,69	19	مصلحة إستعجالات الطبية الجراحية سيدي علي
20,06	67	المستشفى الطبي- النفسي المتخصص في مستغانم
38,92	130	مجمع المستشفى المتخصص ، مجمع الأمهات والأطفال، مستغانم
100,0	334	المجموع

وللمعالجة الاحصائية و ضفنا طريقة الانحدار المتعدد لأهميتها في خلق عينة متجانسة و توضيح طبيعة العلاقة الارتباطية.

كما توضحه الجداول التالية.

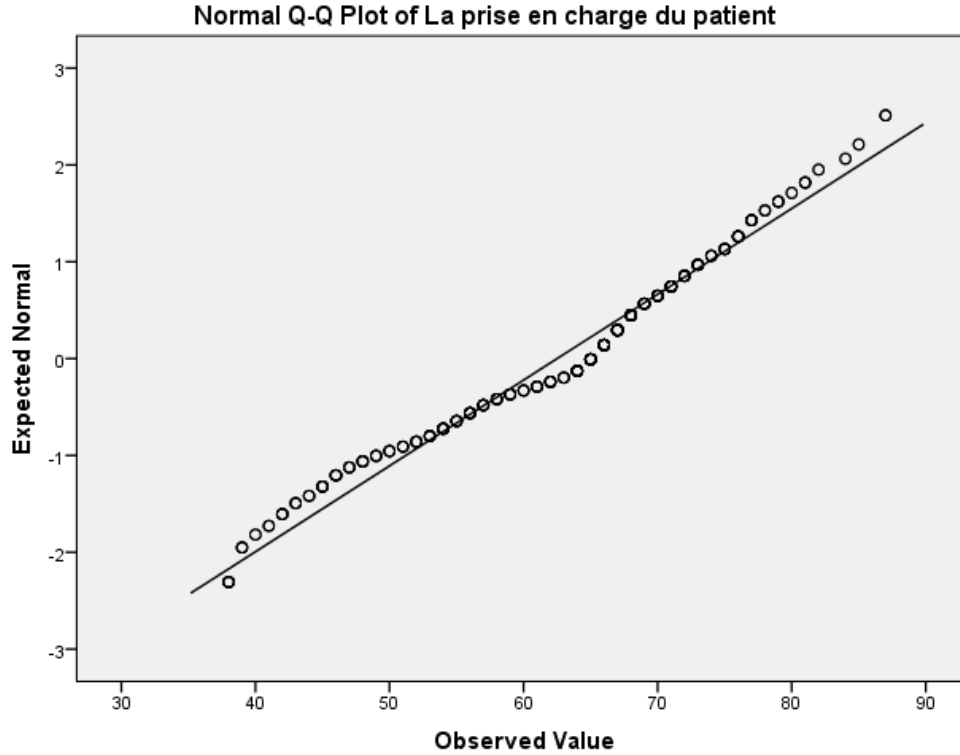
جول رقم 30 القيم المتطرفة للتكفل بالمريض

		عدد الحالات	القيمة	
التكفل بالمريض	أعلى	1	312	128,00
		2	258	98,00
		3	257	97,00
		4	303	89,00
		5	52	87,00
	أسفل	1	133	38,00
		2	131	38,00
		3	129	38,00
		4	128	38,00
		5	127	38,00



شكل رقم 13 مخطط التوزيع (قبل التعديلات)

التعديلات التي تم إجراؤها : بعد إزالة القيم المتطرفة (حالة الرتبة 312 ، 258 ، 257 و 127) ، نصل إلى توزيع إحصائي متماسك حيث تتم محاذاة غالبية الوحدات البنائية. يمكننا بالتالي تحليل النتائج. كما يوضحه الشكل التالي.



شكل رقم 14 مخطط التوزيع (بعد التعديلات)

نتائج الدراسة الأساسية :

الجدول رقم 37 يعرض نتائج الارتباطات بين متغيرات البحث والمتغير التابع

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard			
1	(Constante)	29,983	3,984		7,527	,000
	rôle des ressources humaines dans l'organisation des urgences	,315	,162	,101	1,951	,052
	Organisation des urgences et changement	1,124	,146	,397	7,699	,000

a. Variable dépendante : La prise en charge du patient

الفرضية رقم 01 : نعم يوجد تأثير قوي للنظام التقييمي لأداء الموارد البشرية في الاستجابات الطبية-الجراحية على التكفل بالمرضى

النتيجة الأولى هي أن النموذج دال. ولذلك يوجد علاقة تأثير بين نظام تقييم أداء الموارد البشرية والتكفل بالمرضى في المصالح الاستعجالية. اختبار t من الانحدار " لتنظيم الاستعجالات و التغيير " هو أكبر من 2. وبالتالي يمكننا أن نستنتج أن "تنظيم الاستعجالات والتغيير " له تأثير دال وإيجابي على " التكفل بالمرضى " (t = 7.699; p < 0,05). اختبار t الانحدار "دور الموارد البشرية في تنظيم الاستعجالات" أقل من 2 (t = 1,951; sig = 0.52). ومن ثم يمكننا القول بأن دور الموارد البشرية في تنظيم الحالات الاستعجالية له آثار محدودة على "التكفل بالمرضى".

الفرضية رقم 2 : هناك فرق بين المجموعات المهنية الثلاث في التأثير على التكفل بالمرضى لصالح الأطباء و الشبه الطبي.

المتغير المستقل سيكون "مناصب العمل " التي يضم مجموعة المستجيبين حسب الوظيفة المحتملة أي ثلاثة مجموعات، من أطباء، الشبه الطبي والاداريين. المتغير التابع سيكون " التكفل بالمرضى"، والذي يشمل جميع المستجيبين للمتغيرين "دور الموارد البشرية في تنظيم الاستعجالات" و "تنظيم الاستعجالات والتغيير".

الجدول رقم 42 مقارنات متعددة (Bonferonni)

Variable dépendante : La prise en charge du patient						
(I) Poste de travail	(J) Poste de travail	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Significatio n	Interval de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Médecins	Paramédicaux	5,91045*	1,77509	,003	1,6392	10,1817
	Administratifs	6,49059*	1,99988	,004	1,6785	11,3027
Paramédicaux	Médecins	-5,91045*	1,77509	,003	-10,1817	-1,6392
	Administratifs	,58014	1,45397	1,000	-2,9184	4,0787
Administratif	Médecins	-6,49059*	1,99988	,004	-11,3027	-1,6785
	Paramédicaux	-,58014	1,45397	1,000	-4,0787	2,9184

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

يظهر اختبار بونفيروني (Bonferonni) أن منصب العمل "الأطباء" يختلف اختلافاً كبيراً عن منصب "الشبه الطبي"

(I-J = 5.91 ، p = 0.003) ، وكذلك عن "الإدارة" (I-J = 6.49 ، p = 0.004)؛ مقارنة مع متغير "التكفل بالمرضى".

يمكن تلخيص نتائج الدراسة في العناصر التالية :

- توجد علاقة تأثير دالة إحصائية بين النظام التقييمي لأداء الموارد البشرية و متغير « التكفل بالمرضى».
- إن متغير « التنظيم في الاستعجالات و التغيير » له تأثير دال و ايجابي على عملية التكفل بالمرضى بالرغم من أن دور الموارد البشرية في تنظيم الاستعجالات محدود في مجال « التكفل بالمرضى ».
- توجد فروق دالة إحصائية بين الأطباء و شبه الطبيين و الإداريين في التكفل العملي بالمرضى، و يبقى الأطباء هم الفئة المهنية التي لها أكبر تأثير على التكفل بالمرضى. يظهر ان الفرضية ثبتت جزئياً.

خلاصة البحث

في ضوء البيانات الواردة في الجدول الإحصائي، يمكن التأكيد على وجود فرق بين الفئات المهنية في علاقتها بالتأثير مع المتغير " التكفل بالمريض". وأن الطاقم الطبي هو الفئة المهنية التي لها أكبر أثر في التكفل العملي للمريض، وذلك بسبب دورها الأساسي في التسيير الاستشفائي، وبالتالي فإن الطاقم الطبي مدعو "لتنفيذ استراتيجيات مكيفة نسبيا مع سلوك المريض، والأشخاص المرافقين والموظفين" (سفمو، 2004: 103). في سياق انعدام الأمن ونقص في الموارد البشرية، تستمد مهنة الطب شرعيتها وسلطتها من خبراتها "(غورغيو، مواتي، 2013: 223).

ولكننا لم نستطيع التفكير في فعالية فريق الاستعجالات دون الإشارة للدور الأساسي للشبه الطبي، إذا ما أرجعنا إلى العديد من مصادر الأدبيات بما في ذلك مصادر منظمة الصحة العالمية (التقرير السنوي 2006). وهذا ليس واضحا و لم يبرز بقوة في البيانات الإحصائية. وهناك على الأرجح عوامل "طفيلية"، مثل عدم استقرار فئة الشبه الطبي وعوامل أخرى تستحق الدراسة.

في سياق إصلاح المستشفيات وعقلنة الإنفاق على الصحة، تدعو هذه النتائج إلى مجموعة من التدابير (التنظيمية والقانونية الخ.) بما في ذلك الاعتراف بالوضعية أو الوظيفة الحقيقية للطبيب في حالات الاستعجالات كاستعجالي والاستمرارية في البحوث في ميادين التقييم المهني، تحليل مهام فريق الاستعجالات والتعاون بين الأطباء المتخصصين والأطباء العاميين. والممارسين العاميين مع فئة الشبه الطبي التي لديها دورا مركزيا في جميع مراحل التكفل العملي للمريض. وينبغي أيضا أن يكون تعريف دور الأمانة الطبية- الإدارية (التي غالبا ما تهمل)، وأهمية الفرز في استقبال المرضى والتكوين المستمر، هذه كذلك مصادر انشغال للباحثين والفاعلين في مجال الصحة العمومية و المنظمة الاستشفائية، بما في ذلك الاستعجالات، التي هي مقبلة على تطبيق تدريجي لقوانين القانون الجديد لإصلاح المنظومة الصحية.

الخلاصة العامة

تشخصت مساهمتنا في هذا البحث في اقتراح مشروع تنمية الموارد البشرية في سياق تصور منظمة صحية استعجالية مبنية على الأداء، تستند بالضرورة إلى التسيير التشاركي. مشروع منظمة فعالة ومنصفة، الذي يقوم على نظام تقييم الأداء، الفردي والجماعي، في الحالات الاستعجالية، هو التصور الذي تابعنا في جميع مراحل هذا البحث.

هذا العمل البحثي مبني على مضمون المقابلات التي أجريت مع الاستعجاليين، استنتاجات المقاربة النقدية للقاعدة القانونية لتنظيم المصالح الاستعجالية في الجزائر واقتراح مجموعة من النصوص المتعلقة بالمنظمة الاستعجالية (ملحق)، نتائج التحقيق الوطني عن الاستعجالات في المستشفيات لعام 2003، وتحليل مشروع قانون الصحة لعام 2003 (اعتمده البرلمان في الأشهر الأخيرة من سنة 2018)، دراسة التجربة الجديدة للمنظمة الجوارية للصحة العمومية (EPSP)، التي أنشئت في سنة 2008، دون دراسة مسبقة ودون مشاركة المعنيين بالأمر (عند مسيري القطاع، اتجاه سلبي كبير وغير أنتاجي في تسيير النظام الصحي)، فيما يتعلق بمساهماتهم في الحد من التدفق الكبير للمرضى بأسباب غير استعجالية، وتقييمها من قبل مسيري الاستعجالات بنسبة 80 ٪ والتي تسبب في إحداث عبء العمل مؤلم للاستعجاليين.

وكذلك عرض ودراسة النظام التشريعي المتعلق بنظام تقييم الأداء في المنظمات الصحية، مع تجربة هذه المنظمات ودور الجهات الفاعلة.

استفاد هذا المشروع البحثي من الإضاءة النظرية والخبرة العالمية في تحليل تغيرات النظم الصحية ودور الموارد البشرية، كما نحدده في العناصر التالية :

- استندنا إلى الخبرة العالمية و الأدبيات المتخصصة لمنظمة الصحة العالمية، ومشاريعها البحثية العديدة (التي تتطلب مراجعة منهجية، تواصلية للباحثين و "المدراء" في النظام الصحي)، لا سيما تلك التقارير السنوية لسنة 2000 (على أداء النظام الصحي) و 2006 (حول دور الموارد البشرية). كما نذكر الدليل الكندي لتسيير الوحدة الاستعجالية (2006)، في تصميم مرجعي، الذي لا يتطلب تطبيقا ميكانيكيا، ولكن سيتم أخذ تقدم هذه التجربة بعين الاعتبار، في بناء نموذج تشاركي لجودة الخدمات الصحية.

- تقارير المراجعة التدقيقية (audit) عن النظام الصحي الجزائري، التي أجراها البنك الدولي (1990 و 2007)، و ندمج معها تقرير وزارة الصحة عن التحقيق الوطني الوحيد للمصالح الاستعجالية بالمستشفيات في 2003.

التقارير البحثية عن الأنظمة الصحية في الجزائر والمغرب وتونس (M. Legros ،F. Chaoui ،2012)، تقرير مجموعة الأبحاث في الأنثروبولوجيا الصحية (GRAS،2011)، تحت التوجيه العلمي لـ M. Mebtoul، حول خدمات الرعاية الصحية في المنظمات الجوارية، عمل B. Boulahbel على الاحتياجات الاجتماعية بحلول عام 2005 ، دراسات L. Abid من وزارة الصحة و الطبيب FM Brahim (بمستشفى وهران)، خبراء الاقتصاد الصحي FZ Oufriha ، L. Lamri ، والتعليقات لتقرير مجلس الأمة لعام 2010 إلخ. والعديد من أعمال الباحثين والخبراء الأجانب. الملاحظة

الأساسية في سياق هذا التقييم البحثي، هي أن هذه الأعمال، التقارير، التشريعات والمشاريع التنظيمية لم يتم وجودها على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة العمومية. وأن أي تغيير في النظام الصحي يتطلب، مسبقاً، إعادة بناء النظام المعلوماتي وإدخال الحوسبة (informatisation)، كأولوية للمصالح الاستشفائية.

في نهاية هذا البحث، بناءً على منهجية البحث-النشيط، وضعنا توصيات يمكن أن توفر إطاراً للتفكير في إنشاء منظمة استشفائية، مبنية على الأداء، الإنصاف، و التسيير التشاركي، الأفضل والأكثر ملائمة كنموذج تسييري (فيما يتعلق بالخبرة الدولية) الذي يمكن أن يدعم تنمية الموارد البشرية وإبراز السلوك القيادي، كشرطاً أساسياً للتنمية والأداء في هذه المنظمات الصحية العمومية.

أهمية مشروع بحثنا، المؤسس للحاجة إلى إدخال نظام لتقييم الأداء في المصالح الاستشفائية في المستشفيات هو من ناحية، يصل إلى مرحلة النضج للتدخل في تغيير المنظمة الصحية نحو الأداء والإنصاف، ومن ناحية أخرى، فإنه يتطابق مع أحكام قانون الصحة الجديد الذي يحمل "مشروع منظمة الصحة" موضوع الانجاز. وهذا ما يعنيه قانون الصحة الجديد، بصعوبة (مع بعض المقاومة)، لتقديم شروط جديدة لعقد العمل، من خلال إدخال تشريع مناسب، من خلال تقييم نتائج الأداء، شريطة أن يحترم النهج التشاركي.

في تحديد الأفاق، من خلال الاستفادة من إسهام علم النفس العمل و التنظيم، فإنه قبل كل شيء نفكر (في سياق التغيير التنظيمي) لماذا الجهود الشخصية (وتشتيت الطاقات)، والمبادرات، والمهارات الفردية، لا تشكل "جماعية المهارات" في الاستشفالات (C. Krohmer ، Boterf ، 2000)، بمعنى الذي ينص على أن "الكفاءة الجماعية لا تنتج فقط من مجموع المهارات الفردية، بل تتجاوز إلى حد بعيد وتتبع عن التعاون و التآزر القائم بين المهارات الفردية"، ونقلت عنه، (J. Piret، 2017 : 10) في مذكرة ماجيستر لدراسة الإرهاق، يشعر ممرضو الاستشفاليين الذين يظهرون انخفاضاً في الإنجازات الشخصية "أنهم غير قادرين على إكمال عملهم بالرغم من الجهود الكبيرة" (بن عطية ي، 2008: 226).

إن غياب الحوسبة في مصالح الاستشفالات يعقد هذه الوضعية، التي تتميز بنظام معلوماتي تقليدي. ويتساءل المرء كيف يتم، في ظل هذه الظروف، إعداد وتحديث لوحة القيادة (TDB) للمؤسسات الاستشفائية، المستشفيات (EPH)، المنظمات الجوية (EPSP) أو مديريةية الصحة والسكان (DSP). كل هذه المؤسسات تسيير، يوماً بعد يوم، في المعالجة اليومية والبراماتية وحتى الروتينية للمشاكل المعقدة المتعلقة بإدارة المستشفيات و المصالح الاستشفائية. في حين أن مفاهيم الربحية (rentabilité)، الأداء، وتحديد الأهداف المراد تحقيقها، في نهاية المطاف، إلزامية النتائج. كل هذه المصطلحات تندرج في ضرورة التغييرات لجميع هذه المنظمات الصحية. وفي هذا السياق، يمكن اعتبار قانون الصحة الجديد فرصة ممتازة لجميع الفاعلين، لإعادة بناء المنظمة الصحية الاستشفائية على أساس التضامن، الإنتاجية ونظام صحي تنافسي في السوق.

تتساءل هل من الممكن تصور تغيير نوعي في منظمات الاستشفالات، دون دمج في لوحات التسيير، البيانات، الوسائل الهامة وتعاون القطاع الخاص؟ على الرغم من أن القانون الصحي الجديد يدمجه كجزء من النظام الصحي، و تبقى الحقيقة أن هناك حاجة لإرادة حقيقية على المستوى المركزي وإشارات قوية بما يكفي لكسر ثقافة القطاع الخاص المهمش وأن مفهوم النظام الصحي لا يقتصر على هياكل قطاع الصحة العمومية.

هذا التصور المتوقع لتوظيف أداة الكمبيوتر (وحوسبة الخدمات الاستعجالية، و إنشاء شبكة وطنية، كأولوية) وشبكة المهارات، سوف ندرك المكاسب الاقتصادية وربحية الاستثمارات و الميزانيات الهامة التي يتم إدخالها كل عام في الميزانية السنوية للدولة (على الرغم أن إلا جزء صغير من هذه النفقات موجه للوقاية وتشجيع الابتكار والبحث العلمي)، من حيث الوقت والجهد البشري، الموارد التسييرية وأثارها في مجال التقييم والأداء والإدارة الحديثة للاستعجالات.

يمكن اختتام هذا البحث من خلال هذا التقييم عن تطور البلدان التي تمر بمرحلة انتقالية، مما يؤكد أن ألان ليبينز (Alain Lipietz) يلاحظ أن التقارير تترك جانبا البلدان التي تمر بمرحلة انتقالية، وأوروبا الشرقية ، وجنوب آسيا، إفريقيا وشبه القارة الهندية. و يعتقد هذا الباحث أن خلاص البلدان النامية يمكن أن يأتي أساسًا من القيادة الداخلية الجيدة التي تقود الإصلاحات الصحيحة مع الحكم الرشيد (إف. بورغينيون ، 2000: 172).

التوصيات المنهجية لإنشاء منظمة جديدة و فعالة و التي تضمن الاداء في الاستعجالات الاستشفائية

ونتيجة لهذا البحث الذي يركز على تحليل نظام تقييم الأداء في المصالح الاستعجالية، بعلاقة بالتكفل بالمريض وعلى ضوء منهجية البحث- النشيط، تقترح التوصيات المنهجية التالية التي يمكن أن تكون بمثابة مبادئ للمقاربة لتطوير سياسة تقييم الأداء الاستشفائي في المجال الخاص و الأولوي للاستعجالات الاستشفائية.

ومن حيث المبدأ، إذا أريد استخدام أهداف منهجية البحث- النشيط، ينبغي اقتراح مشروع لنظام لتقييم أداء الموارد البشرية بموافقة الجهات الفاعلة في الاستعجالات. هذا هو المعيار الرئيسي الذي يمكن أن يؤدي أو يميل إلى تقييم يقوم على الإنصاف، وبالتالي يضمن الكفاءات ويشارك (من خلال حركية الجهات الفاعلة) في ظهور خدمات المستشفيات وخاصة الاستعجالات الأكثر كفاءة.

هذه الاجراءات تندرج بانسجام مع اهداف القانون الصحي الجديد، الذي يسمح، خاصة إذا كان هناك إعداد تدابير، بالتعاون مع الممثل القانوني والمشروع، لتهيئة الظروف اللازمة لخلق المنظمة المستقبلية على أساس الجدارة والتعلم بالالتزام بالنتائج. وعلى وجه التحديد، سوف يتم بناء، تدريجيا، منظمة مبنية على الاداء و الفعالية لحالات الاستعجالات، ذات مصداقية في نظر المواطن والمجتمع، أي منظمة تضمن التكفل للمريض في ظروف، نسبيا الأمثل، بجودة وسلامة.

عرض مخطط المذكرة

لقد تم تنظيم عملية بحثنا في جزأين رئيسيين.

الجزء الأول يتكون من أربعة فصول الذي يتطرق الى :

1. المقدمة للبحث التي تحتوي على حيثيات موضوع البحث، السياق، الإشكالية، الفرضية، الدوافع، أهداف البحث و المصطلحات الاجرائية.
2. في الفصل الثاني ندرس "وصف وتحليل تنظيم حالات الاستعجالات"، حيث يتم تقديم موجز لدليل الاستعجالات الكندي (كمرجعية)، و في مرحلة ثانية نتطرق إلى فصل "تنظيم وتسيير حالات الاستعجالات في المستشفيات في الجزائر" ، من خلال النصوص الأساسية وكذلك نقدم النتائج الأساسية " للتحقيق الوطني للاستعجالات الجراحية الطبية-الجراحية ل2003 ، النتائج والتوصيات".

3. فس هذا الفصل، الطالب الباحث يقوم "بتحليل النظام الصحي الجزائري والإصلاح الاستشفائي"، حيث نناقش عرض بيانات التحقيق في تقرير البنك الدولي (2007)، و يسبقه عرض لتقرير البنك الدولي عن الصحة لسنة 1990، و ندرس كذلك "مشروع قانون الصحة: تحليل الأهداف والأحكام" و "إنشاء المؤسسة الصحية العامة الجوارية (EPSP): مع إنشغالنا لمعرفة ما مساهمة هذه المنظمة الصحية في الحد من تدفق المرضى على المصالح الاستعجالية ؟".
4. في هذا الفصل للجزء الأول نقوم بدراسة "تقييم أداء النظام الصحي" : نطرح مقارنة منظمة الصحة العالمية والتجربة الدولية و نظام التقييم في المرافق الصحية مع تحليل القوانين الأساسية.

الجزء الثاني يتكون من فصلين الذي يتطرق الى :

1. في هذا الفصل ندرس البحث الميداني و النتائج المحصل عليها. سوف تقدم المنهجية المتبعة (البحث النشط)، و بعض المقابلات الاستطلاعية ، مع تقديم و مناقشة نتائج البحث. سننهي هذا الجزء، كما تتطلب التقاليد الأكاديمية، بعرض :
2. توصيات منهجية لإنشاء المنظمة الجديدة التي تنسم بالفعالية والأداء للحالات الاستعجالية في المستشفيات. ننهي هذه الأطروحة بتقديم المراجع والملاحق.