

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين. سطيف2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: Socio001/02/16



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في فرع علم الاجتماع
تخصص: علم الاجتماع التنظيم والعمل
بعنوان:

الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية

إعداد الطالبة:

زينب قريوة

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف2	أستاذ محاضراً	د/دريس نوري
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف2	أستاذ	أ.د/بوجمعة كوسة
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف2	أستاذ محاضراً	د/درويش التوفيق
عضوا ممتحنا	جامعة قسنطينة 2	أستاذ محاضراً	د/ مراد بلخيري
عضوا ممتحنا	جامعة جيجل	أستاذ محاضراً	د/ ياسين بوالجرودة

السنة الجامعية: 2021-2022 م

تشكر

يسرني ويشرفني في هذا المقام أن أتقدم بخالص شكري وامتناني ودعواتي للأستاذ المشرف كوسة بوجمعة، على تكرمه بتبني عملي العلمي ومرافقتي العلمية والتوجيهية من قبل وطيلة مسار إنجاز هذه الأطروحة، وما قدمه لي من تسهيلات، فله جزيل الشكر وخالص الدعاء بظهر الغيب.

كما لا يفوتني أن أشكر كافة أعضاء لجنة المناقشة، الأساتذة الكرام الذي قبلوا مناقشة هذا العمل، وإثرائه بالنقاش العلمي والملاحظات الموضوعية. بالإضافة لرفيقي الاستشارة العلمية: الدكتورة وفاء لعريط، والدكتور بوخالفة رشيد، وصاحبة الاستشارة التكنولوجية غنية عزوز

دون نسيان الأساتذة الذين درسوني في جامعة سكيكدة بدءا بالأستاذ القدير وقدوتنا البروفيسور قييرة إسماعيل وصولا إلى من درسوني بجامعة جيجل.

نحن لا نعرف ما إذا كان ما نقوله صادقا، ولكننا على يقين من أنه له دلالة...، نحن لا نعرف ما إذا كان ما نقوله له دلالة، ولكننا على يقين من أنه على درجة من الصدق.
روبرت ميرتون.

جويلية 2022

إهداء

أتقدم بإهداء جهدي هذا وفرحتي
إلى أمي الغالية حفظها الله وروح أبي العزيز رحمه الله
إلى نجومى والقمر ماضيا حاضرا ومستقبلا
إلى نور الإيمان وإيان
إلى زوجي
إلى إخوتي إسماعيل، سليم، عبد المالك، وأختاي دنيا زاد وشيماء
"انتصار الحلم"
وصديقاتي الأوفى والأعز والأصلح والأصدق: وقار الوفا، شاهين العز،
صلاح الزمان، لبنى، ليلي، أمال، نوال، إلهام، ...
وكل من تمنى لي خيرا.
وتحية خاصة
لكل الذين يظنون أنفسهم يحظون باحترامي وأراهم جديرين بذلك
ولكل من يثرون العلم بأخلاقهم...
وإلى كل الذين آمنوا ب "علي" ومشروعه قبل أن تلقفه أيديهم...
وكل المخلصين الذين بكوا من أجل هذا الوطن ذات حراك...

زينب حسين قريوة

2 نوفمبر 2022

الشكر

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

المقدمة.....أ، ب، ج، د، هـ

الجانب النظري من الدراسة

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة.....60-16

تمهيد:..... 17

1. الإشكالية: 18

2. مبررات وأسباب اختيار الموضوع: 22

3. أهمية الدراسة: 24

4. أهداف الدراسة: 27

5. التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة: 27

أ- المفاهيم الرئيسية: 27

1. الحوكمة..... 27

2. الحوكمة الصحية: 28

3. المسؤولية الاجتماعية: 30

ب. المفاهيم التكميلية: 32

1. الإفصاح والشفافية: 32

2. إدارة المخاطر الصحية: 34

3. جودة الخدمات الصحية: 34

4. جودة الحياة الوظيفية: 35

5- فرضيات الدراسة: 36

6. الدراسات السابقة: 54-37

7. المقاربة النظرية للتحليل والدراسة: 59-55

خلاصة الفصل..... 60

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية.....119-61

تمهيد: 62

أولاً: ماهية الحوكمة المؤسسية والحوكمة الصحية..... 63

1.1.نشأة مفهوم حوكمة المؤسسات أو الحوكمة المؤسسية:..... 64

2.1. مفهوم وتطبيق الحوكمة في المستشفيات 65

- 3.1. دور منظمة الصحة العالمية في ترقية خدمات الرعاية الصحية..... 66
- 4.1. أهمية وفوائد تطبيق الحوكمة الاستشفائية: 69
- 5.1. أهداف ونتائج حوكمة المؤسسات الصحية:..... 70
- ثانيا: أساسيات ومرتكزات الحوكمة في المؤسسات الصحية..... 72
- 1.2. مبادئ وقيم الحوكمة الصحية:..... 73-84
- 2.2. الأطراف المعنية بتطبيق الحوكمة في المستشفيات:..... 85
- 3.2. العوامل المحددة لحوكمة المؤسسات الاستشفائية:..... 87
- 4.2. نظام حوكمة مؤسسات الصحة: 82
- ثالثا: شروط واستراتيجيات تفعيل واقع الحوكمة في القطاع الصحي..... 91
- 1.3. دور الرأسمال البشري الصحي في تجسيد استراتيجيات الحوكمة الصحية: 92
- 2.3. إدارة المعلومات الصحية في ظل التحول الرقمي والصحة الالكترونية..... 94
- 3.3. الإفصاح والشفافية كآلية لدعم الحوكمة في المؤسسات الصحية:..... 95
- 4.3. إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات كإطار لحوكمة المؤسسات الصحية:..... 97
- أ. جودة الخدمات الصحية: 99
- ب. جودة الحياة الوظيفية: 101
- رابعا: النظريات المفسرة للحوكمة من زاوية سوسيولوجيا التنظيم: 105-118
- 1- التحليل البنائي الوظيفي..... 106
- أ. المؤسسة النسق الاجتماعي عند بارسونز..... 106
- ب. التخصص وتفويض السلطة لدى سيلزنيك..... 110
- 2- النظريات التنظيمية الحديثة..... 111
- أ. نظرية اتخاذ القرار لهاربرت سيمون..... 112
- ب. نظرية النظم والنسق المفتوح: 113
- ت. الإدارة بالأهداف لبيتر دراكر: 115
- ث. إدارة الجودة الشاملة..... 116
- خلاصة الفصل..... 119
- الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية..... 120-172**
- تمهيد: 121
- أولا: مفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات..... 121
- 1.1. الخلفية التاريخية لنشأة مفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات وتطوره:..... 121

2.1. مفاهيم مرتبطة بالمسؤولية الاجتماعية:	131-124.....
3.1. المسؤولية الاجتماعية من منظور إسلامي:	132
ثانيا: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية	135.....
1.2. أهمية المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات:	135
2.2. أهداف المسؤولية الاجتماعية بالنسبة للمؤسسات الصحية:	137.....
3.2. دوافع وأسباب ممارسة أنشطة المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي:	138
4.2. مجالات المسؤولية الاجتماعية وأصحاب المصالح في المؤسسات الصحية:	144-139.....
ثالثا: أساسيات المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية	144.....
1.3. خصائص المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية:	144.....
2.3. مبادئ المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الصحية:	152-146.....
3.3. أبعاد المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الإستشفائية:	156-152.....
رابعا: مرتكزات تفعيل المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي	157.....
1.4. المتطلبات والعوامل الأساسية لتحقيق المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الصحية.....	157.....
2.4. دور الموارد البشرية في الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الصحية:	159.....
3.4. مساهمة ثقافة الجودة في تفعيل الالتزام بالمسؤولية للمؤسسات الاستشفائية:	161.....
4.4. معوقات وصعوبات الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الخدمائية الصحية:	162.....
خامسا: النظريات المفسرة للمسؤولية الاجتماعية	171-163.....
1- النظرية النيوكلاسيكية (نظرية الأرباح) لميلتون فريدمان:	163.....
2- نظرية الوكالة (التعاقد)	165.....
3- نظرية أصحاب المصالح:	167.....
خلاصة الفصل	172
<u>الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية</u>	<u>212-173.....</u>
تمهيد:	174.....
أولا: واقع المنظومة الصحية الجزائرية ومسعى إصلاحها:	175.....
1.1. المراحل التاريخية لتطور النظام الصحي في الجزائر:	183-175.....
2.1. المشاكل التي تعترض حوكمة المنظومة الصحية الجزائرية:	183.....
3.1. تبني المقاربة التشاركية ونظام التعاقدية لتمويل وتطوير القطاع الصحي الجزائري:	188.....
ثانيا: الهيئات المستحدثة من أجل تطوير القطاع الصحي بالجزائر	196.....

- 1.2. المدرسة العليا للمناجمت والإدارة الصحية: 196.....
- 2.2. الوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات 197.....
- 3.2. الوكالة الوطنية للأمن الصحي: 198.....
- 4.2. الوكالة الموضوعاتية للبحث في الصحة: 199.....
- 5.2. وزارة الصناعة الصيدلانية: 200.....
- ثالثا: متطلبات تفعيل الحوكمة الصحية وتعزيز المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات 202.....
- 1.3. تكوين وتدريب الرأسمال البشري 203.....
- 2.4. توظيف الذكاء الصناعي والتكنولوجيات الحديثة ورقمنة القطاع الصحي: 204.....
- 3.4. تحقيق الأمن الصيدلاني والتمويل بمنتجات صحية ذات جودة: 206.....
- 4.4. أمن المرضى وحماية مهنيي الصحة من خطر العدوى في الوسط العلاجي 207.....
- 5.4. تطوير البحث العلمي في مجال الصحة 208.....
- 6.4. تفعيل الاتصال المفتوح والتفاعل مع المجتمع ومشاركته: 210.....
- خلاصة الفصل: 212.....
- مخططات تلخيصية لأهم ما جاء في فصول الشق النظري..... 218-213.....

الجانب الميداني من الدراسة

- الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة..... 219-258
- تمهيد: 220
1. مجالات الدراسة: 227-221
2. المناهج المتبعة في الدراسة: 227
3. عينة الدراسة: 228
- 1.3. خصائص عينة الدراسة: 239-229.....
4. مصادر جمع البيانات: 240.....
- 2.4. أدوات جمع البيانات..... 240
- 1.2.4. الإستبانة ومراحل إعدادها: 241
- 2.2.4. إختبارات أداة الدراسة: 252-241

252.....	2.2.4. المقابلة:
254.....	3.2.4. الملاحظة:
255.....	4.2.4. السجلات والوثائق:
256.....	5. أساليب التحليل المعتمدة في الدراسة:
258	خلاصة الفصل.....
332-259.....	الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة.....
260.....	تمهيد.....
325-261.....	أولاً: عرض وتحليل بيانات الاستمارة.....
326	ثانياً: عرض وتحليل بيانات المقابلة.....
327.....	أولاً: إجابات عينة المقابلة على أسئلة محور الحوكمة الصحية:
329.....	ثانياً: إجابات عينة المقابلة على أسئلة محور المسؤولية الاجتماعية:
330	ثالثاً: إجابات عينة المقابلة على أسئلة محور الأمن الصحي والتحديات الوبائية:
332.....	خلاصة الفصل:
358-333.....	الفصل السابع: مناقشة نتائج الدراسة الميدانية.....
334.....	تمهيد:
335.....	1- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.....
341-335	1-1- النتائج المستخلصة من الاستبيان.....
342	1-2. النتائج المستخلصة من المقابلة:
344.....	2- مناقشة النتائج في ضوء أهداف الدراسة:
344	3. مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة:
353.....	4. مناقشة النتائج في ضوء النظريات المفسرة للموضوع:
356.....	5. النتائج العامة للدراسة:
359.....	خلاصة الفصل.....
360.....	الخاتمة.....
362.....	مقترحات وقضايا مستخلصة من الدراسة.....
378-365	قائمة المراجع.....
390-379.....	الملاحق.....
.....	الملخص باللغة العربية.....
.....	الملخص باللغة الإنجليزية.....

فهرس الجداول

- الجدول رقم 02: بنود ومجالات المسؤولية الاجتماعية الاستشفائية..... 151
- الجدول رقم 03: وفيات الأمومة والأطفال حديثي الولادة في الجزائر..... 182
- الجدول رقم 04: ميزانية قطاع الصحة من سنة 2018 إلى سنة 2022..... 183
- الجدول رقم 05: تحديات الحكم الراشد في المؤسسة الجزائرية..... 184
- جدول رقم (05) يوضح توزيع موظفي المؤسسة تبعا للمسمى الوظيفي 225
- الجدول رقم 06: مراحل إنجاز الدراسة الراهنة..... 226
- الجدول رقم 07: توزيع العينة التطبيقية..... 228
- الجدول رقم (08): الخصائص الشخصية لعينة الدراسة 229
- الجدول رقم (09) العلاقة بين متغير الجنس والسلوك الوظيفي..... 235
- الجدول رقم (10) العلاقة بين السلوك الوظيفي والخبرة المهنية..... 236
- الجدول رقم (11) العلاقة بين متغير السلوك الوظيفي والراتب الشهري 237
- الجدول رقم (12): العلاقة بين متغير الخبرة المهنية والسن 238
- الجدول رقم (13) العلاقة بين متغير الراتب الشهري والخبرة المهنية..... 239
- الجدول رقم (14): توزيع الفقرات على محاور الاستبيان بعد التعديل:..... 241
- جدول رقم (15): أسماء المحكمين ودرجتهم العلمية وإنتمائهم الأكاديمي. 242
- جدول رقم (16): معاملات إرتباط (الإفصاح والشفافية) مع الدرجة الكلية للبعد..... 243
- جدول رقم (17) معاملات إرتباط (إدارة المخاطر الصحية) مع الدرجة الكلية للبعد..... 244
- جدول رقم (18): معاملات إرتباط (جودة الخدمات الصحية) مع الدرجة الكلية للبعد..... 245
- جدول رقم (19): معاملات إرتباط (جودة الحياة الوظيفية) مع الدرجة الكلية..... 246
- جدول رقم (20): معاملات إرتباط عبارات بعد (المسؤولية الاخلاقية) مع الدرجة الكلية.... 247
- جدول رقم (21): معاملات إرتباط (المسؤولية القانونية) مع الدرجة الكلية للبعد..... 248
- جدول رقم (22): معاملات إرتباط (المسؤولية البيئية) مع الدرجة الكلية للبعد..... 249
- جدول رقم (23): معاملات إرتباط (المسؤولية الاقتصادية) مع الدرجة الكلية للبعد..... 250

- جدول رقم (24): يوضح الصدق الداخلي او البنائي لمحاور الاستبيان.....250
- جدول رقم (25): معامل الثبات الصدق لكل محور من محاور الاستبيان وأبعاده251
- الجدول رقم (26): إجراءات التطبيق الميداني لأداة الدراسة:.....252
- جدول رقم (27): خصائص عينة المقابلة.....253
- جدول رقم (28): معيار التحليل.....261
- جدول رقم (29): حسابات وتقديرات بعد (الإفصاح والشفافية)262
- جدول رقم (30): إطلاع العمال على معايير تقييم أدائهم والترقية بوضوح.....264
- جدول رقم (31): يوضح الحسابات المتعلقة ببعدها إدارة المخاطر الصحية.....269
- الجدول رقم (32): عناصر ومكونات عملية إدارة المخاطر البوئية.....272
- الجدول رقم (33): استفادة العاملين من دورات تكوينية وسلوكهم الوظيفي.....276
- جدول رقم (34): يوضح الحسابات المتعلقة ببعدها جودة الخدمات الصحية.....278
- جدول رقم (35): الرعاية الصحية للمرضى والإمكانيات والوسائل متطورة.....284
- جدول رقم (36): يوضح الحسابات المتعلقة ببعدها جودة الحياة الوظيفية.....285
- جدول رقم (37): البيئة المادية للعاملين على الأداء الجيد وتلبية احتياجاتهم.....291
- جدول رقم (38): عدم رضا العاملين عن أجورهم والخدمات الاجتماعية293
- جدول رقم (39): يوضح الحسابات المتعلقة ببعدها المسؤولية الأخلاقية.....294
- جدول رقم (40): إلزام العاملين بأخلاقيات المهنة وميثاق أخلاقيات الصحة.....298
- جدول رقم (41): احتفاظ العاملين بالسريّة الطبيّة للمرضى واحترام حقوقهم.....299
- جدول رقم (42): يوضح الحسابات المتعلقة ببعدها المسؤولية القانونية.....302
- الجدول رقم (43): إلزام المؤسسة بقوانين حقوق العاملين والاحتكام للقانون.....304
- جدول رقم (44): يوضح الحسابات المتعلقة ببعدها المسؤولية البيئية.....307
- الجدول رقم (45): إلزام المؤسسة بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة.....312
- جدول رقم (46): يوضح الحسابات المتعلقة ببعدها المسؤولية الاقتصادية.....314
- الجدول رقم (47): تحديث المؤسسة لأجهزتها واقتناء الوسائل الطبية المتطورة317
- الجدول رقم (48): تغطية المستشفى لتكاليف الدورات التدريبية للعاملين.....318
- الجدول رقم (49): أجور الموظفين بالمؤسسة ومدى كفايتها الاقتصادية319
- جدول رقم (50) معامل (بيرسون) بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية الاجتماعية320
- جدول رقم (51): معامل الارتباط بين إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية ...321

- جدول رقم (52): معامل (بيرسون) بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاج.....322
جدول رقم (53): معامل الإرتباط بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاج.....323
جدول رقم (54): معامل الإرتباط (بيرسون) بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاج.....324
جدول رقم (55): يوضح تحليل البيانات الخاصة بالمقابلة.....326
جدول رقم (56) مستوى تطبيق الحوكمة الصحية من خلال جميع أبعادها.....335
جدول رقم (57) مستوى الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال جميع أبعادها.....337

فهرس الأشكال

- الشكل رقم 01: نموذج الدراسة.....36
الشكل رقم 02: فوائد تطبيق الحوكمة في المؤسسات الصحية.....66
الشكل رقم 03: مبادئ حوكمة الشركات حسب منظمة (OECD).....74
الشكل رقم 04: ركائز حوكمة المؤسسات.....75
الشكل رقم 05: نظام الفحص والتقارير من أجل التقييم والتقييم المستمر.....78
الشكل رقم 07: أنواع المخاطر في المؤسسات الخدمائية.....82
الشكل رقم 08: إطار إدارة المخاطر حسب لجنة المنظمات الراعية.....83
الشكل رقم 09: مبادئ حوكمة القطاع الصحي.....85
الشكل رقم 10: الحوكمة الصحية وفق رؤية منظمة الصحة العالمية.....87
الشكل رقم 11: عوائق تحقيق تطوير القطاع الصحي وتحقيق الجودة الصحية.....92
الشكل رقم 12: محاور الصحة الالكترونية.....95
الشكل رقم 13: قيم الحوكمة وثقافة الجودة التنظيمية.....98
الشكل رقم 14: أبعاد وجوانب جودة الحياة الوظيفية.....104
الشكل رقم 15: مفاهيم مرتبطة بالمسؤولية الاجتماعية.....125
الشكل رقم 16: أهداف التنمية المستدامة.....128
الشكل رقم 17: القرار النموذجي كتفاعل بين الاعتبارات الربحية (المالية) والأخلاقية.....129
الشكل رقم 18: عرض تخطيطي لمواصفة الايزو المستقبلية 26000.....132
الشكل رقم 19: إدماج المسؤولية الاجتماعية في جميع جوانب المؤسسة.....137
الشكل رقم 20: أسباب ودوافع تأييد ومعارضة المسؤولية الاجتماعية.....139

- الشكل رقم 21: المسؤولية الاجتماعية لإدارة المؤسسة إتجاه العاملين بها.....141
- الشكل رقم 22: مؤشرات المسؤولية الاجتماعية اتجاه الزبائن والعملاء.....142
- الشكل رقم 23: بيئة المؤسسة هي الإطار الأكبر للبقاء والتطور.....143
- الشكل رقم 24: مجال والتزامات المؤسسات الصحية المسؤولة اجتماعيا.....144
- الشكل رقم 25: مرتكزات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات.....146
- الشكل رقم 26: مبادئ المسؤولية الاجتماعية.....151
- الشكل رقم 27: هرم كارول للمسؤولية الاجتماعية.....152
- الشكل رقم 28: التدرج في المسؤولية البيئية والأخلاقية للمؤسسات.....154
- الشكل رقم 29: تكلفة المريض في اقتصاديات الصحة.....189
- الشكل رقم 30: دائرة نسبية توضح تعداد الاناث في الوظيفة العمومية.....231
- الشكل رقم 31: توزيع المنتسبين للوظائف العمومي وفق الفئات العمرية.....232

مقدمة:

مادام الثابت في الأشياء هو التغير، فإن الأمر ينطبق على واقع التنظيمات الحديثة، فبالنظر إلى تسارع المتغيرات العالمية وتطورها ، ومجيئها في كل مرة بما هو مستحدث وجديد في مجال البحث عن السبل الأفضل لتنفيذ الأعمال، وتحقيق الأهداف، وهذا ما يدفعنا لمراجعة المفاهيم الجديدة الرائجة في مجال سوسيولوجيا التنظيم، حيث لم يعد الريح هو الهدف الأساسي للمنظمات، ولم يظل هدف المؤسسات والشركات هو تقديم حاجات، وسلع، وخدمات تدر عليها أرباحا مادية فقط، بل تعدى الأمر ذلك إلى السعي لتحقيق ما يسمى الأرباح المعنوية، وهذه الأخيرة من شأنها خلق الفارق بين المؤسسات من حيث القبول الاجتماعي، و السمعة الحسنة، والميزة التنافسية.

ونظراً لكون بيئة الأعمال في العصر الحالي تتميز بتزايد حدة التنافس وتداخل معايير التصنيف، حيث لم تعد المؤسسات والمنظمات الناجحة هي التي تملك موارد مالية أكبر، وتحقق أرباح مضاعفة، بل صار الأمر مرتبط بأبعاد أخرى متعلقة بمدى اعتمادها على أساليب الإدارة الاستراتيجية الحديثة، إذ تعرف الساحة التنظيمية والتنظيرية ظهور العديد من المفاهيم المستحدثة، وكذلك السعي لتعزيز وسائل التقييم من أجل التقويم، والرقابة التي تتم بناءً على المساءلة، والإفصاح الذي يعزز المصداقية والشفافية، والموثوقية، والمراجعة، وهو ما يسهم في تقليل الفساد، وتحسين مستويات الجودة، وتوظيف الرقمنة للحصول على المعلومة الصحيحة في الوقت المناسب لإتخاذ القرار الصائب، والمشاركة قصد تمكين الكفاءات من إبداء مقترحاتهم وإبراز قدراتهم على حل المشكلات، إضافة للإستعداد والتوقع لمواجهة التهديدات والمخاطر، وكلها آليات تنظيمية وإدارية تعمل من أجل استمرارية المؤسسة، والحفاظ على وجودها، وضمان تكيفها مع التغيرات المحيطة من منطلق وجودها في بيئة متفاعلة مع الاحداث ومتداخلة التأثير والتأثر.

وفي هذا السياق ظهرت الحوكمة، بإعتبارها البديل المناسب لتحقيق الأهداف سابقة الذكر خاصة وأنها ظهرت في خضم النزاع القائم بين أصحاب المصالح، وتراجع الأداء، وإنخفاض

مستوى الجودة، وتزايد معدلات الفساد الإداري والمالي، وتركيز الإدارات العليا على تحقيق أهدافها دون العمل على تحسين شروط الاستجابة العملية من قبل الموظفين، وعدم تزويد المتعاملين بمخرجات جيدة تتلائم وتطبعاتهم، وعدم إهتمام المؤسسات بضمان الاستدامة الاقتصادية، ليكون بذلك تعزيز إلتزام المؤسسات بمسؤولياتها الاجتماعية ودورها الاجتماعي على إختلاف نشاطاتها، أحد أهم الفواعل المنبثقة والمعبرة عن نجاح آلية الحوكمة ضمن المنظمات.

ففي الوقت الذي أصبح فيه العالم كتلة متماسكة لا حدود لها، تؤثر وتتأثر في ذات الوقت بالمتغيرات الداخلية والخارجية المحيطة بها، أصبحت المؤسسات الإدارية الخدمانية والاقتصادية جزء لا يتجزأ من هذه العلاقة، وكلما تطور الاقتصاد وظهرت مفاهيم وإستراتيجيات جديدة في الإدارة والتسيير العقلاني، كلما ألفت بظلالها على المؤسسات مرغمة إياها على ضرورة الإستجابة، والتكيف مع هذه التطورات حفاظاً على استقرارها ووجودها. وبالرجوع لكون هذه المؤسسات وجدت لخدمة المجتمع، فإن المعنى الإجماعي للإقتصاد أصبح يروج لمصطلحات الحوكمة، والمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الصحية كإستجابة لمتطلبات التطور، والاندماج الاستراتيجي الفعال لهذه المؤسسات ضمن البيئة التي تتواجد فيها، وذلك لتحقيق متطلبات الرفاهية الاجتماعية، ومصصلحة المجتمع وما يحتويه من مؤسسات وأفراد.

وفي نفس الإطار، تزايدت الدعوة لتطبيق آليات الحوكمة، وتعزيز الإلتزام الاجتماعي للمؤسسات مراعاة لحقوق أطراف المصلحة من ممثلي البيئة الداخلية والخارجية، بعد تحقيق معدلات أداء أحسن وأفضل من قبل المؤسسات التي طبقت إستراتيجية الحوكمة، فصارت بذلك تحظى بقبول إجماعي أكبر، بالنظر لتوافق أهدافها مع مراعاة الواجب الاقتصادي، والحق القانوني، والبعد الأخلاقي، والحفاظ على البيئة في ممارسة نشاطاتها، كل هذا ساهم بشكل مباشر في إقتباس آليات الحوكمة من المؤسسات الخاصة المالية، والإنتاجية، وتطبيقها بالمؤسسات الخدمانية العمومية. ولعل مسعى إصلاح النظام الصحي الذي باشرته جل دول العالم بعد ما شهدته هذه الأنظمة من أزمات نتيجة التأثيرات العميقة لجائحة كورونا، التي خلقت حافزا أكبر من أجل العمل على تفعيل خطط الوقاية من المخاطر، وتحسين الخدمات

الصحية، لتعزيز وضمان التنمية الصحية المستدامة التي تعد جزءاً أساسياً من التنمية الاجتماعية الحقيقية.

وهذا ما دعانا للبحث في موضوع الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية العمومية، ومحاولة الكشف عن واقع تطبيق المفهومين ضمن المنظومة الصحية الجزائرية، إذ تسعى الدولة الجزائرية مجسدة في قطاعها الصحي العمومي إلى تحسين الخدمات الصحية، والظروف المهنية لعمال القطاع، من خلال فتح ورشات للنقاش حول واقع المنظومة الصحية وسبل تطويرها.

إضافة لترتيب جملة من اللقاءات التشاورية مع النقابات الصحية، والمختصين والمهتمين بالشأن الصحي لمراجعة قانون الصحة، وأجور موظفي القطاع، وظروف عملهم، فتم في ظل هذا المسعى عقد ملتقى وطني حول الصحة بعنوان: تحسين المنظومة الصحية يومي 8 و9 جانفي 2022م، والذي عرف حضور أكثر من 700 فرد من ممثني الصحة، مع تنظيم ثمانية ورشات للتباحث حول السبل الكفيلة بتجسيد الإستراتيجية الفعلية لحوكمة المنظومة الصحية، والرقمنة الصحية، وتحسين الخدمات الصحية.

كذلك وفي ظل نفس مسعى الدولة نحو تحقيق الأمن الصحي، وتحسين قدراتها وخدماتها الصحية، وتعزيز استقلاليتها، تم إستحداث عدد من الوزارات المنتدبة على غرار الوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات بقرار رئاسي مؤرخ في 16 جويلية 2020م، ووزارة الصناعة الصيدلانية بناء على المرسوم الرئاسي رقم 20-163 المؤرخ في 23 جوان 2020م، والتي كانت قبل ذلك وزارة منتدبة من جانفي 2020 إلى جوان 2020، بالإضافة للوكالة الوطنية للأمن الصحي بموجب المرسوم الرئاسي رقم 20-158 المؤرخ في 13 مارس 2020، والوكالة الموضوعاتية للبحث في الصحة، إذ حدد المرسوم التنفيذي رقم 21-98 المؤرخ في 1 مارس 2021 القانون التوجيهي حول البحث العلمي والتطوير التكنولوجي.

ومادامت الدراسة الحالية تعنى بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، فذلك دافع للتساؤل عن مدى نجاح مخططات الإصلاح، وتحسين الخدمة الصحية، والاعتناء بالمرضى، وتحسين أساليب

التنظيم والعمل، عبر الدعوة لأنسنة المستشفيات، وأخلقة الإدارات العمومية، في إطار العلاقة بين تطبيق إستراتيجية الحوكمة ودورها في تعزيز المسؤولية الاجتماعية.

ويهدف التعمق في الموضوع أكثر نظريا وميدانيا، جاءت الدراسة الحالية في جزئين يتضمنان سبعة فصول، حيث تم تقسيم الجزء الأول الخاص بالجانب النظري للدراسة إلى أربع فصول الفصل الأول منها كان بمثابة البوصلة المحددة للدراسة واتجاهها، وجاء بعنوان الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة، وفيه تم تحديد أسباب اختيار الموضوع، وأهميته، وأهدافه، وهذا بعد صياغة الإشكالية، وكما تم تحديد المفاهيم الرئيسية والتكاملية الخاصة بالدراسة، ثم عرض جملة من الدراسات السابقة المتشابهة مع الموضوع الحالي، ليتم في الأخير تحديد المقاربة النظرية الأنسب لموضوع الدراسة.

أما الفصل الثاني فكان خاص بالمتغير الأول، وجاء بعنوان الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية تناولنا فيه أولا ماهية الحوكمة المؤسسية والحوكمة الصحية، ثم أساسيات ومرتكزات الحوكمة في المؤسسات الصحية، لنفصل بعدها في شروط واستراتيجيات تفعيل الحوكمة في القطاع الصحي، من خلال ابراز دور الرأسمال البشري والتحول الرقمي في الخدمات الصحية والافصاح والشفافية كممارسة واقعية لدعم الحوكمة، بالإضافة لدور إدارة الجودة الشاملة على مستوى المستشفيات في تعزيز جودة الحياة الوظيفية وضمان جودة الخدمات الصحية ويأتي في الختام لهذا الفصل عرض النظريات المفسرة للحوكمة من منظور سوسيولوجي.

وبخصوص الفصل الثالث وهو المتعلق بالمتغير الثاني للدراسة فقد كان تحت عنوان: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية، وفيه تعرضنا لمفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات وماهيتها، محددين فيه أهمية وأهداف ودوافع ومجالات المسؤولية الاجتماعية وأصحاب المصالح ضمن المؤسسات الصحية، ثم أساسيات المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية من خصائص ومبادئ وأبعاد، والعنصر ما قبل الأخير كان يتحدث عن مرتكزات تفعيل المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي، ودور الموارد البشرية في الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الصحية، ومساهمة ثقافة الجودة في تفعيل هذا الالتزام. بالإضافة لمحاولة الكشف عن معوقات وصعوبات الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية

للمؤسسات الخدمائية الصحية. وختمنا هذا الفصل الثالث من الجزء النظري بقراءة سوسيولوجية تنظيمية لبعض النظريات المفسرة للمسؤولية الاجتماعية.

ليكون الفصل الرابع من الشق النظري لهذه الدراسة بعنوان: المؤسسات الصحية في الجزائر وفيه تم التطرق لواقع المنظومة الصحية الجزائرية ومراحل تطورها، ومسعى إصلاحها، ثم الهيئات المستحدثة من أجل تطوير القطاع الصحي بالجزائر، وبعدها تحديد متطلبات عصرنة المنظومة الصحية وتفعيل الحوكمة الصحية وتعزيز المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات الجزائرية.

وبالعودة للقسم الثاني من هذه الدراسة والخاص بالجانب التطبيقي، فقد تضمن هو الآخر ثلاث فصول ميدانية. حيث الفصل الخامس الخاص بالإجراءات الميدانية للدراسة تضمن تحديد مجالات الدراسة، ومنهجها وعينتها، مع عرض أدوات جمع البيانات، ثم إجراء اختبارات أداة الدراسة الخاصة بالصدق الظاهري، والصدق الداخلي ومعامل الثبات، ثم أخيرا ذكر أساليب التحليل الكمي، والكيفي المعتمدة في الدراسة.

أما الفصل السادس جاء بعنوان: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة تناولنا فيه أولا تحليل بيانات الإستبانة في إطار اختبار الفرضية الرئيسية والفرضيات الفرعية للدراسة، ثم تحليل بيانات المقابلة.

لتتم في الفصل السابع والأخير من فصول هذه الدراسة مناقشة وتفسير النتائج في ضوء فرضيات الدراسة، وأهدافها، والدراسات السابقة، ثم مناقشة النتائج في ضوء النظريات المفسرة للحوكمة والمسؤولية الاجتماعية.

وأخيرا بعد الخاتمة التي كانت محصلة لمحتوى الدراسة، تم عرض جملة من الصعوبات التي اعترضت مسار البحث، ثم بعدها تم تقديم جملة من التوصيات والاقترحات المستخلصة بناء على الدراسة الميدانية، وبعض القضايا والتساؤلات التي أثارها الدراسة الراهنة. لتأتي بعدها قائمة المراجع المعتمدة في الدراسة، وكذا قائمة الملاحق، وملخصي الدراسة باللغة العربية واللغة الإنجليزية.

الجانِب النظري من الدراسة

-تمهيد

1. الإشكالية
 2. مبررات وأسباب اختيار الموضوع
 3. أهمية الدراسة
 4. أهداف الدراسة
 5. التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة
 - أ- المفاهيم الرئيسية**
 - 1- الحوكمة
 - 2- الحوكمة الصحية
 - 3- المسؤولية الاجتماعية
 - ب- المفاهيم التكميلية**
 - 1- الإفصاح والشفافية
 - 2- إدارة المخاطر الصحية
 - 3- جودة الخدمات الصحية
 - 4- جودة الحياة الوظيفية
 6. فرضيات الدراسة
 7. الدراسات السابقة
 8. المقاربة النظرية للتحليل والدراسة.
- خلاصة الفصل

تمهيد:

إن الاتجاه السوسولوجي في مجال الإدارة أصبح فرعاً مهماً ضمن البحوث الإدارية، والخدماتية، وحتى تلك الاقتصادية الإنتاجية، والصناعية، فباعتبار المؤسسات تتواجد ضمن بيئة تتصف بالتغير، وعدم الثبات فهي مطالبة بالتكيف مع متغيرات البيئة، واستراتيجيات التحديث للحفاظ على وجودها في ظل عالم تتزايد فيه مظاهر المنافسة، والتميز، فعلى غرار المؤسسات الكلاسيكية ذات التوجه المادي المنغلقة على ذاتها، سادت المؤسسات الحديثة ذات النسق المفتوح والمتفاعلة مع التغيرات، والمتطلبات الخارجية، ومهما كان نوع المؤسسة، وهدفها فهي مرغمة على الاستجابة لمتطلبات أصحاب المصالح، والزبائن، والمجتمع، فالتنمية الاقتصادية مثلاً لا يمكن أن تحقق أهدافها إلا إذا رافقتها تنمية اجتماعية، ولا يمكن الحديث عن تنمية اجتماعية في ظل تدني الخدمات الصحية، وضعف منظومة الرعاية الطبية، فالمؤسسات الصحية بإعتبارها جزءاً من النسيج السياسي والاجتماعي للمجتمع مطالبة أكثر من أي وقت مضى بالاستجابة لتوقعات المرضى، من حيث توفير المستلزمات الطبية للتشخيص، والعلاج، وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة لجمهور المواطنين، وهو ما يتطلب توظيفاً لآليات الحوكمة الصحية من أجل تعزيز فرص الأداء الجيد، وتنمية الدور الاجتماعي للمؤسسات الاستشفائية وتأمين الجودة.

ولذلك فقد جاء هذا الفصل بمثابة المدخل والبوصلة الضابطة لاتجاه الدراسة ومتغيراتها حيث سنتطرق بشيء من التفصيل لطبيعة العلاقة النظرية القائمة بين متغيري الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية في ظل المؤسسات الصحية العمومية، والتي ستوضح أكثر بعد تحديدنا لأسباب اختيار موضوع الدراسة الراهن وأهميته والأهداف المرجوة من البحث، والإشكالية الضابطة لمتغيري الدراسة وأبعادها. مع تحديد المقاربة الأنسب لموضوع الدراسة في ضوء المفاهيم المتبناة.

1. الإشكالية:

تعد الحوكمة إحدى أبرز المفاهيم الحديثة، وواحد من أهم القضايا المتداولة عالمياً في المجال السياسي، والاقتصادي، والقانوني، والإداري، وحتى الاجتماعي، حيث أصبحت جميع الهيئات والمنظمات تتطلع لتعميم هذا المفهوم والاستفادة من تطبيقه وذلك بتوفير البيئة التنظيمية، والقانونية والسياسية، والإدارية، والاقتصادية الملائمة للاستفادة منه، وتحقيق كل المزايا التي من شأن هذا الأخير أن يضمنها عند التطبيق الصحيح، وتوفير العوامل المساعدة على ترسيمة من أجل تحقيق التنمية المستدامة التي يستفيد منها كامل أفراد المجتمع، ومؤسساته. في حين أنه وعلى الصعيد المحلي نلاحظ تداول هذا المصطلح في أغلب إن لم نقل كل المراسيم والمشاريع التنفيذية، والتشريعية لمختلف القطاعات، حيث تتطلع الحوكمة لتحقيق أعلى معدلات الشفافية، والعدالة، والنزاهة، وترسيخ المساءلة، ومحاربة الفساد الإداري، والمالي، وكذا رفع الأداء، وتحقيق الجودة والفعالية.

وبالعودة لهدف المؤسسات الصحية وهو تحسين وضمان جودة الخدمات الصحية المقدمة فإن المنظومة الصحية العالمية أيضاً، ومن خلال المنظمة العالمية للصحة تبذل جهوداً مستمرة من أجل ترسيخ ممارسات الحوكمة الصحية في جميع دول العالم، وهذا بتجسيد ما يصطلح على تسميته حوكمة القطاع الصحي أو حوكمة المؤسسات الصحية، إذا يظهر هذا المفهوم كإستجابة جادة للتكيف، ومسايرة التغيرات، والتطورات العلمية العالمية في مجال إدارة وتسيير الهيئات، والمؤسسات الصحية لتحسين الرعاية الصحية، والارتقاء بالخدمات الصحية إلى مستوى الجودة.

وهنا لابد من التمييز بين المؤسسات الصحية الحكومية ذات الطابع العمومي والتي هي ملك للدولة، وتلك الخاصة ذات الملكية الفردية الخاصة أو الملكية الجماعية من خلال مساهمة المستثمرين أو أصحاب المصالح، والتي تسعى لدعم عوامل تحقيق الميزة التنافسية من أجل كسب رضى المرضى عن نوعية الخدمات الصحية التي يتلقونها، وبالتالي جذب مرضى (زبائن) أكثر، وتحقيق أرباح أكبر، مقابل الخدمات الصحية التي توفرها لعملائها وهم المرضى، في حين تركز المستشفيات العمومية على سبل وآليات تحسين الخدمات الصحية وجودتها، وتقديم خدمات تتماشى مع الإحتياجات الصحية للمجتمع، والسهر على ضمان مجانيته، فيكون تقديم

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

الخدمات الصحية مقابل مبالغ رمزية لا تساهم بشكل كبير في دعم ميزانية المؤسسة الصحية، على عكس القطاع الخاص الذي تكون به أجور مهنيي الصحة من المداخل المالية المتحصل عليها من المرضى، والمستثمرين أو المساهمين، كما أن هذه المدخلات المالية تعد إحدى مصادر تمويل الميزانية لتسيير المرافق الصحية الخاصة وتجهيزها..

ولكن بالرجوع إلى واقع المنظومة الصحية والمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، ينكشف لنا الشرح القائم بين إستراتيجية الإصلاح وواقع التطبيق، حيث مازالت أغلب المؤسسات الصحية العمومية تعاني من تدني مستوى ونوعية الخدمات الصحية، فهي لا تتوافق مع تطلعات المواطنين ولا مع النمو السكاني، كما أن الظروف المهنية لكوادر القطاع ووسائل العمل تعاني نقصا كبيرا، يدفع الجميع لعدم الرضا والتذمر، ما يخلق الرغبة لدى العديد من موظفي القطاع الصحي العمومي إلى التوجه للعمل في القطاع الصحي الخاص، وحتى الهجرة للعمل في القطاع الصحي العام والخاص في الدول الغربية والأوروبية على وجه الخصوص، كما يخلق أفضلية لدى الكثير من المواطنين والمرضى إلى التوجه للتشخيص وتلقي العلاج في العيادات والمستشفيات الخاصة، وهذا ما يسمح لنا بالقول أن قطاع الصحة في الجزائر بحد ذاته مريض وبحاجة لعلاج.

وضمن قانون الصحة الجزائري تشير المادة 3 إلى أن " الأهداف في مجال الصحة تتمثل في حماية صحة المواطنين عبر المساواة في الحصول على العلاج، وضمان استمرارية الخدمة العمومية للصحة، والأمن الصحي. وترتكز نشاطات الصحة على مبادئ تسلسل وتكامل نشاطات الوقاية، والعلاج، وإعادة تكييف مختلف هياكل ومؤسسات الصحة." (قانون الصحة الجزائري، 2018). وفي ظل سياق متصل بتحقيق هذا الهدف عملت الدولة على مراجعة وتحديث مختلف الآليات والميكانيزمات الكفيلة بالنهوض بنوعية المنظومة الصحية الجزائرية، وعصرنتها حيث أولت عناية شديدة لعمليات الاستشارة، وجمع مختلف الشركاء الإجماعيين والمختصين، والمهتمين بالشأن الصحي بدافع التوصل لصياغة خارطة طريق من شأنها تحقيق التوجه الاستراتيجي نحو ترسيخ ممارسات الحوكمة الصحية في ظل المقاربة التشاركية والشفافية، هذا وأكدت مخرجات هذه الجلسات التشاورية والنقاشات التي تبنتها الدولة ممثلة في وزارة الصحة،

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

والوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات على أنه يجب تعزيز اللامركزية، والاستقلالية في تسيير المؤسسات الصحية، مع منح المزيد من صلاحيات تفويض السلطة للهيئات والمؤسسات الصحية، وذلك بما يسمح بإتاحة الفرصة لمختلف مكوناتها و أنساقها للتفاعل والتعاون لإتخاذ القرارات المناسبة، وتحقيق الغاية الأساسية المتمثلة في تحسين نوعية الموارد والمدخلات الصحية، وتحقيق الجودة الشاملة بالنسبة للمدخلات والمخرجات الخدماتية الصحية.

ومن منطلق كون المستشفيات والمؤسسات الصحية ككل جزء من النسيج الاجتماعي، فهي ذات نظام مفتوح متفاعل مع البيئة والتغيرات المحيطة، ولهذا فهي لا تكتفي بتقديم الخدمات الصحية فقط، بل أنها مطالبة بتحسين خدماتها وظروف العاملين بها ووسائل عملهم، والوفاء بمختلف إلتزاماتها إتجاه الأشخاص والمؤسسات والمجتمع الذي تتواجد فيه.

وفي نفس السياق، تعد التنمية الصحية جزء من التنمية المستدامة التي تركز على الاستدامة الاقتصادية، والاجتماعية، والبيئية، كما تركز المسؤولية على الأداء الاجتماعي المتعلق بالبيئة الداخلية ممثلا في الموظفين، والدور الإقتصادي إتجاه البيئة الخارجية ممثلة في المجتمع. وفي إطار المسعى الاستراتيجي للدولة الجزائرية القاضي بجعل عصرنة المنظومة الصحية، وتجديدها، وترقية مصلحة الاستعجالات، وتحقيق الأمن والاستقلالية الصحية بمثابة أولوية استراتيجية، تعمل وزارة الصحة، ووزارة إصلاح المستشفيات، ووزارة الصناعة الصيدلانية جنبا إلى جنب مع مختلف الفاعلين وفق مقاربة تشاركية من أجل الوصول لخطط عملية تضمن تطبيق هذا التوجه، وتحقيقه على أرض الواقع، لاسيما وأن الميزانية المخصصة لقطاع الصحة في تزايد مستمر من سنة إلى أخرى، حيث خصصت الدولة إعتمادات مالية قدرها 392.163.373.000 دج لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2018م، ليرتفع المبلغ إلى 398.970.409.000 دج سنة 2019م، 408.282.838.000 دج سنة 2020 ليبلغ 527.000.000 دج سنة 2022م. كما خصصت الدولة غلاف مالي قدره 527.000.000 دينار جزائري لتسيير وزارة الصناعة الصيدلانية التي استحدثت بموجب المرسوم الرئاسي المؤرخ في 16 جويلية 2020.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

ووفق رؤية مختلف منظري الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية والباحثين في الموضوع فإن المؤسسات الاستشفائية تكون مسؤولة إجتماعيا كلما إلتزمت بمعايير وآليات الحوكمة، بإعتبار هذه الأخير تعمل على تحسين علاقة أصحاب المصالح بالبيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة من خلال تلبية إحتياجات الموظفين، والمرضى، وتسيير النفايات الطبية وفق قوانين حماية البيئة، والالتزام بأخلاقيات المهن الطبية بما تتضمنه من انضباط، ونزاهة، وقيم إنسانية، والتي يحددها كارول في الإلتزامات القانونية، والاقتصادية، والإنسانية(البيئية)، والأخلاقية للمؤسسات إتجاه مختلف أصحاب المصالح الذين يمثلون البيئة الداخلية والخارجية المتعاملة مع التنظيم الصحي، والمهتمة بما يقدمه هذا القطاع من مخرجات.

ودائماً وفي إطار العلاقة النظرية بين مفهومي الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية جاء التساؤل الرئيسي على الشكل التالي:

-هل توجد علاقة بين تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل؟

والذي نشق منه التساؤلات الفرعية التالية:

1- هل توجد علاقة بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل؟

2- هل توجد علاقة بين إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل؟

3- هل توجد علاقة بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الإجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل؟

4- هل توجد علاقة بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل؟

2. مبررات وأسباب اختيار الموضوع:

إن المسار العلمي لأي باحث أو طالب علم يجعله يميل لمواضيع على حساب أخرى، ويحدد الاطلاع عليها، والتعمق فيها، سواء بالاطلاع على مزيد من المادة العلمية ومستجدات البحث العلمي والتأصيل النظري لذلك المجال، أو القيام بالبحوث الميدانية القريبة من مجال اهتمامه، من أجل إشباع فضوله العلمي، والرغبة في الاستكشاف، والتجربة عن قرب، كما أنه لا بد من الإشارة إلى أن اختيار أي موضوع للبحث لا يتوقف على الرغبة الشخصية والفضول العلمي للباحث، بل هناك مجموعة من الشروط التي لا بد من مراعاتها بإختيار أي موضوع للدراسة، ولعل من بين أهم هذه العوامل توافق البحث مع الاختصاص العلمي للباحث، فلا يمكن للباحث الاجتماعي مثلاً تناول المواضيع المتعلقة بالمؤسسات الاقتصادية من جانب الاقتصاد، بل على العكس فالتخصص الاجتماعي حتى لو كان في مجال التنظيم والعمل أو إدارة الأعمال يُلزم الباحث تناول مواضيعه وفق قواعد البحث الاجتماعي والاعتماد على التحليل السوسولوجي للمواضيع التنظيمية والإدارية، بالإضافة إلى شرط المدة الزمنية حيث أن البحث الأكاديمي له مدة زمنية معينة تتراوح بين الحد الأدنى والحد الأقصى، فلا يمكن لباحث دكتوراه وفق المعايير الموضوعية إنجاز أطروحته وبحثه الميداني في أقل من ثلاث سنوات على الأقل إن كان يسعى لتقديم عمل رصين يتماشى ومتطلبات البحث العلمي، كما أن اختيار مجال البحث لا بد أن يراعي الإمكانيات الشخصية للباحث من حيث الزمكان والعدد. ...

وبالعودة إلى بحثنا حول الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية العمومية فإنه يمكننا تقسيم مبررات اختيار هذا الموضوع للبحث والتقصي إلى مجموعة من الأسباب الذاتية والموضوعية نجملها فيما يلي:

أ- الأسباب الذاتية:

- الرغبة الشخصية والميل الذاتي نحو المواضيع الحديثة والمستجدة في مجال استراتيجيات ونظريات التنظيم والإدارة.

- الرغبة في تقديم اسهام علمي وإضافة جديدة لمجال سوسولوجيا التنظيم بالتطرق لموضوع جديد كان اقتصاديا محضاً في بداية ظهوره، وتقديم الإضافة من خلال القيام بدراسته من منظور سوسولوجي وفق مؤشرات اجتماعية خدماتية، وإثراء المكتبة الجامعية بجعلها دراسة سابقة لأبحاث قادمة من طرف باحثين آخرين.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

- التطلع لاستكشاف مدى فعالية الأساليب التنظيمية الحديثة ومدى استجابتها لمتطلبات العصرنة والتحديث للإدارات والمؤسسات وترقية الخدمات العمومية.

- ميل الباحثة للبحث في مجال الإدارات الخدمائية والعمومية منها على وجه الخصوص والرغبة في تسليط الضوء على واقع القطاع الصحي بالجزائر خاصة في ظل سياسة وزارة الصحة ومشروعها لتجديد المنظومة الصحية، وتحسين الخدمات الصحية.

ب- الأسباب الموضوعية:

إن المبررات الموضوعية لاختيار أي موضوع للبحث تعني بالدرجة الأولى الأسباب العلمية والواقعية التي تدفع بالباحث لتفضيل موضوع بحث عن موضوع بحث آخر، وفيها ضمناً قد نحدد الأسباب العلمية التي جعلت الباحث يتجهل اختيار موضوع محدد للدراسة، وبالعودة لموضوعنا حول الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المستشفيات، فإن للباحثة جملة من الأسباب الموضوعية نستعرضها فيما يلي:

- تفكيك أبعاد الحوكمة والتركيز على الأبعاد السوسولوجية من مفهوم الحوكمة ضمن الإدارات الخدمائية على وجه الخصوص، وفي المؤسسات الصحية على وجه الدقة، حيث تختلف هذه الأبعاد والمؤشرات في نطاق الخدمات الصحية على وجه التحديد، لما لها من خصوصية الهيكل التنظيمي وطبيعة الخدمات المقدمة ونوعية أصحاب المصالح وأهمهم المرضى الذين يتقربون من المؤسسات الصحية للحصول على خدمات صحية.

- محاولة الكشف عن أهمية الالتزام بمبدأ الإفصاح والشفافية بالنسبة للعمليات الإدارية والمالية والتصريح بالإمكانات والنقائص بموضوعية، ودوره في إعطاء نظرة واقعية لأصحاب القرار من أجل العمل على تحسين بيئة العمل وطبيعة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى أن الالتزام بالشفافية يرفع من مستوى الثقة بين المواطنين والمؤسسات الصحية، وبين المؤسسات الصحية والوزارة الوصية من جهة أخرى.

- توضيح العلاقة التي تربط بين الحوكمة الصحية ودورها في تعزيز دور إدارة المخاطر ضمن المؤسسات الاستشفائية، من أجل تحقيق الأمن الصحي في ظل التهديدات الوبائية والصحية التي يشهدها العالم خاصة مع انتشار وباء كوفيد19 ومتحوراته (سارس2، دلتا، أوميكرون...).

- تحديد علاقة الحوكمة بالأداء الاجتماعي للمستشفيات، ومدى قدرة المؤسسات الاستشفائية العمومية على الوفاء بمسؤوليتها الاجتماعية.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

- الرغبة في تسليط الضوء على الدور الاجتماعي للمستشفيات، ومدى فعاليته في تحقيق القبول الاجتماعي للمؤسسات الصحية ضمن المجتمع، والأسباب التي تتجه بالمواطنين لتفضيل المتابعة الصحية في مؤسسة استشفائية معينة على حساب أخرى.
- التأكيد على ضرورة الاستعانة بمبادئ الحوكمة وتفعيل تطبيقها واقعيًا، من خلال السياسات الصحية التي تتبناها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، من أجل تحسين واقع الخدمات الصحية وجودتها.
- إبراز أهمية أخلاقيات العمل وأخلاقيات المهنة الطبية على وجه الخصوص، في تعزيز ممارسات الحوكمة الصحية وتحسين مستويات الالتزام المسؤول اجتماعيًا بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية اتجاه العاملين بها والمتعاملين معها والمجتمع الذي تتواجد فيه.
- البحث عن وجود مؤشرات جودة الحياة الوظيفية من عدمه ضمن المؤسسات الصحية والعمومية، ودورها في تعزيز الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية.

3. أهمية الدراسة:

بالنظر إلى كون هذه الدراسة تعنى بموضوع الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، فإن أهميتها تتضح من خلال اتسام الموضوع بالجدة، حيث يحتل مفهوم حوكمة المؤسسات الصدارة في العديد من الأبحاث الحالية باعتباره مكونًا رئيسيًا ضمن استراتيجيات الإدارة الحديثة، في ظل متغيرات عالمية تهدف في مجملها إلى الارتقاء بأسلوب الممارسة المهنية للموظفين والطاقم الطبي في المؤسسات العمومية والخاصة، في الوقت الذي تدعو فيه كل الدراسات والأبحاث التنظيمية لضرورة تعزيز مظاهر الالتزام التنظيمي بمبادئ العدالة والمواطنة التنظيمية وتطوير أساليب العمل بما يكفل الالتزام والامتثال للقوانين واللوائح التنظيمية، في إطار دعم مظاهر الشفافية والمصداقية في التعامل والمراجعة الداخلية، وهو ما من شأنه تزويد متخذي القرار ببيانات ومعطيات موضوعية، تعمل على مساعدتهم في تكوين رؤية واضحة وملمة بالموضوع وبالتالي اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب، والنزاهة والثقة التنظيمية بين الفاعلين والمتفاعلين في ظل معايير الرقابة والمساءلة والمسؤولية للتنظيمات اتجاه البيئة المحيطة من خلال الوفاء بالالتزامات في سياقها القانوني والاجتماعي والاقتصادي اتجاه المجتمع وهو ما يظهر من خلال تزايد الاهتمام بالأداء الاجتماعي للمستشفيات. وبناء على ما سبق يمكن ان نستعرض أهمية هذه الدراسة:

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

لقد شاءت الأقدار وان تزامن موضوع بحثنا حول الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية العمومية مع ظهور وباء كوفيد 19 وانتشاره وما خلفه من تأثيرات وتغيرات على الساحة العالمية. إذا ألقى الجائحة منذ ظهورها في أواخر ديسمبر 2019 إلى غاية اليوم ونحن في النصف الثاني من سنة 2022 أي ما يزيد عن السنتين،- (وقد تطول أكثر)- إذ ألقى بظلالها على كل جوانب الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية وحتى النفسية لمختلف الشعوب ودول العالم وكل أطراف المجتمع ومؤسساته، وهو الأمر الذي من شأنه أن يجعل من هذه الدراسة إضافة مهمة وعمل علمي متزامن مع هذا الطارئ الصحي العالمي المفاجئ، ولعله يساهم في توضيح الرؤية لأهل القرار والمهتمين بالقطاع الصحي، بالنظر لقيام هذه الدراسة بتسليط الضوء على السبل الكفيلة بتحقيق الأمن الصحي والاستعداد لمواجهة التهديدات الصحية والوبائية غير المتوقعة والاشادة بدور إدارة المخاطر الصحية وضرورة تفعيلها على مستوى جميع المؤسسات الصحية في إطار استراتيجيات تطبيق الحوكمة الاستشفائية من أجل تحقيق جودة الخدمات الصحية وعصرنة القطاع الصحي.

كما تبرز أهمية الموضوع من أهمية الصحة ذاتها، حيث تحتل المؤسسات الصحية العمومية والخاصة منها أهمية كبرى على مستوى السياسات والخطط قصيرة وبعيدة المدى لمعظم دول العالم سواء كانت متقدمة او في طريق النمو، وهي أحد مؤشرات التنمية البشرية المستدامة فإلى جانب التعليم والدفاع تحظى الصحة بميزانية كبيرة حيث ان هذا القطاع يمتد في تأثيراته على المجتمع والدولة ككل من الناحية الاجتماعية والاقتصادية وحتى السياسية. فتطور القطاع الصحي وارتفاع معدلات الحياة وقلّة الوفيات الناجمة عن الأمراض وتدني الرعاية الصحية يعبر بشكل مباشر عن مستوى التنمية الاقتصادية التي وصلت إليها الدولة، فكلما كان الاقتصاد مزدهر كلما زادت اهتمامات الدولة بمواطنيها وقامت بالعمل على ضمان حقوقهم كالحق في الصحة والتعليم، كما ان ازدهار الوضع الاقتصادي يعبر مباشرة عن الاستقرار السياسي حيث تعمل الخطط السياسية لأي دولة على تعزيز مؤشرات التنمية الاجتماعية والاقتصادية ولا يكون ذلك إلا من خلال الاستجابة لمتطلبات المواطنين والاهتمام بصحتهم، إذ يسهم تحسين الواقع الاقتصادي للأفراد بارتفاع معدل التغطية الصحية والوصول لخدمات الرعاية الأولية، وبالتالي كلما كان افراد المجتمع أصحاء ومؤمنين ضد المخاطر الصحية والعدوى كلما ساهم ذلك بشكل مباشر في حجم المنفعة التي يقدمونها لدولتهم والمساهمة في تنمية اقتصادها.

وبما أن الخدمات الصحية هي أحد المقومات والمؤشرات الإجتماعية الاقتصادية الأساسية لأي دولة، فإن المزايا سابقة الذكر التي يمكن ان يقدمها الافراد لدولتهم في حالة ارتفاع معدلات

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

الصحة العامة لا يمكن ان تتأتى إلا بتوفير اعتمادات مالية كافية ضمن ميزانيتها لترقية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وتعزيز مظاهر الجودة في الخدمات الصحية وعصرنة وسائل التشخيص والعلاج وفق ما يتماشى مع التطور العلمي والتكنولوجي العالمي في مجال الصحة والمستلزمات الطبية.

وبالنظر إلى اطلاعنا على مختلف الأعمال النظرية والأبحاث الميدانية المتعلقة بالموضوع فإنه يمكن لنا القول بأن الدراسات التي تناولت نفس الموضوع بمتغيره الأول والثاني قليلة جدا على الأقل حسب ما توفر لدينا من معلومات، حيث اطلعنا على دراسات جزائرية وعربية وأجنبية متعلقة بالمستشفيات العمومية و الخاصة، لكن لم نجد سوى تلك التي تعنى بأحد متغيري الدراسة سواء الحوكمة الصحية أو المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات، ومع ذلك لم نجد أية دراسة تجمع بين المتغيرين الذين درسناهما في إطار قطاع الخدمات الصحية، وهو ما يدل على ندرة الدراسات المتطابقة مع موضوعنا خاصة بعد اطلاعنا الدائم والمتكرر على مستجدات البوابة الوطنية الجزائرية للإشعار عن الأطروحات (SNDL) وتوصلنا لنتيجة وجود أطروحة دكتوراه واحدة فقط لحد الآن تحمل عنوان الحوكمة الصحية وهي ضمن تخصص علوم التسيير، وهنا تكمن الإضافة التي قد يقدمها هذا البحث من حيث حداثة متغيراته بالدرجة الأولى وميدانه التطبيقي في الدرجة الثانية. والتخصص السوسيولوجي في الدرجة الثالثة، ومن أجل الموضوعية العلمية وحتى لا نكون مجحفين في حق بعض الباحثين ممن تطرقوا قبلنا للموضوع فقد كانت المادة العلمية حول الحوكمة الصحية في أغلبها مقالات ومدخلات نشرت في العشر سنوات الأخيرة.

في الأخير يمكننا التأكيد على أهمية هذا الموضوع من خلال قيامنا بدراسته من زاوية سوسيولوجية متعلقة بأحدث استراتيجيات التنظيم والعمل وتنمية الخدمات الإدارية وما اعتمده مقياس بعنوان الحوكمة وأخلاقيات المهنة من قبل وزارة التعليم العالي في السنة الثالثة ليسانس لجميع الشعب العلمية والاجتماعية والاقتصادية، إلا دليل كاف على أهمية هذا المفهوم، وضرورة اعتماده من قبل المؤسسات، وقد فتحت مشاريع للدكتوراه حول الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية أيضا. وبالعودة لموضوعنا فسيتم التركيز على الإضافة التي تقدمها عملية تطوير القطاع الصحي للمجتمع، وتفعيل سياسات الحوكمة الصحية في إطار العمل على تعزيز الأداء الاجتماعي للمستشفيات والتزاماتها اتجاه عمالها والمتعاملين معها بمختلف أبعاد المسؤولية الاجتماعية بعيدا عن المغزى السياسي الاقتصادي والإداري المحض لقطاع الخدمات.

4. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة لتشخيص واقع المؤسسات الصحية عموماً والمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل على وجه الخصوص، من خلال البحث ومحاولة الكشف عن وجود علاقة من عدمه بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية، وفي حالة إثبات وجود علاقة بينهما سنكشف عن طبيعة هذه العلاقة ان كانت ارتباطية طردية موجبة أو سالبة أو علاقة ارتباطية عكسية موجبة أو سالبة، خاصة في ظل الضغوط على القطاع الصحي جراء أزمة وباء كورونا التي ألقى بظلالها مباشرة على الطاقم الطبي أو ما أتفق على تسميته الجيش الأبيض باعتباره الأول في خط المواجهة مع هذا الوباء، والواقع ان هذه الضغوط الناجمة عن هذا الوباء قد لامست جل السلوكيات التنظيمية والممارسات الفردية والجماعية للأفراد سواء داخل المستشفيات أو في المجتمع ككل.

وقبل البحث في وجود هذه العلاقة وتحديد طبيعتها، فإن هذه الدراسة تهدف لمحاولة تشخيص واقع المنظومة الصحية الجزائرية في ظل مفهومي الحوكمة والأداء الاجتماعي للمستشفيات من خلال:

- 1- الكشف عن مستوى تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.
- 2- البحث عن مستوى الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير منتوري بالميلية.
- 3- البحث عن وجود علاقة وتحديد طبيعتها بين الحوكمة الصحية بأبعادها المختارة (الافصاح والشفافية)، ادارة المخاطر الصحية، جودة الخدمات الصحية، جودة الحياة الوظيفية) وبين الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل.

5. التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة:

أ- المفاهيم الرئيسية:

1. الحوكمة (GOVERNANCE):

يرى (Claessens) أنه يمكن تصنيف تعاريف حوكمة المؤسسات الى فئتين، الفئة الأولى متعلقة بالأنماط السلوكية مثل السلوك الفعلي للشركات معبرا عنه بمجموعة من المؤشرات مثل: الأداء، الفعالية، النمو، الهيكل المالي، معاملة المساهمين، وأصحاب المصالح الآخرين. أما الفئة الثانية فهي مرتبطة بالإطار المؤسسي لحوكمة المؤسسات ويشمل القواعد واللوائح

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

التنظيمية الخاصة بالمؤسسات. فضلا عن القواعد المستمدة من مصادر تشريعية أخرى مثل النظام القانوني والنظام القضائي والأسواق المالية وأسواق العمل.(الربيعي، وراضي، 2018، صفحة 10)

يلاحظ من خلال هذا التقسيم لتعاريف الحوكمة بأنها مرتبطة بالالتزام الداخلي لتحقيق اهداف المؤسسة، والالتزام الخارجي لحفظ حقوق أصحاب المصالح والمستثمرين، بالإضافة للخطط التنظيمية المستمدة من القانون الداخلي للمؤسسة والقانون العام المنظم لعمل المؤسسات وفق القطاع الذي تنتمي إليه.

ويمكننا تقديم تعريف مبسط للحوكمة بأنها: إستراتيجية جديدة في التسيير، تقوم على محاربة الفساد وتعزيز النزاهة التنظيمية، والحفاظ على حقوق أصحاب المصالح، وتوفير كل السبل والإمكانيات من أجل تحقيق أقصى معدلات الأداء والجودة والفعالية.

2. الحوكمة الصحية (HEALTH GOVERNANCE):

وضعت في العقد الماضي، استراتيجيات جديدة على الصعيد العالمي واستخدمت في التعاطي مع قضية تحسين الأداء. وتشمل هذه الاستراتيجيات تقييم أداء المستشفيات في ضوء مجموعة من المؤشرات، لمعاونة المستشفيات على الاستجابة على نحو أفضل لاحتياجات المجتمع. علماً بأن المفهوم الجديد للحوكمة الصحية يعد ابتكاراً مهماً، وضع أول ما وضع في المملكة المتحدة، عام 1998. وقد أدخل هذا المفهوم بوصفه مجموعة من الأنشطة تضم المهمتين اللتين كانتا في الغالب منفصلتين، ألا وهما الإدارة وضمان الجودة. وتعرف الحوكمة الصحية بأنها "إطار تخضع من خلاله مؤسسات النظام الصحي الوطني للمساءلة من أجل مواصلة تحسين نوعية الخدمات والحفاظ على المعايير الرفيعة للرعاية، بتهيئة بيئة يزدهر فيها التميز في الرعاية الصحية". (منظمة الصحة العالمية، أوت 2009، صفحة 05)

يبدو من خلال ما سبق ان الحوكمة جاءت كرد فعل على الفساد وضعف الأداء فهي تهدف لتحسين معدلات أداء العمل من خلال تقييمه، وقد وظفت في المستشفيات من اجل تحقيق المنفعة القصوى وجعل الإدارة تعمل على ضمان الجودة، من خلال تفعيل عمليات الرقابة والمساءلة بهدف تقييم الخدمات الصحية وتحسينها دورياً.

وتقدم خدمة الصحة العامة بالمملكة المتحدة تعريفا للحوكمة الإكلينيكية أو الإستشفائية على أنها "الإطار الذي من خلاله مساءلة مؤسسات خدمة الصحة العامة عن التحسين المستمر

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

لنوعية خدماتها، وضمان تحقيق مستويات عالية من الرعاية عن طريق خلق بيئة كفيلة بازدهار التميز في الرعاية الإكلينيكية." (مصطفى حنتر واخرون، 2014، صفحة 31)

وتعرف أيضا الحوكمة الصحية على أنها نظام للرقابة يعمل على توجيه نشاط المؤسسة الصحية وزيادة فعالية أداؤها، من خلال تفعيل مجموعة من المبادئ التي تعمل على تدعيم ومراقبة مدى تحقيق مهام واهداف المؤسسة الصحية، وبالإضافة لضمان مشاركة جميع الأطراف ذات المصلحة في اتخاذ القرارات على مستوى المؤسسة الصحية قصد توفير خدمات صحية تتسم بالجودة. (شعبان وشعباني، 2020، صفحة 439)

نلاحظ من خلال هذين التعريفين للحوكمة الصحية بأنها تركز على المساءلة والرقابة من أجل تعزيز عوامل التميز والجودة في نوعية الرعاية والخدمات الصحية المقدمة، ولا يتأتى ذلك إلا بإشراك جميع الأشخاص والهيئات ذات الاهتمام والمصلحة.

كما أن الحوكمة الصحية هي آلية إصلاح حديثة موجهة لتحسين كفاءة وفاعلية العمل المؤسساتي، والتطور المنظمي والفردى وتحقيق الجودة في القطاع الصحي، والتميز في الأداء، عبر تشجيع ممارسة السلطة اللامركزية والمشاركة في اتخاذ القرار من قبل المنظمات الحكومية والمجتمع المدني والقطاع الخاص، وفق معايير الشفافية والمساءلة والعدالة دون تمييز، في إطار السياسات المحدد من طرف الدولة، بغية تعزيز وصون كرامة ورفاه الإنسان في جميع جوانب الحياة سواء كانت في المجال الصحي، أو المالي أو حقوق الإنسان. (بريش، 2021، الصفحات 246-245)

يبدو ان الحوكمة الصحية هي أحدث استراتيجيات التسيير الفعال في المؤسسات الصحية من خلال تطبيق مبادئ اللامركزية والمشاركة والمساءلة والشفافية والعدالة لتحقيق الرفاهية الصحية وحفظ المال وصيانة حقوق المواطن والدولة والمجتمع وهي عملية معقدة تفرض على المؤسسات الاستشفائية ضرورة التكيف والاستجابة للتغيرات والتطلعات العالمية في مجال العمل على تحسين الموارد والمدخلات الصحية وتحويلها لمخرجات خدماتية ذات جودة.

التعريف الاجرائي للحوكمة الصحية:

بالنظر لتعاريف الحوكمة الصحية يمكننا القول اجمالاً بأن الحوكمة الصحية تعني نموذج استراتيجي مستحدث لتطوير العمل الاستشفائي وتحسين الخدمات الصحية، من خلال تفعيل عوامل الإفصاح والشفافية لتعزيز المصداقية وخلق الثقة بين المؤسسة

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

والعاملين فيها والمتعاملين معها، وتفعيل دور إدارة المخاطر الصحية لمواجهة التهديدات الصحية المفاجئة وضمان الامن الصحي عبر السعي لتوفير أحسن الإمكانيات والشروط المهنية لخلق جودة الحياة الوظيفية وهي التي من شأنها تحفيز العاملين لتحقيق مزيد من الجودة في الخدمات الصحية لتطوير العمل الاستشفائي بمستشفى الميلية بولاية جيجل.

3. المسؤولية الاجتماعية (social responsibility).

تقدم المنظمة العالمية للتقييس (ايزو) تعريفا للمسؤولية الاجتماعية بأنها نشاطات للمنظمة تقوم على تحمل المسؤولية المترتبة عن الاعمال التي تقوم بها على المجتمع والبيئة لتحقيق اعمالها الاستجابة والانسجام مع مصالح المجتمع والتنمية المستدامة، حيث تركز المسؤولية الاجتماعية على الطابع الأخلاقي للسلوك والالتزام القانوني واحترام القرارات والتشريعات الحكومية وادماجها ضمن الممارسات الادارية والنشاطات العملية الخاصة بالمنظمة. (Capran & Quarel, 2007, p. 23)

يبدولنا جليا من خلال هذا التعريف بأنه شامل إذ يركز على دور الإدارة العليا في صياغة الاستراتيجيات التنفيذية، والسهرة على تبنيها من قبل كل أطراف الهيكل التنظيمي بما يضمن المساهمة في التنمية المستدامة وتعزيز صحة المواطنين، ويستجيب لتطلعات أصحاب المصالح المرتبطين بالمؤسسة والمستفيدين من وجودها والأعمال التي تقدمها، على ان يكون ذلك ضمن احترام الإطار العام للقانون، وعدم التعارض مع المعايير الدولية المتفق عليها والتي تتبناها الدولة التي توجد المؤسسة ضمن حيزها الجغرافي.

ويشير كل من (كيت دافيز وويليام فريديريك) إلى انه يقصد بالمسؤولية الاجتماعية "تحقيق التوازن بين الأهداف الاجتماعية والأهداف الاقتصادية، وذلك من خلال مواجهة التحديات الاجتماعية المختلفة، وان تكون استجابة المنظمة لتلك المسؤوليات طوعية وليس خوفا من النقد أو التهديد بإستخدام القانون، وينصحان منظمات الأعمال بالاستجابة لمتطلبات البيئة والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية تجاهها، وإلا فأن المجتمع على المدى البعيد سيدسلب مكانتها وقوتها لما أسماهاه بالقانون الحديدي للمسؤولية الاجتماعية". (الصيرفي، 2007، صفحة 23)

من خلال هذا التعريف يبدو ان المجتمع هو الفيصل في قبول المؤسسة والتالي حفاظها على وجودها او رفضها ومقاطعة منتجاتها وبالتالي خسارتها، حيث كلما حققت المؤسسة توازنا بين الأهداف الاقتصادية الخاصة بالمؤسسة والأهداف الاجتماعية المتعلقة بالمجتمع كلما زادت

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

فرصها في القبول والتبني من قبل المجتمع، فالبيئة والمجتمع لهم حقوقا على المؤسسة لا بد من التوقف عندها.

تقول Jupiter Asset أن المسؤولية الاجتماعية هي: "إدارة وتشغيل الشركة بطريقة مسؤولة بهدف تعظيم الأثر الإيجابي وتقليل أي تأثير سلبي في البيئة، والمجتمع والاقتصاد الوطني". وهذا يعني أن الشركة يجب أن تكون عضوا نافعا للمجتمع المحيط. وهذا ما أطلقت عليه جمعية المسؤولية الاجتماعية للشركات في الاتحاد الأوروبي "توظيف المسائل الاجتماعية والبيئة مع أنشطة الشركة في التواصل مع الجهات المستفيدة من منطلق غير إلزامي للشركات". (الحسيني، 2011)

وبالتالي فإن الالتزام الإيجابي بأبعاد المسؤولية الاجتماعية يساهم في تعزيز التنمية والحفاظ على البيئة، إلى جانب العمل على توفير المناخ التنظيمي المساعد على الأداء الجيد والالتزام التنظيمي داخليا وخارجيا، في إطار ما يسمى المناخ التنظيمي الجيد أو جودة الحياة الوظيفية للعمال وتحقيق الرفاهية للمنظمات والمجتمع على حد سواء.

وبالتركيز على المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية يمكننا استنتاج مايلي:
-تزداد درجة المسؤولية الاجتماعية بحسب درجة تفاعل المؤسسة الصحية مع بيئتها الخارجية باعتبارها نسق مفتوح والاعتماد المتبادل بينها وبين مختلف الأنظمة السياسية والاقتصادية والاجتماعية.

-ترتبط المسؤولية الاجتماعية بالرؤية الاستراتيجية بعيدة المدى التي تعمل على تحقيق التنمية الصحية، والتنمية الاجتماعية المستدامة.

-تدعم المسؤولية الاجتماعية ميكانيزمات تحسين الخدمة الصحية وجودتها من خلال تعزيز مظاهر الالتزام التنظيمي اتجاه الزملاء والمؤسسة الاستشفائية والالتزام الأخلاقي والقانوني والبيئي والاجتماعي اتجاه المرضى والمجتمع.

-تتضمن المسؤولية الاجتماعية بعدين أحدهما مرتبط بالبيئة الداخلية والموارد والمدخلات والآخر متعلق بالبيئة الخارجية والمخرجات والخدمات.

-تتطلب المسؤولية الاجتماعية في المجال الصحي ضرورة التكيف مع التغيرات المحيطة والاستجابة للتقدم العلمي والتكنولوجي وتوظيفه في مجال عصرنة الخدمات الصحية وتطوير أساليب التشخيص الطبي والعلاج.

-كلما كانت المؤسسات الصحية العمومية مسؤولة اجتماعيا كلما ساهم ذلك في الحفاظ على وجودها وزيادة قبولها واكتساب سمعة حسنة لدى المرضى والمجتمع

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

وفي هذا السياق يعرف (Gharraee, et al., 2013) "المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات بأنها الالتزام الأخلاقي الذي يتطلب من المستشفيات وغيرها من منظمات القطاع الصحي القيام بالأنشطة التي لا تقتصر على الواجبات الاعتيادية والمبادئ الأخلاقية المألوفة، بل تتعداها إلى تقديم الخدمات التي تعود بالنفع على كافة الأطراف المعنية في المجتمع"

من خلال التعاريف والمفاهيم المقدمة يمكننا تقديم حوصلة شاملة واستنتاج أن الدور الاجتماعي للمؤسسات الصحية مرتبط بالالتزام كوظيفة أساسية للمؤسسات الصحية في ظل مسعى تحسين علاقتها بالمجتمع الذي تتواجد فيه وهي تدخل ضمن استراتيجية تطوير المنظومة الصحية وتعزيز مكانتها الاجتماعية من خلال الاستجابة لمتطلبات أصحاب المصالح الداخليين والخارجيين بما فهم الموظفين والمرضى والمجتمع والبيئة المحيطة.

التعريف الاجرائي للمسؤولية الاجتماعية:

إن المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية اجرائيا هي: التزام المؤسسات الصحية بالأخلاقيات العامة وخاصة اخلاقيات المهن الطبية في إطار الضوابط القانونية المنظمة لعلاقات الإدارة و الموظفين والمرضى، والتي تحدد جملة الحقوق والواجبات لكل منهم، وتضبط العمل الصحي وقيام هذه المؤسسات بدورها الاجتماعي من خلال نشر الوعي والمحافظة على البيئة عبر آلية إدارة وتسيير النفايات الطبية، مع ضرورة الاستجابة لاحتياجات ممثلي البيئة الداخلية من موظفين ومرضى بتوفير متطلبات تحقيق احتياجاتهم الشخصية والمهنية ماليا وماديا من خلال التحديث المستمر لوسائل العمل وضمن استدامتها والمساهمة في التنمية المجتمعية من طرف المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالمليية.

ب. المفاهيم التكميلية:

1. الإفصاح والشفافية (disclosure, transparency):

الإفصاح: هو عرض المعلومات السليمة للجمهور المناسب بالصيغة السليمة ومن خلاله يطلع المستشفى بتيسير فهم الأطراف المعنية المختلفين لأنشطته. ويؤدي هذا إلى تحسين سمعة المستشفى في المجتمع المحلي. كما تؤدي زيادة الشفافية إلى تقليل فرص الفساد. ومن خلال الارتقاء بالمساءلة والسماح بالتدفق الحر للمعلومات، لن تتوقف المؤسسات ذات الهياكل الفعالة للشفافية عند تعزيز كفاءتها، وإنما أيضا تزداد قدرتها على اجتذاب الاستثمارات والموارد

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

المحتملة. كما أن هناك آثارًا إيجابية للشفافية الداخلية على الإنتاجية الكلية، والارتقاء بعمليات صنع القرار. (مصطفى حنتر واخرون، 2014، صفحة 15)

والإفصاح أيضا هو وضوح القوانين وانسجامها وموضوعيتها، ومرونتها واستجابتها للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والإدارية ونشر المعلومات والإفصاح عنها وإتاحتها للجميع، وهي أحد الأبعاد الأخلاقية للإدارة وهي مطلب رئيسي للحوكمة والإدارة الناجحة، وتسهم في التنمية الإدارية والاجتماعية والاقتصادية. (حوامدة و جرادات ، 2015)

من خلال هذين التعريفين يتضح لنا أن الإفصاح على مستوى المؤسسات الاستشفائية والصحية يقصد به إتاحة المعلومات الصحيحة للمواطنين والمرضى ومختلف أصحاب المصالح والمهتمين بالقطاع الصحي في الوقت المناسب من خلال عرض الإمكانيات المتوفرة والنقائص المسجلة، والتصريح بالوقائع والحقائق كما هي دون تحريف أو تزييف.

الشفافية: يقصد بالشفافية حرية تدفق المعلومات بأوسع مفاهيمها، أي توفير المعلومات والعمل بطريقة منفتحة تسمح لأصحاب الشأن بالحصول على المعلومات الضرورية للحفاظ على مصالحهم، واتخاذ القرارات المناسبة، واكتشاف الأخطاء، والهيئات الشفافة لها إجراءات واضحة لصناعة القرار، وقنوات مفتوحة للاتصال بين المسؤولين وأصحاب الشأن توفر قدرًا واسعًا من المعلومات.

"كما تعبر الشفافية عن الوضعية الحقيقية للمستشفى وكذا الإفصاح عن كل المعلومات ذات العلاقة بالمهنة الطبية وكل ما يحدث من وقائع داخل المستشفى" (أقطي و مقراش، 6-7 ماي 2012)

وبالنسبة للمستشفيات فإن الشفافية تعني التعبير عن الأحداث الخاصة بالعمل الصحي وكل الأعمال الإدارية والمالية الخاصة بالمؤسسة الصحية بنوع من النزاهة والإفصاح عن نتائج التقييم والرقابة الداخلية في الوقت المناسب بوضوح ومصداقية وإطلاع جميع أطراف المصلحة عليها.

من الواضح ان الإفصاح والشفافية هي أحد المعايير الحديثة للحكم على نجاح الإدارة والمؤسسة ككل، فكلما التزمت المؤسسات بمعايير وأسس الشفافية من الإفصاح في الوقت المناسب عن المعلومات والبيانات المتعلقة بسير العمل الإداري والمالي وتمتع ما هو منشور

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

بالوضوح والمصدقية، كلما عبر ذلك على نزاهتها وبعدها عن الفساد وبالتالي السير في خطى الحوكمة وضمن مساهمتها الفعالة في تحقيق التنمية.

2. إدارة المخاطر الصحية Health risk management

هي عملية إدارية تهدف لاستباق حدوث المخاطر والأزمات المؤسسية من أجل درء الخطر أو الوقاية من عواقبه والعمل على عدم تكراره، والتقليل من حجم الخسائر عند حدوثه مستقبلا ودراسة أسباب حدوث كل خطر لمنع حدوثه مستقبلا. (زياتي، بوغليطة ، و عبد الباقي، ديسمبر 2020، صفحة 357)

ان إدارة المخاطر يفترض ان تكون جزء أساسي من الهيكل التنظيمي لأي مؤسسة لأنها تعمل على توقع المخاطر والأزمات من أجل الاستعداد لها وتجنبها قدر المستطاع وتقليل حجم الخسائر الممكنة من خلال العمل على دراسة أسباب الازمة ونتائجها من أجل صياغة استراتيجية مستقبلية للمواجهة.

إدارة المخاطر هي جزء من الإدارة الاستراتيجية لأي مستشفى، وتمثل الإجراءات التي تتبعها المستشفيات بشكل منظم لمواجهة الاخطار والتهديدات التي قد تصاحب أنشطتها، بهدف تحقيق الاستدامة وحماية كل الأنشطة التي من المحتمل تعرضها للأزمات والطوارئ المفاجئة، والعمل من أجل تجنبها والاستعداد لها بالشكل الذي يضمن استمرارية المؤسسات الاستشفائية في تقديم خدماتها الصحية. (Abu khdeer & Al busifi, p. 04)

اما إدارة المخاطر الصحية فهي أحد أجزاء الإدارة الاستراتيجية الفعالة لأي مؤسسة صحية، وتقوم بمهام المتابعة والتقييم للمخاطر المتوقعة والاستشراف للمخاطر والتهديدات الصحية غير المتوقعة أيضا من خلال استراتيجية التمويل والاستعداد بالشكل الذي يساعد المستشفيات على ضمان تقديم الخدمة والاستجابة لتوقعات أصحاب المصالح من حيث تكثيف وتكثيف الخدمات الصحية بعيدا عن العوائق التنظيمية والنقائص في التجهيزات والمعدات اللازمة لاستدامة الرعاية الصحية.

جودة الخدمات الصحية: Quality of health services

إن مفهوم الخدمات الصحية يختلف باختلاف طبيعة المتعاملين معها سواء كانوا الجهاز المسؤول عن تقديمها كالمستشفى والأطباء والممرضين أو الهيئة المستفيدة والمتحصلة على المخرجات الصحية متمثلة في أصحاب المصالح ومختلف أفراد المجتمع فالمريض مثلا يعتبر ان النوعية الجيدة للخدمات الصحية أو ما يعرف عنه بجودة الخدمات الصحية هي مجمل الامكانيات والظروف الجيدة التي تصاحب كيفية ونوعية الخدمات المقدمة لمحتاجيها. وبالنسبة

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

للطبيب هي مجمل مساهمة التطورات العلمية في مجال الصحة والمرض والتكنولوجيا الطبية والإمكانيات التي توفرها إدارة المستشفى وتضعها تحت تصرفه لمساعدته على تقديم أفضل أداء والاستجابة لمتطلبات الفعالية الصحية. وبالنسبة للمالكين هي الحصول على أفضل الموارد البشرية الصحية من أطباء متميزين وممرضين جيدين ومسيرين أكفاء ومرافقتهم عبر توفير ظروف مادية ومعنوية محفزة على الإبداع والأداء الفعال لتقديم خدمات صحية ذات نوعية جيدة. أما بالنسبة لإدارة المستشفى فجودة الخدمات الصحية هي كل ما يعبر عن الكفاءة والفعالية والجودة في تقديم الخدمة. (البكري، 2005، صفحة 197)

جودة الخدمات الصحية هي كل العوامل التي تدل على حسن ونوعية الظروف المناسبة التي تساعد في تحقيق الرضا بالنسبة للمرضى من حيث المستوى العالي للخدمات الطبية التي يحصلون عليها، وفي نفس الوقت تحقيقها بالنسبة للطواقم الطبي لا يتم إلا بتوفر المعدات الطبية والتقنية اللازمة والمتطورة لتحسين وضعيات الكشف والتشخيص والعلاج، بالمزج بين ضرورة توفر المدخلات البشرية الصحية الكفؤة من أجل تحقيق مزيدا من الفعالية والدقة والجودة في الخدمات الصحية المقدمة.

4. جودة الحياة الوظيفية (*Quality of work life* or *quality of career*)

ينظر ديوب (2014) إلى جودة الحياة الوظيفية على أنها عملية واعية مخططة وطويلة الأجل جماعية تهدف لتحقيق الرضا الوظيفي للعاملين وإحداث التوازن بين الحياة الوظيفية والأسرية للعاملين، تقوم على العدالة الاجتماعية والحفاظ على كرامة العاملين، بما يتفق مع استراتيجية المؤسسة وثقافتها من خلال تأمين ظروف عمل مناسبة وآمنة، من أجل رفع مستوى العاملين وتوفير البيئة التنظيمية الملائمة لوضعية مستقبلية متطورة تسمح لها بمزيد من التقدم والنجاح في العمل بطريقة تدعم تنافسية الأداء. (الشنطي، 2016، الصفحات 17-18)

من الواضح أن جودة الحياة الوظيفية هي العوامل والظروف التي يشكل توفرها نوعا من الدعم لتقديم الأفضل، حيث تعني توفر الظروف البيئية والتنظيمية المادية والمعنوية التي تستجيب لتطلعات الموظفين وتحقق توقعاتهم من أجل دفعهم للمساهمة في تحقيق أهداف المؤسسة، من خلال مناخ تنظيمي جيد يضمن الشروط والعوامل التي تعمل على خلق توازن بين الحياة الشخصية للفرد العامل ومسيرته المهنية، وإحساسه بالعدالة والكرامة في ظل الظروف الآمنة التي تجعله يحس بالاستقرار، وتوفر الوسائل المناسبة للعمل مما يخلق شعورا بالرضا لديهم وبالتالي يعزز إحساسهم بالانتماء والولاء.

4- فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية:

توجد علاقة إرتباطية طردية موجبة بين تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل.

ونشتق منها الفرضيات الفرعية التالية:

1- توجد علاقة ارتباطية طردية موجبة بين (الإفصاح والشفافية) والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

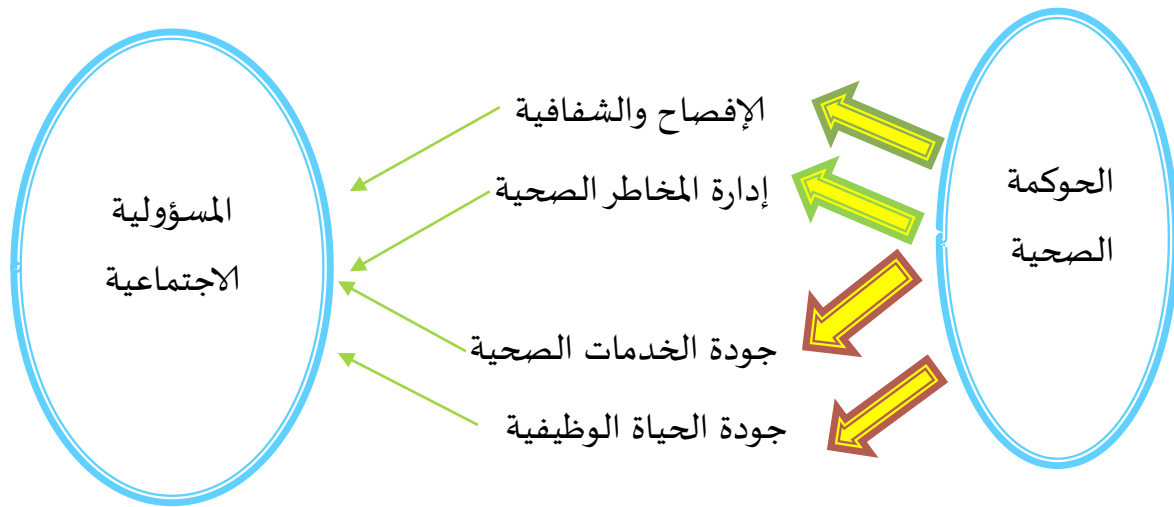
2- توجد علاقة ارتباطية طردية موجبة بين إدارة المخاطر الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

3- توجد علاقة ارتباطية طردية موجبة بين جودة الخدمات الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

4- توجد علاقة ارتباطية طردية موجبة بين جودة الحياة الوظيفية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

ووفقا لفرضيات الموضوع فالشكل التالي يوضح نموذج الدراسة:

الشكل رقم 01: نموذج الدراسة



المصدر: من اعداد الباحثة.

6. الدراسات السابقة:

لقد حاولنا في هذا الجزء من الفصل الأول التطرق لتلك الدراسات المتقاطعة مع موضوع بحثنا الحالي وفق محك تشابه المتغيرات، أو الأبعاد، أو تقاطعها مع أحد أبعاد الدراسة الحالية، سواء كان الأمر بالنسبة لاتفاقهما في أحد متغيرات الدراسة كالمتغير المستقل وهو الحوكمة الصحية أو المتغير التابع وهو المسؤولية الاجتماعية، أو من خلال تشابه أحد متغيرات الدراسة السابقة مع أحد ابعاد دراستنا الراهنة، بالإضافة إلى أننا حاولنا التركيز على الدراسات المتماثلة مع موضوعنا من حيث مجال الدراسة الميدانية وهو المؤسسات الخدمانية بالدرجة الأولى لكون مؤشرات البحث حول الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية تختلف في المجال الاقتصادي الصناعي أو الإنتاجي، عن المجال الاجتماعي الخدماتي متمثلا في المستشفيات نظرا لدورها وأدائها الاجتماعيين على وجه الخصوص، وهنا لا بد من التذكير بأن الأبعاد المعتمدة في بحثنا الحالي بالنسبة لمتغير الحوكمة الصحية هي: بعد (الإفصاح والشفافية)، بعد إدارة المخاطر الصحية، بعد جودة الخدمات الصحية، بعد جودة الحياة الوظيفية. وبالنسبة لأبعاد متغير المسؤولية الاجتماعية المعتمدة في دراستنا هي: بعد المسؤولية الأخلاقية أو ما اصطلح عليه ببعده أخلاقيات المهنة، بعد المسؤولية القانونية، بعد المسؤولية البيئية، بعد المسؤولية الاقتصادية. وقد اقتصرنا في عرضنا للدراسات السابقة حول الدراسات العربية والجزائرية نظرا لخصوصية المنظومة الصحية في هذه الدول والدول النامية، لأن الدراسات السابقة الأجنبية والغربية تعكس بيئة مختلفة كلياً عن البيئة العربية، من حيث الخصوصية والسياق السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافية، كما أن أغلب الدراسات التي سيتم عرضها في هذا الجزء هي دراسات تابعة لأقسام السياسة والاقتصاد، في الوقت الذي تقل فيه وتكاد تنعدم الدراسات السوسولوجية لموضوع الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الصحية سواء العمومية منها أو الخاصة.

أولاً: الدراسات الخاصة بالمتغير المستقل (الحوكمة الصحية) وأبعادها:

الدراسة الأولى (شعبان، آليات حوكمة قطاع الصحة في الجزائر ودورها في تحسين الخدمة الصحية-دراسة ميدانية- أطروحة دكتوراه علوم غير منشورة، 2021، 2020)

انطلقت الباحثة في دراستها من تساؤل رئيسي مفاده:

ما هو واقع وأهمية تطبيق الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية؟ وما هو التصور المقترح لنموذج الحوكمة الصحية كآلية لتحسين الخدمة الصحية المقدمة؟

ولالإجابة عن هذا التساؤل تناولت الدراسة الفرضيات التالية:

1-يوجد إدراك عالي لمفهوم الحوكمة الصحية لدى مسيري المؤسسات الصحية.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدراك مفهوم الحوكمة الصحية لدى مسيري المؤسسات الصحية ترجع لمتغيرات (التخصص، المؤسسة الاستشفائية المنتمين إليها، الخبرة، عدد الدورات التدريبية).

3-تتبنى المؤسسات الصحية الحوكمة الصحية من خلال مبادئها (الشفافية والافصاح، المساءلة والرقابة الصحية، المشاركة في اتخاذ القرار، الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمة الصحية، اللامركزية والاستقلالية، الاستدامة الصحية) بشكل فعال.

4-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق الحوكمة الصحية على مستوى المؤسسات الصحية تبعا للمؤسسة الاستشفائية العمومية محل الدراسة.

5-يولي مسيري المؤسسة الصحية أهمية بالغة لتطبيق الحوكمة الصحية من خلال مجالات (الشفافية والإفصاح، المساءلة والرقابة الصحية، المشاركة في اتخاذ القرار، الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمة الصحية، اللامركزية والاستقلالية، الاستدامة الصحية) كآلية لتحسين مستوى الخدمات المقدمة.

6-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أهمية تطبيق الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية كآلية لتحسين الخدمة الصحية المقدمة تبعا لمتغيرات (التخصص، المؤسسة الاستشفائية العمومية، الخبرة، عدد الدورات التدريبية).

7-يساهم التبني الفعال لمبادئ الحوكمة الصحية في تحسين الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الصحية.

وتمثلت عينة الدراسة في أعضاء مجلس الإدارة والمجلس الطبي ومدراء المؤسسات الصحية والمدراء الفرعيين ورؤساء المصالح في كل من المؤسسة الاستشفائية العمومية للثنية وبرج منايل ودلس بولاية بومرداس. واعتمدت الدراسة على المسح الشامل الموجه لمسيري المؤسسات الصحية وإطاراتها الإدارية المعنية بالدراسة وتمثلت عينتهم في 76 مفردة وزعت عليها أداة الاستبيان، والاستبيان الثاني موجه لعدد من مرضى المؤسسات الصحية المعنية بلغ عددهم 148 بالإضافة إلى المقابلة مع مدراء المؤسسات الصحية والمدراء الفرعيين

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1-تحققت الفرضية الأولى حيث جاءت درجة الإدراك لمفهوم الحوكمة الصحية لدى مسيري المؤسسات الصحية عالية.

2- عدم تحقق الفرضية الفرعية الأولى بالنسبة لمتغيرات (التخصص والخبرة وعدد الدورات التدريبية حيث توصلت الدراسة إلى انه لا توجد فروق في إدراك مفهوم الحوكمة الصحية لدى مسيري المؤسسات الصحية محل الدراسة ترجع لمتغيرات (التخصص والخبرة وعدد الدورات

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

التدريبية) غير انه توجد فروق في مستوى إدراك مفهوم الحوكمة الصحية تبعا للمؤسسة الاستشفائية العمومية التي ينتمي لها أفراد عينة الدراسة وهنا تحققت الفرضية بالنسبة لمتغير المؤسسة التي ينتمي إليها المبحوثين.

3-عدم تحقق الفرضية الثانية حيث لا تتبنى المؤسسات الصحية بشكل فعال الحوكمة الصحية من خلال مبادئها (الشفافية والافصاح، المساءلة والرقابة الصحية، المشاركة في اتخاذ القرار، الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمة الصحية، اللامركزية والاستقلالية، الاستدامة الصحية) لأن النتائج المتوصل إليها أبانت أن درجة تطبيق الحوكمة في المؤسسات الصحية تراوحت بين درجة التطبيق الضعيفة والمتوسطة لمختلف المجالات وكذا المجال الكلي جاء بدرجة متوسطة وتمدنية في نفس الوقت

4-عدم تحقق الفرضية الفرعية الثانية حيث توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تطبيق الحوكمة الصحية على مستوى المؤسسات الصحية الثلاث محل الدراسة.

5-تحقق الفرضية الثالثة التي مضمونها: يولي مسيري المؤسسة الصحية أهمية بالغة لتطبيق الحوكمة الصحية من خلال مجالات (الشفافية والافصاح، المساءلة والرقابة الصحية، المشاركة في اتخاذ القرار، الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمة الصحية، اللامركزية والاستقلالية، الاستدامة الصحية) كآلية لتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة، حيث تراوحت بين درجة أهمية عالية وعالية جدا لمختلف أبعاد الحوكمة الصحية، وكذا المجال او المتغير الكلي الذي جاء بدرجة أهمية عالية

6-عدم تحقق الفرضية الفرعية الثالثة حيث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أهمية تطبيق الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحي كآلية لتحسين الخدمة الصحية تبعا لمتغيرات الشخصية. (التخصص، المؤسسة الاستشفائية العمومية، عدد الدورات التدريبية)

7-تحققت الفرضية الرابعة حيث يساهم التبني الفعال لمبادئ الحوكمة الصحية في تحسين الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الصحية، فدرجة تبني مبادئ الحوكمة الصحية جاءت بدرجة تطبيق متوسطة إلى ضعيفة، وهو ما انعكس على درجة رضا المرضى التي جاءت أيضا بدرجة رضا متوسطة إلى ضعيفة حول الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية المعنية بالدراسة.

جوانب الاستفادة من الدراسة وأوجه التشابه والاختلاف بينهما:

بالعودة للأبعاد المعتمدة من نطاق دراسة شعبان فنلاحظ التشابه القائم بين الدراستين في المتغير الأول وهو حوكمة قطاع الصحة، ورغم اعتبار شعبان لتحسين الخدمة الصحية كمتغير

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

تابع إلا انها كانت بالنسبة لموضوعنا كبعد من أبعاد الحوكمة الصحية وفي نفس الوقت هناك أيضا تماثل في بعض الأبعاد المعتمدة بالنسبة للدراسة السابقة والدراسة الحالية فبالنسبة مثلا لبعد الإفصاح والشفافية فقد اعتبر كبعد من أبعاد الحوكمة الصحية في كلا الدراستين ، وبالنسبة لبعد الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمات نجد انه يتماثل في مؤشرات مع بعد جودة الخدمات الصحية المعتمد في الدراسة الحالية، كما اعتمدت الدراسة السابقة بعد الرقابة والمساءلة الصحية وفي مجمل عبارات الاستبيان الخاصة بهذا البعد التي اطلعنا عليها لاحظنا تقاطعت مع سؤال الدراسة الحالية رقم 25 الخاص بتقييم الخدمات الصحية ، أما البعد السادس وهو الاستدامة الصحية فتقابلة المسؤولية الاجتماعية ضمن بحثنا الراهن ويكمن ذلك على وجه التحديد في بعد المسؤولية الاقتصادية ، اما بعد المشاركة في اتخاذ القرار فقد كان ضمن بحثنا كمؤشر حول جودة الحياة الوظيفية

وبالنسبة للاختلاف فيكون في كون الدراسة الراهنة ربطت متغير الحوكمة الصحية مع متغير المسؤولية الاجتماعية في حين ان دراسة شعبان جعلت من الخدمة الصحية متغيرا تابع للحوكمة الصحية، كما اكتفت دراستنا الراهنة بمؤسسة صحية واحدة وهي المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية كميدان للدراسة، فيما نجد دراسة شعبان 2021 قد قامت بالدراسة التطبيقية على مستوى ثلاث مؤسسات عمومية استشفائية

الدراسة الثانية: (أقطي و مقراش، 6-7 ماي 2012) دراسة بعنوان: أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية جيجل

وهي دراسة مقدمة للمشاركة في الملتقى الوطني حول "حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري بجامعة بسكرة

هدفت الدراسة إلى اختبار أثر حوكمة المستشفيات بأبعادها الشفافية، مجلس الإدارة وإدارة المعلومات، لجان التدقيق، وإدارة المكافآت على أخلاقيات المهنة الطبية بأبعادها الرقابة الذاتية، الولاء الوظيفي، دقة ووضوح الدور، وتطوير المهارات وللإجابة على ذلك صاغت الباحثتان الفرضيات التالية:

1-تطبق المؤسسة العمومية الإستشفائية مستوى عال من الحوكمة من حيث الشفافية، لجان التدقيق، مجلس الإدارة وإدارة المعلومات، وإدارة المكافآت.

2- لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل مستوى عالي من أخلاقيات المهنة من حيث الرقابة الذاتية، وضوح ودقة الأدوار، تطوير المهارات، والولاء الوظيفي.

3- الشفافية لها تأثير إيجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل بمعنى أنه توجد علاقة طردية قوية بين الشفافية كبعد من أبعاد الحوكمة وأخلاقيات المهنة الطبية.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

- 4- مجلس الإدارة وإدارة المعلومات لها تأثير إيجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل.
- 5- إدارة المكافآت لها تأثير إيجابي على أخلاقيات المهنة لدى الطاقم الطبي بمستشفى جيجل.
- اما مجتمع البحث فيشمل الطاقم الطبي (الأطباء والمرضى) بالمؤسسة الإستشفائية العمومية بجيجل واعتمدت الدراسة على العينة العشوائية مقدره ب114 مفردة
- أما عن النتائج فقد توصلت الدراسة إلى:
- 1- أن المستشفى العمومي لولاية جيجل يطبق مستوى عالي من أبعاد الحوكمة.
 - 2- أن الطاقم الطبي بالمستشفى له مستوى عالي من أخلاقيات المهنة.
 - 3- أن كل من إدارة المكافآت والشفافية لها أثر إيجابي مباشر على أخلاقيات المهنة الطبية.
 - 4- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعدي مجلس الإدارة وإدارة المعلومات ولجان التدقيق لحوكمة المستشفيات وأخلاقيات المهنة الطبية بمعنى ان كل من مجلس الإدارة وإدارة المعلومات ولجان التدقيق ليس لها أثر مباشر على أخلاقيات المهنة الطبية.

جوانب الاستفادة من الدراسة:

تتقاطع هذه الدراسة مع بحثنا الحالي من حيث متغيري الدراسة وهما حوكمة المستشفيات وأخلاقيات المهنة الطبية حيث ان المتغير الأول (حوكمة المستشفيات) هو نفسه المتغير المستقل في دراستنا الحالية (الحوكمة الصحية) ، ونفس الامر بالنسبة لبعد الشفافية فهو أيضا قد اعتمد كبعد من أبعاد الحوكمة الصحية في هذه الدراسة، بينما المتغير التابع للدراسة (أقطي ومقراش) أخلاقيات المهن الطبية قد اعتبر مرادف لأحد أبعاد المتغير التابع للدراسة الراهنة وهو المسؤولية الاجتماعية في بعدها الأخلاقي باعتبار ان موضوع الدراسة هو المؤسسات الصحية. كما تتشابه الدراسة السابقة مع دراستنا الحالية من خلال عدة ابعاد ومؤشرات أخرى متعلقة بكل من الحوكمة الاستشفائية واخلاقيات المهن الطبية حيث ساعدتنا في اشتقاق العديد من الأسئلة المتعلقة بحفظ البيانات الطبية الكترونيا والرقابة الداخلية والافصاح عن معايير التوظيف والترقية ونتائج التقييم، والمشاركة في اتخاذ القرارات، وتحديد المهام والواجبات بالنسبة للعمل الصحي.

بالإضافة لما سبق فان كلا من الدراستين اعتمدتا على العينة الطبقية العشوائية متمثلة في الأطباء والمرضى بالنسبة للدراسة السابقة بالإضافة للعمال الإداريين في الدراسة الحالية.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

الدراسة الثالثة: (شيخاوي ، 2015-2016) أطروحة دكتوراه علوم تخصص علوم التسيير
بعنوان: إشكالية الحوكمة والقيم التنظيمية في الجامعة-دراسة حالة عينة من الجامعات
الجزائرية " بجامعة بومرداس

وتتمحور الإشكالية الرئيسية لهذه الدراسة حول التساؤل الرئيسي التالي: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القيم التنظيمية السائدة في الجامعة والممارسات السليمة لمعايير الحوكمة؟ وانبثق عنه مجموعة الفرضيات الفرعية التالية:

1-تبدل الجامعة كل جهودها لترسيخ مفهوم الحوكمة الجامعية من خلال التطبيق الصحيح والممارسات السليمة لمعاييرها المختلفة المتمركزة على الشفافية والمشاركة ومساءلة كل الأطراف ووضمان حقوق ذوي المصلحة وتوفير الانضباط.

2-لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين القيم التنظيمية السائدة في الجامعة والممارسات السليمة لمعايير الحوكمة فيها.

3-لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة المدروسة تعزى إلى الاختلاف في خصائصهم الشخصية (الجنس، الكلية، المستوى التعليمي، الأقدمية).

أما عن عينة الدراسة فتمثلت 223 مفردة من أساتذة كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الاقتصادية لخمس جامعات هي: بومرداس، البويرة، البليدة، الأغواط، وتيزي وزو.

وقامت الباحثة في دراستها على برنامج الحزم الإحصائية الاجتماعية (SPSS) من خلال: -النسب المئوية والتكرارات.. والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعامل الارتباط بيرسون (Pearson) ومعامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach)، وكذا معامل الانحدار الخطي البسيط، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق .

1-بالنسب لنتائج ممارسة معايير الحوكمة ضمن الجامعة

*أثبتت الدراسة الميدانية ممارسة المساءلة بدرجات متوسطة في الجامعة الجزائرية وقد حل هذا المعيار في المركز الأول من حيث درجة الموافقة.

*هناك مشاركة متوسطة من قبل الأطراف المعنية سواء أساتذة او طلبة ... في المركز الثاني

*ممارسة متوسطة لمعيار الشفافية من قبل إدارة الجامعة الجزائرية وهي في المرتبة الثالثة.

*في حين كان معيار الأخلاقيات في الرتبة الرابعة وبمستوى قبول منخفض

*وفي الأخير كان بعد خدمة أصحاب المصالح بمستوى قبول منخفض.

2-بالنسبة لوجود علاقة بين المتغيرين وأبعادهما توصلت الدراسة إلى:

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

*وجود علاقة قوية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين القيم التنظيمية السائدة في الجامعة ودرجة ممارسة معايير الحوكمة مجتمعة.

*وجود علاقة ارتباط إيجابية قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين معايير الحوكمة وكل بعد من أبعاد القيم التنظيمية.

3- بالنسبة للفروق الشخصية:

*وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد العينة بخصوص معايير الحوكمة وفقاً لمتغير الدرجة العلمية، ووجود تجانس في الإجابات وفقاً لمتغيرات الجنس ونوع الكلية والأقدمية.

جوانب الاستفادة من الدراسة:

تبحث هذه الدراسة في العلاقة القائمة بين القيم التنظيمية السائدة في الجامعة والممارسات السليمة لمعايير الحوكمة، وهي تتشابه مع موضوع بحثنا في متغير الحوكمة بالدرجة الأولى، وإذا كانت ثقافة الجودة والالتزام هي أحد مؤشرات القيم التنظيمية عموماً، فإنه يمكننا القول بتقاطع الدراستين في العديد من التساؤلات المتعلقة بمستوى الحوكمة في المؤسسة الجامعية والمؤسسة الصحية،

كما أن معايير الحوكمة الجامعية متمثلة في الشفافية والمشاركة ومساءلة كل الأطراف وضمن حقوق ذوي المصلحة وتوفير الانضباط. تتشابه إلى حد كبير مع معايير الحوكمة الصحية فما هو بعد في الدراسة السابقة قد يكون مؤشراً في الدراسة الراهنة كما هو الحال مثلاً بالنسبة للمشاركة والانضباط. كما تتشابه الدراستين في بحثهما عن الفروق في إجابات المبحوثين حول متغيري الدراسة تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية.

كما تتقاطع الدراسة الحالية مع هذه الدراسة وغيرها من الدراسات الموالية في الاعتماد على برنامج الحزم الإحصائية الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات المستقاة من ميدان الدراسة. ومختلف المعاملات المرتبطة به بما يتماشى والبحث عن تحقق فرضيات الدراسة من عدمه.

الدراسة الرابعة: (الجزار، 2019) وهي رسالة ماجستير في إدارة الأزمات والكوارث في غزة

بعنوان: إدارة وتقييم المخاطر في مستشفى الشهيد محمد يوسف النجار وفق أولويات أطار

سنداى الدولي من وجهة نظر لجنة الطوارئ المركزية

تنطلق الدراسة من تساؤل رئيسي مفاده: ما مدى قدرة لجنة الطوارئ المركزية على إدارة وتقييم المخاطر في مستشفى الشهيد محمد يوسف النجار وفق أولويات إطار سنداى الدولي؟ ومن خلال ذلك تسعى هذه الدراسة للإجابة على التساؤلات الفرعية التالية:

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

- 1- ما مدى قدرة سياسة مستشفى الشهيد محمد يوسف النجار على فهم السياسات والممارسات المتعلقة بإدارة وفهم المخاطر بجميع أبعادها؟
 - 2- ما مدى وجود رؤية واضحة لتعزيز سبل إدارة المخاطر المتعلقة بمستشفى الشهيد محمد يوسف النجار؟
 - 3- ماهي الإجراءات المتبعة لتحسين إدارة مستشفى الشهيد محمد يوسف النجار على الحد من المخاطر والقدرة على مواجهتها؟
 - 4- ما مدى قدرة إدارة مستشفى محمد يوسف النجار على الاستفادة من الدروس والعبر المستخلصة جراء المخاطر المتعلقة بمستشفى محمد يوسف النجار؟
- عينة البحث تمثلت في 60 مفردة من موظفي مستشفى الشهيد محمد النجار وهي عينة طبقية عشوائية تضم فئة رئيس شعبة فما فوق

نتائج الدراسة

- 1- النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: (الأولوية الأولى: فهم مخاطر الكوارث -تسعى إدارة المستشفى إلى إشراك مقدمي الرعاية في العمليات المرتبطة بتعريف المخاطر المختلفة داخل نطاق بيئة المستشفى، وتعمل على تشكيل وتدريب موظفي أقسام المستشفى لتصنيف وتبويب المؤشرات المرتبطة بحدوث المخاطر وفق منهجية متعارف عليها ضمن سياسة وزارة الصحة، كما يسعى الموظفون لحصر التهديدات المرتبطة بالاحطار والتي من المحتمل حدوثها بين مقدمي الرعاية الصحية داخل المستشفى. وإجراء فحوصات دورية تهدف إلى تقييم إجراءات الامن والسلامة داخل المستشفى، كما تهتم الإدارة بإستخلاص الدروس والعبر من التعامل مع المخاطر المختلفة داخل المستشفى في محاولة منها لتجنب وتخفيف حدة الخطر بعد ذلك.
- 2- النتائج المتعلقة بالأولوية الثانية: تعزيز سبل إدارة مخاطر الكوارث من أجل تحسين التصدي لها

في هذا الإطار توصلت الدراسة إلى ان لجنة التدريب والتطوير التابعة لوزارة الصحة والموزعة على المستشفيات تهتم بتدريب وتطوير العاملين فيها وإطلاعهم على مختلف العلوم الصحية الجديدة، وتتمثل النزعة الإنسانية الأخلاقية بين موظفي المستشفى في القدرة على تحريك الموارد المادية والبشرية من أجل التصدي للمخاطر، تشكل إدارة المستشفى البروتوكولات الخاصة للتعامل مع كل خطر حسب طبيعته وتأثيره على موظفي وأنظمة المستشفى لتحسين معدلات الاستجابة وتقليل حجم الاخطار قدر الإمكان. وتقوم دائرة الامن والسلامة بنشر اللوائح المتعلقة ببعض المخاطر وكيفية التعامل معها بالشكل الصحيح.

- 3- النتائج المتعلقة بالاستثمار في الحد من مخاطر الكوارث لزيادة القدرة على مواجهتها:

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

توصل الباحث إلى ان بناء المستشفى لا يلتزم بالمعايير والمواصفات العالمية للبناء كونه أنشئ على مستوصف طبي يهتم بتقديم الرعاية الأولية لسكان المحافظة، يتوفر مخزون من المواد المتعلقة بالطوارئ للتعامل مع المخاطر المختلفة ولكنها شحيحة بفعل الازمات التي تمر بها المنطقة ووزارة الصحة الفلسطينية، تسعى إدارة المستشفى إلى تنمية قدرات العاملين في المجال الصحي على فهم المخاطر وتطبيق منهجيات الحد من المخاطر في العمل الصحي، يتم تحديد البعد والنطاق الجغرافي للمخاطر المهددة التي تحول دون استمرار ديمومة العمل الصحي داخل المستشفى، تختلف آليات تعزيز الحد من المخاطر لاختلاف طبيعة ونوع الخطر المتعلق بالمستشفى.

4-النتائج المتعلقة بالأولوية الرابعة: تعزيز التأهب للكوارث بغية التصدي لها بفعالية "وإعادة البناء بشكل أفضل" في مرحلة التعافي والإصلاح وإعادة البناء

تسعى إدارة المستشفى إلى تحقيق الحماية اللازمة لاستمرار العمل الصحي داخل المستشفى وذلك بالتنسيق والتشارك مع لجان الطوارئ المحلية الأخرى ذات العلاقة، وتعمل إدارة المستشفى على استمرارية العمل داخل المستشفى أثناء التعرض للمخاطر، لا تتوفر أنظمة الاتصالات المخصصة للمستشفى او لوزارة الصحة الفلسطينية للاتصال والتواصل خارج بيئة المستشفى بين الموظفين والإدارة.

جوانب الاستفادة من الدراسة:

مكننا هذه الدراسة من التعرف على استراتيجية إدارة المخاطر كما هي محددة وفق إطار سنداى للمخاطر والكوارث وهو ما سمح لنا بالمقارنة واستخلاص العديد من المؤشرات والأبعاد لتسيير المخاطر ضمن المستشفيات وماهي الإجراءات الاستباقية والتطبيقية التي على المؤسسات تبنيها وتفعيلها من أجل مواجهة والوقاية من التهديدات والاحطار الصحية والطبيعية غير المتوقعة، من خلال العمل على تنمية المعرفة والادراك الفعلي لنوعية المخاطر وطبيعتها التي تهدد العمل الصحي سواء في الحرب او السلم، وذلك من خلال تفعيل قنوات الاعلام التوعوي والاتصال التنموي بين الأطقم الطبية في حد ذاتها وبينها وبين المحيط الخارجي من خلال حملات التوعية الصحية والبيئية، بالإضافة لضرورة تعزيز آليات التدريب والتكوين العملي على التعامل ومواجهة هذه الاخطار والعمل على توفير المخزون الاستراتيجي من وسائل الوقاية والتشخيص والعلاج من الأمراض المعدية والرفع من ميزانية القطاع الصحي على الدوام، مع ضرورة مراعاة الاعتبارات الهندسية والصحية عند بناء العيادات والمستشفيات الصحية للتناسب مع هندسة الطوارئ.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

الدراسة الخامسة: (العابد ، 2016-2017) أطروحة دكتوراه علوم في علوم التسيير تخصص الاقتصاد التطبيقي في إدارة الاعمال والمالية بعنوان " معوقات تطبيق منرج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية -دراسة ميدانية مقارنة لمجموعة من المؤسسات الصحية العمومية":

انطلق الباحث في دراسته من مجموعة فرضيات حيث كانت كالتالي:

1- هناك مستوى منخفض لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات) مأخوذة بصفة مجتمعة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية المعنية

2- هناك مستوى منخفض لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات) مأخوذة بصفة منفردة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 لأراء العاملين المستجوبين اتجاه اجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى للمتغيرات الوظيفية (طبيعة الوظيفة، سنوات الخبرة)

أما عينة الدراسة فتمثلت في 500 مفردة من العاملين في مجموعة من المؤسسات الصحية وهي خمس مستشفيات من الشرق الجزائري هي المركز الاستشفائي الجامعي باتنة، المؤسسة الاستشفائية العمومية عقبي الحكيم بقلمة، المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر ومستشفى الدكتور سعدان، والمؤسسة العمومية الاستشفائية طولقة في بسكرة

وتوصل الباحث في دراسته إلى النتائج التالية:

1- رفض الفرضية الصفرية وقبول البديلة.

2- رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة للفرضية الرئيسية الثانية حيث تم التوصل إلى أن معوقات تطبيق منرج إدارة الجودة الشاملة متواجدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة من المستوى الأكثر تواجد إلى الأقل حسب الترتيب الآتي: غياب التشجيع والتحفيز، غياب الاتصالات والمعلومات، غياب التعليم والتدريب، عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، غياب المشاركة، عدم التوجه نحو ال زبون، وأن مستوى تواجد جميع هذه المعوقات جاء متوسط (غير منخفض)، باستثناء عائق غياب التشجيع والتحفيز جاء مرتفع وفي المرتبة الأولى، في حين جاء مستوى تواجد عائق عدم التوجه نحو الزبون متوسط)

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

غير منخفض) وفي المرتبة الأخيرة، مما يكشف أنه ينبغي على المستشفيات الاهتمام أكثر بتشجيع وتحفيز العاملين بما يجعل هذا البعد متواجد أكثر في الثقافة التنظيمية لهذه المستشفيات 3-تم قبول الفرضية الصفرية للفرضية الرئيسية الثالثة في شق منها حيث تم التوصل أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء العاملين المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى للمتغيرات الوظيفية (الوظيفة، سنوات الخبرة).

جوانب الاستفادة من الدراسة:

ينطلق الباحث في هذه الدراسة من افتراض ان معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة هي : عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات ويهدف من خلال دراسته للبحث في مستوى تواجد كل بعد من هاته المعوقات وترتيبه من قبل المبحوثين وكذا الفروق في إجابات المبحوثين حول هذه المعوقات تعزى لمتغيرات الوظيفة والخبرة. وبالعودة إلى مجمل المعوقات لإدارة الجودة الشاملة فيمكن اعتبارها بالنسبة لموضوعنا الحالي بمثابة معوقات تحقيق كل من جودة الخدمات الصحية وكذلك جودة الحياة الوظيفية باعتبار ان مفهوم الجودة الشاملة يقتضي جودة الظروف والمدخلات التنظيمية من أجل تحقيق الجودة في المخرجات التنظيمية فأن وجه الشبه يظهر في طرحنا للعديد من الأسئلة على عينة البحث والتي تتقاطع مع الابعاد المذكورة للجودة الخدماتية كالتحسين المستمر، التشجيع على الإنجاز والمشاركة في اتخاذ القرار، والتعليم والتدريب، وتوفر المعلومة.

الدراسة السادسة: (قريشي، 2017-2018) أطروحة دكتوراه ل.م.د. موسومة بجودة الحياة الوظيفية ودورها في تحسين الخدمة العمومية -دراسة حالة الإدارات المحلية لولاية قسنطينة

قسنطينة

انطلقت الباحثة في دراستها من تساؤل رئيسي مفاده: ما الدور الذي تلعبه جودة الحياة الوظيفية في تحسين الخدمة العمومية المقدمة من طرف الإدارة المحلية لولاية قسنطينة؟ وبناء على التساؤل الرئيسي قامت الباحثة بصياغة الفرضيات التالية:

1- لا يوجد تأثير معنوي لأبعاد جودة الحياة الوظيفية (البعد التنظيمي، البعد الوظيفي، البعد النفسي والاجتماعي) مجتمعة على تحسين الخدمة العمومية بالإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05)

2- لا يوجد تأثير معنوي لمتغيرات البعد التنظيمي لجودة الحياة الوظيفية (النمط القيادي المتبع، التكنولوجيا المستخدمة، نمط الاتصال) مجتمعة على تحسين الخدمة العمومية بالإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05).

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

3- يوجد تأثير متغيرات البعد الوظيفي لجودة الحياة الوظيفية (طبيعة ومحتوى العمل، نظام الأجور والحوافز، التكوين) مجتمعة على تحسين الخدمة العمومية في الإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05).

4- يوجد تأثير لمتغيرات البعد النفسي والاجتماعي لجودة الحياة الوظيفية (العلاقات في العمل، التوازن بين العمل والحياة الخاصة، الظروف المادية للعمل) مجتمعة على تحسين الخدمة العمومية في الإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05)

منهجية الدراسة: تم استخدام مقاييس النزعة المركزية متمثلة في المتوسط الحسابي ومقاييس التشتت من خلال الانحراف المعياري بالنسبة للإحصاء الوصفي. اما بخصوص الإحصاء الاستدلالي فقد اعتمدت الباحثة على معامل ألفا كرونباخ ومعامل تضخم البيانات ومعامل التباين المسموح ومعامل التوزيع الطبيعي وتحليل الانحدار المتعدد وتحليل الانحدار البسيط ومعامل الارتباط بيرسون . وكان الاستبيان هو الأداة الرئيسية لجمع البيانات وبلغ عدد مفردات العينة 391 مفردة. متمثلة في مستخدمي الإدارة المحلية لولاية قسنطينة (البلديات، الدوائر والولاية)

وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية:

1- تم رفض هذه الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة حيث ثبت وجود أثر ذو دلالة معنوية عند مستوى الدلالة (0.05) لأبعاد جودة الحياة الوظيفية مجتمعة على تحسين الخدمة العمومية وبالتالي يوجد أثر ذو دلالة معنوية لكل بعد من أبعاد جودة الحياة الوظيفية على حدى على تحسين الخدمة العمومية في الإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05).

2- تم رفض الفرضية العدمية الثانية وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على وجود تأثير معنوي لمتغيرات البعد التنظيمي لجودة الحياة الوظيفية مجتمعة على تحسين الخدمة العمومية في الإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05)

3- يوجد تأثير متغيرات البعد الوظيفي لجودة الحياة الوظيفية مجتمعة على تحسين الخدمة العمومية في الإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05).

4- تم رفض الفرضية العدمية الرابعة وقبول الفرضية البديلة والتي تنص على وجود تأثير معنوي لمتغيرات البعد النفسي والاجتماعي لجودة الحياة الوظيفية مجتمعة على تحسين الخدمة العمومية في الإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05).

جوانب الاستفادة من الدراسة:

بالنظر لكون هذه الدراسة السابقة المعروضة أعلاه تعنى بالبحث عن دور جودة الحياة الوظيفية في تحسين الخدمة العمومية المقدمة من طرف الإدارة المحلية لولاية قسنطينة وبالنظر لكون أن أحد ابعاد الحوكمة الصحية في دراستنا الراهنة هو جودة الحياة الوظيفية فان وجه التشابه بينهما يظهر جليا من خلال الأبعاد والمؤشرات المعتمدة بالنسبة لهذا المتغير المستقل متمثلة في البعد التنظيمي، البعد الوظيفي، البعد النفسي والاجتماعي لجودة الحياة الوظيفية حيث تتقاطع مع بحثنا بشكل أوضح في بعض المؤشرات الخاصة بكل بعد والتي تم التساؤل عنها لكشف جوانب جودة الحياة الوظيفية المتوفرة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالميلية محل الدراسة ونذكر منها على سبيل التقاطع: التكنولوجيا المستخدمة، نمط الاتصال، نظام الأجور والحوافز، التكوين و الظروف المادية للعمل.

بالإضافة لكون مجال الدراسة في كلا البحثين هو المؤسسات العمومية ذات الطابع الخدماتي ويختلفان في كون الأولى ذات خدمات إدارية (الإدارة المحلية)، أما الثانية فمتعلقة بالخدمات الصحية على وجه الخصوص متمثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية.

ثانيا: الدراسات الخاصة بالمتغير التابع (المسؤولية الاجتماعية):

الدراسة السابعة: (سعيدان، 2017) وهي أطروحة دكتوراه علوم في علوم التسيير بعنوان:
واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات-دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي – ولاية بشار

انطلق الباحث من تساؤل رئيسي محتواه هو: ما واقع التزام المؤسسات الاستشفائية العمومية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة: العاملين، المرضى، المجتمع المحلي، البيئة والمجتمع؟ ومنه توصل لصياغة الفرضيات التالية:

1- يتوقف التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية على مدى مشاركة جميع أطراف أصحاب المصلحة.

2- تعتبر المسؤولية الاجتماعية ضمن البعد الأخلاقي للعمل ضمن المؤسسات الإستشفائية.

3- واقع ممارسة المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متباين إتجاه أصحاب المصلحة (العاملين، المستفيدين(المرضى)، المجتمع، البيئة، المؤسسات الداعمة والمجتمع المحلي).

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

وبخصوص عينة الدراسة فقد تمثلت في عينة طبقية عشوائية حيث أخذ الباحث ما نسبته 20% من مجتمع البحث حيث كانت العينة هي 100 مقسمة طبقيا حسب السلك الطبي وشبه الطبي والاداريين واخذ الباحث من كل طبقة ما نسبته 20%

وبعد القيام بالدراسة الميدانية توصل الباحث إلى النتائج التالية:

1- يتوقف التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية على مدى مشاركة جميع الأطراف أصحاب المصلحة.

2- تعتبر المسؤولية الاجتماعية ضمن البعد الأخلاق للعمل (لإعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف.....) ضمن المؤسسات الإستشفائية.

3- واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متباين تجاه أصحاب المصلحة (العاملين، المستفيدين (المرضى) ، المجتمع، البيئة، المؤسسات الداعمة والمتعاملون).

جوانب الاستفادة من الدراسة:

فادتنا هذه الدراسة كثيرا من حيث تماثلها مع الدراسة الراهنة في متغير المسؤولية الاجتماعية خاصة، وان كلا الدراستين تمتا في المؤسسة الاستشفائية العمومية وهو ما يعني تقاطع أبعاد ومؤشرات كلا الدراستين، وفي الوقت الذي ركزت الدراسة السابقة على ابعاد العمال والمرضى والمجتمع البيئية، ارتأينا ضمن الدراسة الحالية اعتماد أبعاد أخرى للمسؤولية الاجتماعية وهي البعد الاقتصادي والبيئي والإجتماعي والأخلاقي، كما تماثلت الدراستين في العينة الطبقية العشوائية ممثلة في الموظفين الإداريين وعمال السلك الطبي وشبه الطبي، في الوقت الذي اضافت به الدراسة السابقة عينة من المرضى، بالإضافة لاختلاف الدراستين من حيث التخصص حيث تندرج الدراسة السابقة ضمن تخصص التسيير وهي السمة الغالبة على الدراسات في مجال الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية، في حين قامت الطالبة بدراسة نفس المتغير وهو المسؤولية الاجتماعية من منظور اجتماعي سوسولوجي.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

الدراسة الثامنة: (المطيري، 2018) رسالة ماجستير في تخصص التأهيل والرعاية الاجتماعية
بعنوان: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية وعلاقتها بجودة الخدمات الطبية-
دراسة ميدانية.

تمحورت الدراسة حول التساؤل الرئيسي التالي: ما علاقة المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية بمستوى جودة الخدمات الطبية؟ وتفرع عنه التساؤلات التالية:

- 1- ما واقع أبعاد المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية؟
- 2- ما مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية من وجهة نظر المستفيدين؟
- 3- هل توجد علاقة بين المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية ومستوى جودة الخدمات الطبية؟
- 4- ما تأثير واقع أبعاد المسؤولية الاجتماعية على مستوى جودة الخدمات الطبية لدى المؤسسات الصحية من وجهة نظر المستفيدين؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمحاور الدراسة لدى أفراد عينة الدراسة وتعزى لبعض خصائصهم الشخصية والديمغرافية؟

ويتكون مجتمع البحث من المستفيدين من جودة الخدمات الطبية في مدينة الأمير سلطان الطبية بمدينة الرياض، وتكونت عينة الدراسة من 420 مفردة تم اختيارهم بأسلوب العينة العشوائية البسيطة، واستخدمت الاستبانة أداة للدراسة.

وكانت نتائج الدراسة

فيما يخص السؤال الأول-1: ما واقع أبعاد المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية؟ كالتالي:

- اتضح أن مفردات العينة يوافقون بدرجة (متوسطة) على عبارات البُعد القانوني.
- تبين أن مفردات العينة يوافقون بدرجة (متوسطة) على عبارات البُعد الأخلاقي،
- أن مفردات العينة يوافقون بدرجة (متوسطة) على عبارات المندرجة تحت البُعد الإنساني.

2-النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة من قبل

المؤسسات الصحية من وجهة نظر المستفيدين؟ أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- أن عينة الدراسة يوافقون بدرجة (متوسطة) على عبارات بُعد الاستجابة.
- أن مفردات العينة يوافقون بدرجة (متوسطة) على عبارات بُعد الاعتمادية.
- أن مفردات العينة يوافقون بدرجة (مرتفعة) على عبارات بُعد الأمان (الضمان).
- أن مفردات العينة يوافقون بدرجة (مرتفعة) على عبارات بُعد الملموسية.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

-أن مفردات العينة يوافقون بدرجة (متوسطة) على عبارات بُعد التعاطف.
3-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01 بين المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية ومستوى جودة الخدمات الطبية بأبعادها المختلفة

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع ما تأثير واقع أبعاد المسؤولية الاجتماعية على مستوى جودة الخدمات الطبية لدى المؤسسات الصحية من وجهة نظر المستفيدين؟

أوضحت النتائج أن عينة الدراسة يوافقون بدرجة (مرتفعة) على العبارات المدرجة تحت محور تأثير واقع أبعاد المسؤولية الاجتماعية على مستوى جودة الخدمات الطبية لدى المؤسسات الصحية.

النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمحاور الدراسة لدى أفراد العينة وتعزى لبعض خصائصهم الشخصية والديموغرافية؟

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات مفردات العينة تجاه كل من واقع أبعاد المسؤولية الاجتماعية منفردة ثم مجتمعة لدى المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية، و مستوى أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة منفردة ثم مجتمعة تبعاً لاختلاف (الجنس، سبب التواجد في المستشفى، العمر، طبيعة العمل، الدخل المادي)

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات عينة الدراسة تجاه محاور وأبعاد الدراسة تبعاً لاختلاف المستوى التعليمي.

جوانب الاستفادة من الدراسة:

تنطلق هذه الدراسة من التساؤل حول علاقة المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية بمستوى جودة الخدمات الطبية.

وتعد هي الأقرب لموضوعنا من حيث الأبعاد المعتمدة لمتغيري المسؤولية وجودة الخدمات الصحية، فبالنسبة لأبعاد المسؤولية الاجتماعية تم التقاطع مع دراستنا في بعدي المسؤولية الأخلاقية والمسؤولية القانونية، كما تشترك الدراستان في أبعاد ومؤشرات جودة الخدمات الصحية، كما تم الاعتماد عليها في صياغة بعض الأسئلة والمؤشرات في أبعاد الاستبيان المتعلق بالجانب القانوني والأخلاقي والبيئي للمسؤولية الاجتماعية.

غير أنها تختلف من حيث طبيعة العينة المعنية بالدراسة الميدانية حيث تمثلت في المستفيدين او المرضى بالنسبة لهاته الدراسة، في حين ان عينة بحثنا الحالي اقتصرت على عمال القطاع الصحي من إداريين وشبه طبيين وممارسين طبيين.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

الدراسة التاسعة: (الخالدي، 2015) رسالة ماجستير بعنوان: أثر إلزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمات الصحية المدركة.- دراسة ميدانية بالاردن

هدفت الدراسة لمعرفة مدى تأثير إلزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان، وانطلق الباحث في دراسته من الفرضية الرئيسية التالية:

الفرضية الرئيسية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 يعزى لالتزام المستشفيات الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة. ومنها اشتق الفرضيات الفرعية الآتية:

1- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 يعزى لالتزام المستشفيات الخاصة بالبعد الاقتصادي للمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة.

2- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 يعزى لالتزام المستشفيات بالبعد القانوني للمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة.

3- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 يعزى لالتزام المستشفيات الخاصة بالبعد الأخلاقي للمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية.

4- لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 يعزى لالتزام المستشفيات الخاصة بالبعد الانساني للمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة

وتمثلت عينة الدراسة في 463 من المرضى في المستشفيات الخاصة في عمان. أما نتائج الدراسة فتوصلت إلى انه:

- هنالك أثرا إيجابياً للمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمات الصحية المدركة.

-وجود أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد المسؤولية الاجتماعية (البعد الاقتصادي، البعد القانوني، البعد الأخلاقي.

-أظهرت نتائج الدراسة أن هناك أثرا ذو دلالة إحصائية لالتزام المستشفيات الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية.

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لالتزام المستشفيات الخاصة بالبعد الأخلاقي للمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمات الصحية وانه البعد الأكثر تأثيراً بين ابعاد المسؤولية.

-بينت الدراسة وجود أثر ذو دلالة إحصائية لالتزام المستشفيات الخاصة بالبعد القانوني للمسؤولية الاجتماعية في جودة خدماتها الصحية.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

-يوجد دو دلالة إحصائية لالتزام المستشفيات الخاصة بالبعد الإنساني للمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية.

-أظهرت نتائج البحث وجود أثر دو دلالة إحصائية يعزى لالتزام المستشفيات الخاصة بالبعد الاقتصادي للمسؤولية وهو الأقل تأثيرا بين أبعاد المسؤولية الاجتماعية.

جوانب الاستفادة من الدراسة:

فادتنا الدراسة كثيرا في تحديد مؤشرات أبعاد المسؤولية الاجتماعية وصياغة الأسئلة المرتبطة بكل بعد منها خاصة وان الباحث اعتمد نفس الأبعاد وهي المسؤولية الاقتصادية، الأخلاقية، القانونية والبيئية، كما ساعدتنا في توضيح المؤشرات المعبرة عن جودة الخدمات الصحية وصياغة الأسئلة المرتبطة بذلك. وبحثت كلا الدراستين في مستوى الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال ابعادهما الأربعة وهي البعد الاقتصادي والأخلاقي والقانوني والبيئي، ورغم تقاطع الدراستين في مجال الدراسة الميدانية وهو المؤسسات الاستشفائية إلا ان الدراسة السابقة اقتصرت على القطاع الصحي الخاص في حين اتجهت الدراسة الحالية نحو المؤسسة الاستشفائية العمومية.

تعليق عام على مجمل الدراسات السابقة:

-أغلب الدراسات حديثة وتعود للعشر سنوات الأخيرة وذلك دليل على حداثة الموضوع وحداثة تناوله من قبل الطلبة والباحثين خاصة على مستوى الجامعات الجزائرية وتزامن ذلك مع فتح تخصصات حول الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية في مشاريع الدكتوراه للطور الثالث في العلوم الاجتماعية والعلوم الاقتصادية وعلوم التسيير وإدارة الاعمال.

- قلة الدراسات والبحوث الاجتماعية التي تتناول أحد المتغيرين او كلاهما (الحوكمة الصحية، المسؤولية الاجتماعية) خاصة ضمن تخصص علم اجتماع التنظيم والعمل والموارد البشرية.

-تقاطع أغلب هذه الدراسات مع دراستنا في العديد من مؤشرات الموضوع وأبعاده وكذا الأسئلة الخاصة بالاستبيان.

-اتجاه معظم الدراسات الميدانية على مستوى المؤسسات الاستشفائية للبحث في جودة الخدمات الصحية كمفهوم جزئي وليس الحوكمة الصحية كمفهوم كلي يشمل بعد جودة الخدمات الصحية.

7. المقاربة النظرية المعتمدة للتحليل والدراسة:

تعكس المقاربة النظرية لأي موضوع بحث علميته واتجاهه الأكاديمي، باعتبار العلم سيرورة لامتناهية من المعارف المجربة والمجردة التي شكلت من خلال تراكمها المعرفي زادا علميا للتفكير الإنساني، فهي بمثابة البوصلة العلمية التي تعكس اتجاه الباحث وقناعاته وميله لاختيار طريق دون آخر، كما أنها حجته لتبني تفسير نظرية أو مدخل نظري دون غيرها من النظريات أو المداخل النظرية، وهذا بتوظيف مفاهيمها وأطرها النظرية.

وبالعودة لطبيعة ميدان الدراسة وخضوعه لمتطلبات التخصص العلمي وهو علم الاجتماع التنظيم والعمل، وبما ان موضوع بحثنا يركز على المؤسسات الخدمائية ذات الطابع العمومي التي لا تهدف لتحقيق أرباح بالنظر لمجانية الخدمات الصحية التي تضمها المؤسسات الاستشفائية، فإن المقاربة النظرية الأنسب لموضوع الدراسة والتي تتوافق مع التحليل السوسيولوجي للمؤسسات من منظور علم اجتماع التنظيم والعمل بعيدا عن التحليل الإداري والاقتصادي المحض، هي تلك المداخل النظرية التي تهدف لصياغة خطط عملية تطبيقية من أجل الرفع من أداء المؤسسات الخدمائية وتحسين فعاليتها وتحقيق الكفاءة وتعزيز الجودة التنظيمية والخدمائية، إذ أنه وفي إطار علاقة التفاعل بين البيئتين الداخلية والخارجية، ومحاولة الرفع من الميزة التنافسية للمؤسسات الخدمائية في ظل التصنيف الدولي لنوعية الخدمات أصبح تحقيق الجودة لا يتم إلا من خلال النظر للمؤسسة كنسق مفتوح يتطلب توفير مدخلات جيدة للوصول إلى تقديم مخرجات خدمائية ذات كفاءة وفعالية وخلق التوازن بينهما بالمرافقة الدائمة للهيئات الإدارية والتنفيذية التي تسهر على التطبيق الفعال لاستراتيجيات المؤسسة التكيفية والتطويرية.

وتجدر الإشارة إلى أنه ورغم كون كل الاتجاهات النظرية في المجال الإداري والتنظيمي بما فيها النظريات الكلاسيكية والنيوكلاسيكية بشقيها مدرسة العلاقات الإنسانية والنظريات السلوكية تسعى لتحقيق الأهداف التالية:

- البحث عن أنجع السبل لرفع الانتاج وتحسين الأداء وتحقيق الفعالية والجودة.
- العمل على تحقيق الأهداف التي وجد من أجلها التنظيم وبالتالي ضمان وجوده وبقائه.
- العمل على تحقيق رضا العمال والموظفين واستقرارهم وتقليل معدلات دوران العمل.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

- تحسين ظروف وبيئة العمل لدفع العمل لتقديم أقصى ما لديهم.

إلا أنها تبقى قاصرة في تفسير متغير او مفهوم الحوكمة، لأن ظهور هذا المفهوم واستخدامه يعود بالأساس لتفاعل المؤسسات مع بيئتها الخارجية، كنتيجة للظروف المالية والاقتصادية التي واكبت الأزمات المالية والفساد المالي والإداري، وعجز المؤسسات والشركات عن التكيف مع التهديدات الخارجية، وهو ما لم تراعه النظريات الكلاسيكية والنيوكلاسيكية التي تنظر للمؤسسة كنسق مغلق لا يتأثر بالمتغيرات الخارجية، وهذا ما يجعل من هذه النظريات قاصرة على فهم وتفسير مجريات التغير والتغيير في البيئة المحيطة، وهذا ما يتنافى والحوكمة التي تعد مفهوما أشمل، لأنه ظهر في عالم طغت به العولمة والاقتصاد الحر اللذين خلقا تداخلا بين مختلف أنساق المجتمع الاجتماعي منها و السياسي والاقتصادي إضافة إلى النسق القانوني والثقافي مما جعل العالم قرية كونية صغيرة تفرض على الجميع ضرورة الاندماج في الحركية العلمية والعالمية، من أجل تعزيز وجودها وضمان استمراريتهما بتحقيق التوازن بين المتطلبات الداخلية والخارجية للتنظيم، ومحاولة الاستجابة للتغيرات والأهداف الحديثة للتنمية الشاملة والمستدامة، التي تصاغ في ظل استراتيجيات بعيدة المدى مع ضرورة تحقيق التفاعل بين العوامل الداخلية والبيئية الخارجية، والغاية من كل هذا تحقيق التطوير الإيجابي الذي يلبي احتياجات الأفراد والمؤسسات ويستجيب لتوقعات المجتمع والدول ككل .

وضمن هذا السياق، نلاحظ أن الاتجاهات الحديثة فسرت الحوكمة كمفهوم إداري وتنظيمي في نطاق متصل بمرتكزاته ومبادئه، التي من خلال آليات تطبيقها يمكن القول أن المؤسسة أو التنظيم قد نجح في توظيف أحسن السبل لتحقيق اهداف المؤسسة ومراعاة حقوق كل الأطراف والتي اجتمعت تحت المعنى الحديث للمسؤولية التي تعني بالأساس كل السبل الإيجابية للحفاظ على السلوكيات والممارسات المقبولة اجتماعيا، والرؤى التنظيمية التي يتم تحديثها دوريا لحفاظ المؤسسات على وجودها وتدعيم قدرتها على تحقيق أفضل المخرجات التي دائما ما تكون في علاقة تفاعلية بين ما هو متاح وما هو مأمول، ما هو متوفر وما هو متغير في إطار العمليات التنظيمية والإدارية والتشغيلية التي تتم داخل التنظيم في حد ذاته باعتباره المسؤول عن تحويل الموارد(المالية، المادية، البشرية، التكنولوجية المعنوية) إلى مواد وسلع وخدمات.

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

ولكن بالنظر لما سبق ولأن النظريات الكلاسيكية للتنظيم (التaylorية والفيبرية ونظريات التقسيم الإداري) ترى أن التنظيم هو نسق مغلق معزول عن البيئة الخارجية مع وجود طريقة واحدة مثلى للعمل، فهذا ما يفقدها القدرة على التكيف والاستجابة لما باتت تتسم به مؤسسات العصر الحديث فيما يتعلق بالتغير المستمر والتفاعل مع البيئة الخارجية تأثيراً وتأثراً للحفاظ على تواجدها.

وفي مقابل ذلك، وفي ظل اعتبار المؤسسة نسقاً اجتماعياً يتفاعل مع بقية الأنساق الأخرى كالنسق السياسي والاقتصادي والثقافي ضمن التحليل البنائي الوظيفي للمؤسسة من منظور تالكوت بارسونز، الذي سعى إلى تحليل سلوك الأفراد في سياق النظم الاجتماعية الكبرى المؤثرة في التفاعل الاجتماعي، واعتبر الاعتلال الصحي كغيره من مظاهر الخلل التي تعيق الأفراد والمؤسسات على أداء أدوارها الوظيفية والاجتماعية وتؤثر على التوازن والتكامل الذي هو مرتكز أساسي في تفسيراته للفعل الاجتماعي والنسق الاجتماعي والتغير الاجتماعي.

كما ركز (بارسونز) على المماثلة بين التنظيم كنسق اجتماعي والفرد ككائن عضوي حيث عرف المرض أو الاعتلال بأنه ظاهرة اجتماعية قبل أن تكون ظاهرة بيولوجية، وعرف الصحة بأنها المقدرة القصوى لدى الفرد على أداء أدواره الاجتماعية الاعتيادية. ((Parsons, 1951، وهو ما أيدته فيه منظمة الصحة العالمية التي عرفت المستشفى في إطار الوظيفة التي يؤديها بأنه: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتمثل وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان سواء كانت علاجية أو وقائية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيتها المنزلية، كما أنه أيضاً مركز لتدريب العاملين في حقل الصحة والقيام ببحوث اجتماعية وحيوية".

(Organisation Mondial de la Santé, 1963, p. 09))

وإنطلاقاً من هذا المنظور، فالمؤسسات الصحية كنسق اجتماعي تشبه المريض الذي يعيقه المرض عن القيام بأدواره، فيلجأ للطبيب من أجل تشخيص اعتلاله، وإيجاد حل لمشاكله الصحية التي تعيقه عن أداء دوره الوظيفي الاعتيادي، فالمشاكل التي تعيق المؤسسات الصحية عن أداء دورها وتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تخضعها لحتمية التفاعل مع الأنساق الأخرى التي تمكنها من التغلب على مشاكلها، وفي مقدمة هذه الأنساق نجد النسق السياسي الذي يمتلك قوة السلطة والتوجيه والتشريع، ويمد المنظومة الصحية بترسانة القوانين

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

والتسهيلات اللازمة لأداء أدورها، وتقديم الخدمات الصحية، والعمل على جودتها وعصرنتها، إضافة للنسق الإقتصادي الذي يزودها بأحدث التقنيات، والموارد المالية والمادية، التي تسمح لها بالتكيف مع التغيرات الخارجية والتوترات الداخلية، كذلك نسق الروابط الاجتماعية الذي تستمد منه المنظومة الصحية مجموعة القيم والثقافة السلوكية الكفيلة بإدارة التوترات الداخلية واحتوائها، في حين يشكل نسق التنشئة الاجتماعية حصنا منيعا في مواجهة اختلالات وتغيرات البيئة الخارجية ويحافظ على تكامل النسق او المؤسسة الاستشفائية وتوازنها.

وبالتالي فالمؤسسات الصحية هي واحدة من أهم المدخلات المؤثرة على الصحة بمفهومها الشامل، وهذا يعني ضرورة تخطيط وتنظيم خدمات المؤسسة الصحية ودورها بإعتبارها جزء مكمل للنظام الصحي الكلي، وألا يتم التعامل مع المؤسسات الصحية والنظر إليها كمؤسسات مستقلة او معزولة خارج هذا السياق الكلي المتكامل لتحقيق أهدافها، وهذا لا يتأتى إلا من خلال ضمان التنسيق بين الخدمات الوقائية والعلاجية، وترشيد استعمال الموارد والمدخلات المتاحة لصحة المجتمع ككل، مع تفعيل الاتصال بين مختلف المؤسسات والمصالح والهيكل الصحية، والربط والتنسيق بينها، وأيضاً تعزيز علاقة المؤسسة الصحية بمحيطها الاجتماعي لتحقيق الأمن الصحي والاجتماعي مما يوفر الدعم للمؤسسة الصحية ويساعدها على أداء دورها الوظيفي وتحقيق أهدافها.(نصيرات، 2014، صفحة 67)

كل ما تم ذكره من حقائق يحيلنا مباشرة لضرورة تبني التوجه الحديث القائم على اعتبار المؤسسة نسقا مفتوحا يتأثر بأصحاب المصالح ومتطلباتهم وتوقعاتهم والتغيرات البيئة المحيطة، كما هو الحال بالنسبة للنظريات المفسرة للعلاقة بين الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية باعتبار هذه الأخيرة ما هي إلا خاصية ومبدأ من مبادئ الحوكمة الرشيدة والفعالة، وسيتكشف لنا أكثر التوظيف المنهجي والنظري لمفاهيم المقاربة المتبنية للموضوع في ظل الاتجاهات الحديثة في الفكر الإداري و مدخل إدارة الجودة الشاملة وامتزاجهما معا في ظل نظرية النظم والنسق المفتوح والمنظور الحديث للبنائية لوظيفية في الفصلين المواليين الخاصين بالحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية.

إن تبني مدخل النظم للمؤسسات ذات النسق المفتوح الذي يركز على جملة المدخلات التنظيمية المستمدة من البيئتين الداخلية والخارجية، وتحويلها إلى مخرجات خدمتية عبر

الفصل الأول: الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة

العمليات التنظيمية والتنسيقية والتوجيهية والتخطيطية والرقابية، يتوافق أيضا مع موضوع دراستنا الراهنة بالنظر إلى كون الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية مفهومان وثيقي الارتباط لكون تطبيق الحوكمة سبب وتحقيق المسؤولية الاجتماعية نتيجة. كما أن الحوكمة الصحية تشير إلى بعدين أحدهما داخلي والآخر خارجي، ونفس الشيء بالنسبة للمسؤولية الاجتماعية التي تتضمن إلتزامات داخلية ضمن نطاق البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية (العمال والمرضى) وإلتزامات خارجية إتجاه المجتمع والبيئة المحيطة.

وبالعودة إلى نظام الحوكمة الصحية نجد أنه نظام قائم على استدماج آليات الجودة الشاملة ضمن الإدارة الاستراتيجية، من خلال العمل على جمع وتوفير الموارد المالية والمادية والبشرية والمعنوية والتكنولوجية المتميزة، وتحويلها في إطار العمليات التشغيلية إلى جملة من المخرجات الجيدة، التي من شأنها تعزيز مكانة وسمعة المؤسسة، مع ضرورة المتابعة والتقييم المستمرين لهذه المخرجات من أجل تطويرها وتعديلها على الدوام بما يستجيب لمتطلبات البيئة الخارجية، وتوقعات وأهداف أصحاب المصالح الذين يعملون بهذه المؤسسات الصحية ويتعاملون معها بما فيهم الموظفين والمرضى والمجتمع ومختلف الهيئات والتنظيمات والمؤسسات المهتمة بالعمل الصحي . وفي نفس الوقت يمكن الحديث عن الجودة الشاملة للمدخلات والمخرجات في إطار مدخل النظم والنسق المفتوح الذي يجعل المؤسسة ملزمة على الوفاء بدورها وأدائها الاجتماعي وإدارة المخاطر البيئية وحماية مكان العمل وظروفه.

أخيراً ومن خلال ما سبق، نعيد الإشارة إلى أن جل النظريات التنظيمية الحديثة التي تتبنى منظور النسق المفتوح لها القدرة على تحليل وتفسير آليات تطبيق إستراتيجية الحوكمة الصحية لتقديم أفضل الخدمات، وتوفير أحسن الظروف والإمكانيات المساهمة في تحقيق أهداف المنظومة الصحية ككل، وتعزيز تفاعلها واستجابتها لمتطلبات البيئتين الداخلية والخارجية والاستعداد ومواجهة التهديدات والمخاطر الطارئة، وإلتزاماتها بمسؤوليتها الاجتماعية داخليا وخارجيا.

خلاصة الفصل

في نهاية هذا الفصل التمهيدي الخاص بالإطار التصوري والمفاهيمي، والذي يعد بمثابة المدخل التوجيهي للموضوع، باعتباره يتناول إشكالية الدراسة بدقة ويحدد الفرضيات التي سيتم البحث فيها، نكون قد ضبطنا موضوع الدراسة جيدا بالاستناد إلى مختلف الأدبيات والنظريات والرؤى التي كونها حول الموضوع بعد قراءة وجمع مختلف المعلومات المتعلقة به لنصل في نهاية المراجعة النظرية للموضوع إلى الاستقرار على متغير الحوكمة الصحية بدل الحوكمة، بالنظر لكون ميدان الدراسة الحالية هو المؤسسات الاستشفائية العمومية، وبالتالي فلا داعي لتناول المصطلح العام في وجود مصطلح أكثر خصوصية ويتعلق بالمنظومة الصحية مباشرة وهو الحوكمة الصحية، خاصة إذا علمنا أن هذا المفهوم مستعمل من قبل منظمة الصحة العالمية وتعمل جل دول العالم على إدراجه في مسعى تطوير وتحديث خدماتها الصحية. كما أنه من خلال التعاريف المقدمة لمفهوم الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية وقفنا على العلاقة المباشرة والمتداخلة بين المفهومين إذا أن تعزيز المسؤولية الاجتماعية تعد إحدى آليات تطبيق الحوكمة الصحية، كما أن الحوكمة الصحية تعد سببا لحمل المؤسسات الاستشفائية على تحسين أدائها الاجتماعي والوفاء بدورها اتجاه المجتمع الذي تتواجد ضمنه.

تمهيد

أولاً: ماهية الحوكمة المؤسسية والحوكمة الصحية

- 1.1. نشأة مفهوم حوكمة المؤسسات والحوكمة الصحية
- 2.1. مفهوم وتطبيق الحوكمة في المستشفيات (الدعوة لحوكمة المؤسسات الصحية)
- 3.1. دور منظمة الصحة العالمية في ترقية خدمات الرعاية الصحية.
- 4.1. أهمية وفوائد الحوكمة الاستشفائية
- 5.1. أهداف ونتائج حوكمة المؤسسات الصحية

ثانياً: أساسيات ومرتكزات الحوكمة في المؤسسات الصحية

- 1.2. مبادئ وقيم الحوكمة الصحية
- 2.2. الاطراف المعنية بتطبيق الحوكمة في المستشفيات
- 3.2. العوامل المحددة لحوكمة المؤسسات الاستشفائية.
- 4.2. نظام حوكمة مؤسسات الصحة: مدخلات / العمليات / المخرجات/التغذية العكسية

ثالثاً: شروط واستراتيجيات تفعيل واقع الحوكمة في القطاع الصحي

- 1.3. دور الرأسمال البشري الصحي في تجسيد استراتيجيات الحوكمة الصحية
- 2.3. إدارة المعلومات الصحية في ظل التحول الرقمي والصحة الالكترونية
- 3.3. الإفصاح والشفافية كآلية لدعم الحوكمة في المؤسسات الصحية.
- 4.3. إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات كإطار لحوكمة المؤسسات الصحية (جودة المدخلات: الحياة الوظيفية، جودة المخرجات: الخدمات الصحية)

رابعاً: النظريات المفسرة للحوكمة

خلاصة الفصل

تمهيد:

ان بداية ظهور مفهوم الحوكمة كانت اقتصادية في مجملها، حيث كانت بمثابة رد فعل عن الأزمة الاقتصادية والمالية التي سادت في أواخر القرن العشرين، وتعرضت لها أغلب المؤسسات آنذاك، نتيجة الفساد المالي والاداري وضعف اجراءات الرقابة والتدقيق. لذلك فقد تضمنت مجموعة من المعايير والقواعد لأجل التحسين من واقع المؤسسات اقتصاديا ووضعها المالي والمحاسبي، وتنمية سوق المبادلات الاقتصادية في شقها التجاري والانتاجي والمالي والتسويقي في سوق الاعمال والاستثمار، كما هو الحال مثلا بالنسبة لجملة المعايير التي اقترحتها منظمة التعاون الاقتصادي سنة 2002 وقامت بتعديلها وتطويرها سنة 2004 حيث أصبحت هذه المبادئ وغيرها بمثابة معايير لتصنيف مستوى حاكمية المؤسسات والشركات.

لكن وبالنظر لكون جل المؤسسات والشركات تشتغل ضمن تفاعلية البيئة الداخلية والخارجية، المحلية والعالمية، المالية والادارية، الاقتصادية والاجتماعية، فإنه من الجلي والمهم جدا التأكيد على الدور الاجتماعي لمثل هذه المؤسسات من منظور علم اجتماع ضمن تخصص التنظيم والعمل، بما فيها تلك المالية البحتة بالنظر لكون ان الانسان هو محور الحياة في سياقاتها المختلفة: السياسية، القانونية والاقتصادية والمالية، الاجتماعية والثقافية، ايضا فهو الفاعل والمنفعل المؤثر والمتأثر القائد والتابع ، السبب والنتيجة، وهو المقترح لاستراتيجيات التطوير التنظيمي لبيئة العمل وهو المطبق لها أيضا.

لذلك يأتي فصلنا هذا كمحاولة لتسليط الضوء على أحد جوانب تفعيل حكامه المؤسسات والادارة الرشيدة، من خلال التطرق إلى المؤسسات الخدمتية العمومية ذات الطابع الاجتماعي، بعيدا عن معيار الربح المالي وهو الفرق بين المنظمات ذات الصبغة العمومية أو تلك الخاصة، ولتوضيح ذلك أكثر نشير إلى مفهوم الحوكمة في المؤسسات الصحية ومعاييرها، وهو ما يشار إليه حديثا بمصطلح الحوكمة الاستشفائية أو الحوكمة الصحية، على اعتبار ان تطبيق هذه الاستراتيجية يهدف اساسا إلى التحسين المستمر لمستويات الاداء الخدماتي والاجتماعي للمستشفيات، وضمان جودة الحياة الوظيفية قصد تحقيق الكفاءة والرفع من معدلات الاداء والفعالية، وبالتالي الوصول إلى جودة الخدمات والرعاية الصحية المقدمة، مع التركيز على تلك التي تقوم على اساس تقديم الخدمات الصحية لمختلف شرائح المجتمع مجانا في الغالب أو بسعر رمزي، بمعنى المؤسسات الصحية العمومية باعتبارها محل الدراسة الميدانية.

أولاً: ماهية الحوكمة المؤسسية والحوكمة الصحية

1.1. نشأة مفهوم حوكمة المؤسسات أو الحوكمة المؤسسية:

أدى ظهور نظرية الوكالة "Agency theory" إلى زيادة الاهتمام والتفكير في ضرورة وجود مجموعة من اللوائح والقوانين التي تعمل على حماية مصالح المساهمين والحد من التلاعب المالي والإداري، وفي عام 1976 قام كل من "Jensen and Meckling" بالاهتمام بمفهوم حوكمة الشركات وإبراز أهميته في الحد أو التقليل من المشاكل التي قد تنشأ نتيجة الفصل بين الملكية والإدارة والتي مثلتها نظرية الوكالة، ولاحق ذلك مجموعة من الدراسات العلمية والعملية والتي أكدت على أهمية الالتزام بمبادئ حوكمة الشركات وأثرها على زيادة ثقة المستثمرين في أعضاء مجالس إدارة الشركات. (سليمان، 2006، صفحة 13)

وقد ظهرت الحاجة إلى الحوكمة في أعقاب الانهيارات الاقتصادية والأزمات المالية التي شهدتها بعض دول شرقي آسيا، وأمريكا، وروسيا، في عقد التسعينات من القرن العشرين، وكذلك ما شهدته الاقتصاد العالمي في الآونة الأخيرة من أزمة مالية وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا. كانت أولى هذه الأزمات تلك التي عصفت بدول جنوب شرقي آسيا ومنها ماليزيا، وكوريا، واليابان عام 1997. (أساسيات الحوكمة، صفحة 05)

ومن أسباب هذه الأزمات هو ما شهدته العالم من تحرير للأسواق المالية، فتزايدت انتقالات رؤوس الأموال عبر الحدود بشكل غير مسبوق ودفع اتساع حجم الشركات وانفصال الملكية عن الإدارة إلى ضعف آليات الرقابة على تصرفات المديرين، وإلى وقوع كثير من الشركات في أزمات مالية. وعلى غرار فضيحة شركة إنرون الأمريكية التي نجمت عن تساهل المدققين الخارجيين مع مجلس الإدارة، وعدم دقة التقارير المالية الصادرة عن الشركة، الأمر الذي أدى إلى انهيار شركة إنرون. لذلك وضعت الجهات الرقابية في الولايات المتحدة الأمريكية قواعد سربان-أوكسلي عام 2002 لضبط عمل شركات المساهمة العامة. (أساسيات الحوكمة، صفحة 06)

كانت شركة "هيلث ساوث" متألقة في تقديم الرعاية الصحية ومقرها برمنغهام في ولاية ألاباما. اتهم الرئيس التنفيذي وعدد من مسؤولي الشركة بالمبالغة في أرباح الشركة بمبلغ لا يقل عن 1.4 مليار دولار بين عامي 1999 و2002 ليلبي توقعات المحللين، ورغم أنه لم تتم إدانة الرئيس التنفيذي بالتلاعب المحاسبي إلا أنه أمر بدفع تعويض قيمته 2.9 مليار دولار في الدعوى المدنية وحكم عليه بالسجن لرشوته حاكماً سابقاً لولاية ألاباما بالولايات المتحدة الأمريكية.

هذه الحادثة توضح أن نظام الرقابة والتوازن الذي يهدف إلى منع تجاوزات كبار المسؤولين لا يمنع الفساد دائما، ونفس الأمر بالنسبة للعديد من الشركات الكبرى في العشرية الأولى من القرن الواحد والعشرين، كما هو الحال بالنسبة لشركة أمريكان إنترناشيونال قروب، انرون وشركات أخرى مثل سيمنز وغيرها من الشركات الدولية. (لاركر و تيان، 2017، صفحة 17)

وهو ما يعني ان مثل هذه الفضائح تعكس عجز الرقابة الإدارية والمالية عن تجنب حالات الفساد المالي والإداري، وبالتالي إعلان الإفلاس وهو الأمر الذي لا يقتصر على الشركات الكبرى العالمية، بل يقع كثيرا المؤسسات الصغيرة والشركات الكبيرة أيضا سواء كانت عمومية أو خاصة.

إن مثل هذه الوقائع الاقتصادية تتطلب بالضرورة عملية مراجعة وتقييم جذري لأساليب الرقابة، والقوانين التنظيمية، والتشريعية المنظمة لعمل مجالس الإدارة والهيئات التنفيذية على مستوى مختلف الإدارات والمصالح.

وفي ظل الظروف السابقة تم تداول مفهوم الحوكمة بإعتبارها مجموعة القوانين والنظم والقرارات التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء، عن طريق اختيار الأساليب المناسبة والفعالة لتحقيق خطط وأهداف الشركة، كما أنها النظم التي تحكم العلاقات بين الأطراف الأساسية التي تؤثر في الأداء، وتشمل المقومات الضرورية لتقوية المؤسسة على المدى البعيد وتحديد المسؤول والمسؤولية. (مركز البحوث والدراسات، 2015، صفحة 17)

2.1. مفهوم وتطبيق الحوكمة في المستشفيات (الدعوة لحوكمة المؤسسات الصحية)

تعد الحوكمة في القطاع العام أحد الاستراتيجيات التنظيمية والإدارية التي تساعد الحكومات في تحقيق أهدافها التنموية، عن طريق إشراك المستفيدين من الخدمات العامة في إدارة شؤون الدولة. وعلى الرغم من أن حوكمة القطاع العام تتشابه مع حوكمة الشركات في الدعوة إلى الشفافية والافصاح، فإن الحوكمة في القطاع العام تشمل أيضا تطبيق مبادئ سيادة القانون والمحاسبة والمساءلة. وذلك بدعم وتعزيز مشاركة المواطنين ومنظمات المجتمع المدني ومؤسسات الأعمال في صياغة واعتماد السياسات العامة واتخاذ القرارات وتنفيذها (...). وفي العديد من الدراسات تم ربط النمو الاقتصادي وتحقيق مستويات متقدمة في مؤشرات التنمية البشرية والاقتصادية للدول بتحقيق مستويات متقدمة في مؤشرات قياس الحوكمة الرشيدة. لذا فان تطبيق الحوكمة ليس غاية بحد ذاته ولكن وسيلة لتعزيز جودة الخدمات

العامة والسيطرة على الفساد وتحقيق العدل والمساواة في تقديم الخدمات لكل الافراد من غير تمييز والوصول إلى مستويات متقدمة من التنمية المستدامة. (البسام، 2016، صفحة 11)

أما الحوكمة المؤسسية في المستشفيات فهي "تعبّر عن قرارات المستشفى التي تعكس مدى الانسجام بين الأهداف العامة للمستشفى والتزامه بالمسؤولية الاجتماعية، ومدى التزام الإدارة العليا بالمساءلة، علاوة على الاستخدام الكفؤ للموارد المادية والبشرية، ومشاركة العاملين في اتخاذ القرارات، ومراعاة التوازن بين احتياجات المستشفى واحتياجات الأطراف المعنية". (الدويري، 2015، صفحة 14)

وقد أدخلت الحوكمة السريرية أو الإكلينيكية أو الصحية في المستشفيات في البلدان المتقدمة من أجل رأب الفجوة بين الثقافتين (الاستشفائية) و(الإدارية)، وضم مهمتي الإدارة وضمان الجودة اللتين غالباً ما تكونان منفصلتين، بما في ذلك إشراك جهاز الصحة العمومية بالمستشفيات. وتقوم الحوكمة الصحية على أساس المبدأ القائل بأن المسؤولين عن تحسين نوعية الرعاية لابد لهم أيضاً من أن يكونوا قادرين على التأثير في استخدام الموارد. (منظمة الصحة العالمية، أوت 2009، صفحة 03)

ومن هنا يمكننا الجزم بان الحوكمة كانت سبيلا للمزج بين الإدارة الاستراتيجية والجودة من خلال جملة المبادئ التي تركز عليها والتي من شأنها تحقيق الهدف الأسمى للإدارة وهو تحقيق الأهداف بالنسبة للمؤسسات الصحية متمثلة في تحسين الخدمات الصحية وتوجيه الموارد بما يضمن الجودة والفعالية.

حيث نص اعلان الأمم المتحدة العالمي لحقوق الانسان عام 1948 على أن "لكل فرد الحق في مستوى معيشي من أجل الصحة والرفاه لنفسه ولأسرته، بما في ذلك الغذاء والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الضرورية، والحق في الامن في حالة البطالة والمرض، او العجز او التمرل او الشيخوخة او أي نقص آخر في سبل العيش في ظروف خارج إرادته"، كما حدد دستور منظمة الصحة العالمية لنفس السنة أن هدفه " بلوغ جميع الشعوب أعلى مستوى ممكن من الصحة، وأشار ان الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها التي لا يمكن الوفاء بها إلا بتوفير التدابير الصحية والاجتماعية الملائمة". (World Health Organization, July 2006, p. 02)

والهدف الرئيسي للحوكمة في المجال الصحي هو السعي لتحقيق الشفافية والمسؤولية والاستدامة حيث تعني الشفافية المصدقية ونشر المعلومات في الوقت المناسب الأمر الذي يعبر

عن وفاء المؤسسة الصحية بالتزاماتها ومسؤوليتها اتجاه البيئتين الداخلية والخارجية وهو ما يتيح لها العمل على استدامة خدماتها وضمان استمراريتها.

كما يقصد بحوكمة النظام الصحي هي "نظام القواعد والأنظمة والسياسات التي يتم من خلالها توجيه وتنظيم ومراقبة القطاع الصحي. وهي تشمل الآليات اللازمة لتحقيق التوازن بين سلطات مؤسسات الحوكمة، وواجبها الأساسي في تحقيق أهداف سياسات الصحة العامة التي تتوافق مع أعلى المعايير الدولية." (بلعادي وعقون، 10/11 أبريل 2018)

إن ادماج الحوكمة في المنظومة الصحية يركز بالأساس على الاستفادة من إيجابيات الإدارة الاستراتيجية والحوكمة في ضمان استقرار المؤسسة الصحية من خلال رضا العاملين والمتعاملين حيث تعمل على تعزيز مؤشرات الشفافية والمصداقية والعدالة والالتزام بالمسؤولية اتجاه البيئة الداخلية والبيئة الخارجية.

كما أن النجاح في تطبيق مفهوم الحوكمة الصحية يتطلب من المستشفيات إدماج الرقابة، وأداء الخدمات، والجودة الإكلينيكية معاً.. وتتألف الحوكمة الإكلينيكية من التعليم والتدريب، والمراجعة الصحية والفعالية الطبية، وإتاحة نتائج الأداء لتمحيصها من جانب جمهور الناس، والبحث والتطوير، وإدارة المخاطر التي يتعرض لها المريض والممارس والمؤسسة المعنية. (منظمة الصحة العالمية، أوت 2009، صفحة 07)

3.1. دور منظمة الصحة العالمية في ترقية خدمات الرعاية الصحية.

إن ترقية الصحة من أهم الأهداف التنموية الأساسية للدول والشعوب حيث تقوم هذه التنمية على ضرورات تعميم التعليم وترقية الصحة وضمان العيش الكريم والأمن الإنساني بما في ذلك السلام من الحروب والأمن الصحي والغذائي. ولا يمكن التطرق لموضوعي الأمن والتنمية دون الحديث عن دور وكالات الأمم المتحدة في ذلك، فمن اليونيسيف إلى اليونسكو، إلى الغات، إلى منظمة الصحة العالمية، تختلف الأدوار والمهام ولكن الهدف الذي يجمعها واحد وهو ضمان الرفاهية للإنسانية جمعاء واحترام حقوق الإنسان في التعليم والصحة والعيش الكريم في السلم والحرب.

"وما يميز الصحة العالمية هو وجود العديد من الفواعل وعلاقات القوة الجديدة التي تتعامل وتترابط مع بعضها البعض على المستوى العالمي، فالحوكمة العالمية تنطوي على نظام من القواعد والعمليات والمؤسسات التي تعمل على المستوى العالمي مع توفير إطار للتفاعل في اتخاذ

القرارات، فحوكمة الصحة العالمية تشير إلى استخدام الدول والمنظمات الحكومية وغير الحكومية ومختلف الفواعل للقواعد والعمليات والمؤسسات الرسمية وغير الرسمية في تعاملها مع التحديات العابرة للحدود في مجال الصحة" (سخري، 2021، الصفحات 294-295)

وتعمل منظمة الصحة العالمية على تحقيق التنمية الصحية" التي تفي باحتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال المستقبلية لتحقيق احتياجاتهم. وتقوم بدمج وتكامل الأهداف الخاصة بجودة الحياة، الصحة، رفاهية المجتمع، العدالة الاجتماعية، والحفاظ على قدرة عالمنا لدعم الحياة بجميع اختلافاتها، وتعتمد هذه الأهداف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية على بعضها البعض وهناك دعم متبادل بينها". (ايزو 26000، 2010، صفحة 04)

وبالتركيز على الصحة في ظل مفهوم الحوكمة، فنحن ملزمين بالتطرق لمنظمة الصحة العالمية ودورها في تعزيز وضمان الحد الأدنى من الخدمات الصحية، والتغطية الصحية الشاملة لكل سكان العالم، حيث تم إنشاء منظمة الصحة العالمية التابعة لهيئة الأمم المتحدة سنة 1948 ويعد يوم انشائها 7 أبريل هو يوم الاحتفال بيوم الصحة العالمي سنويا، وتضم 194 دولة عضوا وتمثل جمعية الصحة العالمية الجهاز الرئاسي المركزي للمنظمة، وتتألف منظمة الصحة العالمية من جمعية الصحة العالمية والدول الأعضاء والأمانة.

"تعمل مستويات المنظمة الثلاثة: المقر الرئيسي للمنظمة والمكتب الإقليمي والمكتب القطري، ككل متصل، مع تنسيق أدورا المنظمة ووظائفها تنسيقا وثيقا، حيث يشارك المستويان الإقليمي والقطري مشاركة فعالة في أداء الوظائف العالمية للمنظمة التي حددتها وثيقة السياسة العامة لتوفير الصحة للجميع. (الإدارة الصحية، 2007، صفحة 246)،

1.3.1. مهام منظمة الصحة العالمية وأهدافها:

-يجتمع ممثلي وفود الدول المنضوية تحت لواء منظمة الصحة العالمية كل سنة حيث تنظر الوفود في السياسات ومسارات العمل وتقدم المشورة بشأنها، لتتولى الأمانة بعد ذلك تنسيقها والإشراف عليها. وفي حين تستطيع المنظمة تقديم التوصيات واقتراح مسارات العمل، ولاسيما في الظروف غير المسبوقة التي تنطوي على مخاطر صحية عالمية، فإنها تعوّل على كل حكومة لتحديد استجابتها واتخاذ ما يلزم من إجراءات لتحقيقها.

-تتم دراسة الأمور المتعلقة بالصحة من حيث مسارات تطويرها وتعزيز التغطية الصحية لكل سكان العالم، وصياغة أهداف صحية جديدة، تتناسب والخصائص الصحية، والظروف السنوية، والتطلعات البشرية وتقديم الاقتراحات والتوصيات واسناد المهام لتحقيق الأهداف الصحية المنشودة، خاصة في ظل الطوارئ الصحية والمخاطر العالمية المفاجئة حيث تعمل على حث الدول والحكومات على الالتزام بجملة من التوصيات والإجراءات الصحية من أجل توثيق التعاون الدولي للتخفيف من حدة هذه الطوارئ والمشاكل الصحية.

ورسالة المنظمة هي تعزيز الصحة والحفاظ على سلامة العالم وخدمة الضعفاء. فالحصول على رعاية صحية ملائمة وميسورة التكلفة حق من حقوق الإنسان، والرعاية الصحية الشاملة مبدأ أساسي يسترشد به عمل المنظمة. (WWW.WHO.INT)

وقد قامت منظمة الصحة العالمية سنة 2015 بجملة من الإصلاحات لتبسيط وتعزيز الاستجابات للطوارئ من خلال انشاء صندوق احتياطي خاص للطوارئ بقيمة 100 مليون دولار امريكي في ماي 2015، ويهدف هذا الصندوق لمعالجة الفجوة الحرجة في تمويل عمل المنظمة في حالات الطوارئ الخاصة بالكوارث الصحية والأمراض الوبائية، وتم تقسيم ميزانية إدارة الأزمات على مستوى المنظمة إلى مجالين يشملان: ميزانية إدارة مخاطر الطوارئ وإدارة الأزمات (ERCM) وتشمل الدعم المقدم للدول الأعضاء للتأهب لحالات الطوارئ، وإلى مجموعة الصحة العالمية، وإلى الاستعداد التنظيمي للاستجابة، وإلى أدوات إدارة المعلومات، وإلى سياسات الطوارئ الصحية وإلى أنشطة الدعوة، و ميزانية التصدي للفاشيات والأزمات (OCR) التي تمكن المنظمة من الاستجابة لحالات طوارئ محددة وذات عواقب صحية، بما في ذلك الأزمات الإنسانية وحالات الطوارئ المفاجئة، مثل الزلازل والفيضانات والابوثة غير المتوقعة. (منظمة الصحة العالمية، 2016، صفحة 29)

وبحلول عام 2023، تهدف المنظمة إلى بلوغ أهدافها المليارية الثلاثة، التي تشمل ضمان استفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة، وتمتع مليار شخص آخر بمزيد من الصحة والعافية، وحماية مليار شخص آخر من الطوارئ الصحية على نحو أفضل. فنصف سكان العالم على الأقل يفتقرون إلى الخدمات الصحية الأساسية.

4.1. أهمية وفوائد تطبيق الحوكمة الاستشفائية:

تعد الحوكمة وسيلة فعالة لتعزيز مبادئ الشفافية والمساءلة وتحقيق التنمية الإدارية وفق آلية تسعى لإشراك أصحاب المصلحة في اتخاذ القرارات ورسم السياسات العامة، إضافة إلى وضع منهجية تهدف إلى الاستخدام الأمثل للموارد وتحقيق الفاعلية والكفاءة في أداء الأجهزة الحكومية. بالمقابل، فإن تحقيق التنمية بكافة أشكالها يتطلب توفير بيئة تنظيمية وإدارية تساعد على تطبيق مبادئ الحوكمة. (البسام، 2016)

وتساهم الحوكمة بشكل مباشر في تنمية الاقتصاد للدول من خلال العمل على تعزيز آليات الرقابة والمساءلة وتعزيز الشفافية والنزاهة مما يمكنها من المتابعة الفعالة لعمل الشركات ومراقبتها من أجل تقليل عوامل الفساد المالي والإداري، ويمكن تلخيص أهمية تطبيق حوكمة المؤسسات من قبل الدول فيما يلي:

- العمل على وضع إطار تنظيمي يمكن من خلاله تحديد أهداف المؤسسة وسبل تحقيقها من خلال توفير الحوافز المناسبة لأعضاء مجلس الإدارة التنفيذية لكي يعملوا على تحقيق تلك الأهداف التي تراعي مصلحة المساهمين. (سليمان، 2006، صفحة 30)
- رفع مستويات الأداء للشركات والمؤسسات وما يترتب عليه من دفع عجلة التنمية والتقدم الاقتصادي للدول التي تنتهي إليها، تلك الشركات.
- تعتبر حوكمة الشركات عنصرا مهما في زيادة الفعالية الاقتصادية وذلك من خلال تمكين الإدارة ومجلس الإدارة من تعقب الأحداث ذات الفائدة لكل من الشركة والمساهمين، كما تسهل الرقابة، مما يؤدي إلى تشجيع الشركات على الاستخدام الأمثل لمواردها. (adrian, 2003, p. 01)
- الشفافية والدقة والوضوح في البيانات المالية، وما يترتب على ذلك من زيادة ثقة المستثمرين بها واعتمادهم عليها في اتخاذ القرارات. (حماد، 2007، صفحة 15)
- جذب الاستثمارات الأجنبية وتشجيع رأس المال المحلي على الاستثمار في المشروعات الوطنية. (زايد، ترغيني، 6-7 ماي 2012)

الشكل رقم 02: فوائد تطبيق الحوكمة في المؤسسات الصحية



المصدر: (وزارة الصحة السعودية، 2020، صفحة 34)

5.1. أهداف ونتائج حوكمة المؤسسات الصحية:

إن تعميم مبادئ الحوكمة على المؤسسات الصحية من شأنه ان يضمن للمنظومة الصحية تحقيق الأهداف الاستراتيجية والنتائج الفعالة، وترتكز بالأساس على تحقيق الجودة في الخدمات الصحية والرضا من قبل الموظفين والمرضى وذلك من خلال:

- العمل على تحقيق العدالة التنظيمية والمعاملة العادلة بين مختلف الشرائح المهنية داخل المؤسسة الصحية من أطباء وممرضين وإداريين مما يعزز الشعور بالمواطنة التنظيمية لدى كافة أعضاء الطاقم الصحي للمستشفى وبالتالي دفعهم لبذل أكبر الجهود من اجل الحصول على أحسن المكافآت نتيجة تقديم أحسن الخدمات الصحية.

- تعزيز عوامل الشفافية والمصداقية داخل المؤسسات الصحية خاصة بالنسبة للإفصاح عن آليات تسيير ميزانية المستشفى وتوزيع الخدمات الاجتماعية ومعايير الترقية وتقييم الأداء مما يعزز الثقة بين العاملين وإدارة المؤسسات الصحية.

- تفعيل عمليات المراجعة والرقابة والتقييم والمساءلة لكل العمليات الصحية والمالية والإدارية الخاصة بالمؤسسات الصحية في إطار الأهداف المتوقعة والمحقة من خلال أداء العاملين بها ومدى الاستجابة للمتطلبات والتوقعات المسطرة في حدود الإمكانيات والوسائل والظروف المتوفرة لتحسين الأداء والخدمات ككل.

- "المزج بين الكم والكيف من خلال تحقيق التوازن بين القدرة الاستيعابية والمهارات عبر زيادة الطاقة الاستيعابية للمستشفيات ومؤسسات الخدمة والرعاية الصحية وجودة التعليم الجامعي الطبي والتكوين المهني الصحي للأطباء والممرضين والمسيرين عبر التكوين والتدريب المحلي والدولي لكوادر القطاع الصحي وزيادة جاذبية العمل في مجال التمريض كخيار مهني مضمون".
(وزارة الصحة السعودية، 2020، صفحة 48)

وحسب (حنتر وآخرون، 2014، صفحة 27) فإن اسى هدف للحوكمة المؤسساتية هو ضمان السمعة الجيدة للمؤسسة من خلال التحسين المستمر للأداء التنظيمي وهو الامر الذي يتحقق من خلال العمل على:

- ضمان وجود إدارة مهنية مستقلة تصدر التوجيه السليم وتشرف على عمل المؤسسة.
- إدخال نظم المراجعة وإدارة المخاطر بما يضمن اكتشاف وتحليل النتائج غير المرغوب فيها.
- دعم إدارة المعلومات وممارسات الإفصاح بهدف الارتقاء بالشفافية من أجل تحقيق إنتاجية أعلى وكفاءة وممارسات اتصال أفضل.
- حماية حقوق المالكين والمساهمين في المؤسسة الصحية وغيرهم من الأطراف المعنية بما يكفل استدامة وازدهار المؤسسة.
- تعزيز مبادئ المسؤولية والاستدامة والمشاركة لصالح الأطراف المعنية.

ويختصر (شعيب، 2013) اهداف الحوكمة في الإدارات الصحية باعتبار المستشفى تنظيم إداري خدماتي يقوم بالأساس على توفير كافة الخدمات الإدارية المساعدة في تقديم الخدمات الطبية والصحية. والحفاظ على البيئة الداخلية والبيئة الخارجية من خلال:

- زيادة حجم الخدمات: وذلك بتحقيق الطلبات المتزايدة للأنواع المستحدثة والمتطورة من الخدمات الصحية والطبية بالمستشفى، وذلك بتفعيل الأنشطة التوعيمية والتمويلية.
- رفع كفاءة الأداء: وذلك باختيار أحسن القيادات، وتوفير الاحتياجات المادية والإدارية والمستلزمات في الوقت المناسب والموقع المناسب للمستشفى.
- جودة الخدمات: وذلك من خلال تحقيق السيطرة على مدخلات ومخرجات الخدمات التي يقدمها المستشفى، وتطبيق معايير الجودة الشاملة على جميع طرق التشغيل ومراحلها المختلفة.
(شعيب، 2013، صفحة 77)

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

وبما أن الهدف الأساسي من الحوكمة الاستشفائية هو مواصلة تحسين نوعية الرعاية في المستشفى، فإن ذلك يتحقق بالسعي إلى تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

- ضمان عمليات تحسين الجودة التي تكتشف مشاكل ضعف الأداء في مرحلة مبكرة.
- تحديد وتعليم وتطوير الموظفين وتحديد أولوياتهما لضمان وجود قوة عاملة ذات كفاءة.
- إرساء نظم لدعم الممارسة القائمة على الأدلة والتوجيه من الطب القائم على الأدلة.
- توفير جميع المعلومات ذات الجودة للتحقق من الرعاية الاستشفائية.
- تشجيع ثقافة منفتحة وشفافة بحيث يتم مشاركة الحوادث التي تم تسجيلها والدروس المستفادة.

-ضمان إجراء تحليل منهجي للتعلم من الشكاوى والمعلومات والدعاوى والمطالبات ونشرها في جميع أنحاء مرفق الرعاية الصحية.

-ضمان التوزيع المنهجي للأفكار والابتكارات والممارسات الجيدة.

-كما تساعد زيادة ممارسات الحوكمة على الحد من الفساد، وتحسن من فرص الحصول على التمويل. (Health Sector Governance–Better Governance for

Better Health,2014, p. 35)

ثانياً: أساسيات ومرتكزات الحوكمة في المؤسسات الصحية

إن الحديث عن قواعد الحوكمة الصحية إنما هو بالأساس اشتقاق لمجمل المبادئ العامة الخاصة بحوكمة الشركات والمؤسسات، ثم القيام بإسقاطها على المؤسسات الخدمائية الصحية منها على وجه الخصوص، وبالعودة إلى مكونات القطاع الصحي فإننا نجد أنه يمزج بين المؤسسات الصحية ذات الطابع العمومي أو الحكومي التابع للدولة والقطاع الخاص التابع للملكية الفردية للأشخاص والجماعية ذات الصفة المعنوية الخاصة، وللقطاعين مفهوم مختلف عن الخدمات الصحية. ففي حين نجد المؤسسات الصحية الخاصة تركز على تقديم الخدمات مقابل الثمن أو الربح، تركز بالمقابل المؤسسات الصحية العامة والمستشفيات العمومية على ضمان الرعاية الصحية المجانية قدر المستطاع أو بمقابل رمزي بالنظر للطابع الاجتماعي للدولة وحق المواطنين في الصحة والرعاية الطبية، ومراعاة لهذا الاختلاف سنركز في تفصيل استراتيجية الحوكمة

الصحية على توضيح الإطار العام للخدمات الصحية المجانية التي تعكس الأداء الاجتماعي للمستشفيات العمومية.

1.2. مبادئ وقيم الحوكمة الصحية:

يعد إعلان ألما آتا لعام 1978 كمعلم رئيسي في القرن العشرين في مجال الصحة العامة، وحدد الرعاية الصحية الأولية على أنها المفتاح لتحقيق هدف الصحة للجميع، ومنه استمدت مبادئ وعوامل تعزيز الرعاية الصحية الشاملة، إذ يؤكد المؤتمر على أن:

-الصحة حق أساسي من حقوق الانسان،

- للناس الحق والواجب في المشاركة في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية الخاصة بهم
- الرعاية الصحية الأولية هي رعاية صحية أساسية تعتمد على أساليب وتقنيات عملية وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً، ومتاحة عالمياً للأفراد والعائلات في المجتمع من خلال مشاركتهم الكاملة وبتكلفة يستطيع المجتمع والبلد تحملها في كل مرحلة. وهي تشكل جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد ، وكذلك جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع.. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978)

تحدد منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (Organisation de cooperation et de developpement economique(OECD), 2004)ست مبادئ لحوكمة الشركات وهي:

1. ضمان وجود إطار فعال لحوكمة المؤسسات.
2. مسؤوليات مجلس الإدارة .
3. الإفصاح والشفافية.
4. دور أصحاب المصالح.
5. المساهمة العادلة للمساهمين.
6. حماية حقوق المساهمين.

الشكل رقم 03: مبادئ حوكمة الشركات حسب منظمة (OECD)

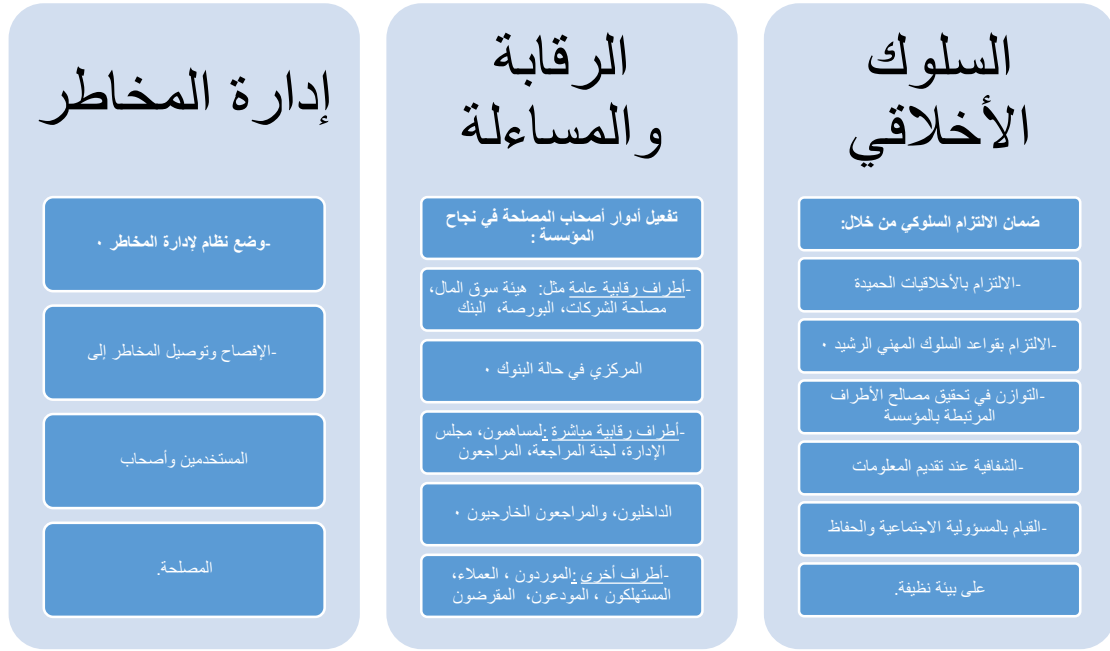


المصدر: (منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، 2004)

ولكن بما ان موضوع بحثنا يركز على الحوكمة بالنسبة لمؤسسات الخدمات الصحية المتعارف على تسميتها بالحوكمة الصحية فلا بد من محاولة تكييف محتوى هذه المبادئ مع خصوصية المؤسسات الصحية التابعة للدولة، والتي تضمن الطابع المجاني لخدماتها الصحية في الغالب.

كما ويجب الإشارة إلى التدخل الكبير والتقاطع المشترك بين مبادئ الحوكمة التنظيمية وأبعاد المسؤولية المجتمعية او الاجتماعية حيث ينبغي " أن تقوم الحوكمة الفعالة على دمج المسؤولية الاجتماعية في صنع القرار وتنفيذه، وهذه المبادئ هي: القابلية للمساءلة والشفافية والسلوك الأخلاقي واحترام مصالح الأطراف المعنية واحترام سيادة القانون في عملية اتخاذ القرارات وتنفيذها واحترام المعايير الدولية للسلوك واحترام حقوق الانسان، بالإضافة إلى هذه المبادئ ينبغي أن تنظر المؤسسة في الممارسات والمواضيع الجوهرية وقضايا المسؤولية الاجتماعية عندما تقوم ببناء ومراجعة نظام حوكمتها. (ايزو 26000، 2010، صفحة 22)

الشكل رقم 04: ركائز حوكمة المؤسسات



المصدر: (حماد، 2005، صفحة 47)

1. حوكمة المؤسسات والحوكمة الإكلينيكية:

تعد الحوكمة المؤسسية ثقافة ونهج عمل متكامل وهي ليست مجرد إلتزام بمجموعة من القواعد، فالحوكمة المؤسسية ثقافة لا بد أن تنبع من قيم إطارات المؤسسة وعمالها كما ان الحوكمة كنظام لا بد ان تلبى احتياجات الشركة وتحقق أهدافها وتشجعها على الحفاظ على تواجدها وليس ضمان بقائها فقط. بل لا بد ان تعمل استراتيجيات الحوكمة على زيادة قدراتها التنافسية وتحسين سمعتها كما هو الحال بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة حيث تتزايد فيها حدة المنافسة والسعي للتميز عبر تقديم خدمات أجود رغم الطابع الربحي لمثل هذه المؤسسات والعيادات الطبية الخاصة فالمواطنين يلجؤون إليها وفق إمكانياتهم المالية طلبا للعلاج وإيجاد حلول عاجلة لحالاتهم الصحية رغم المقابل المالي بدلا عن الانتظار في المؤسسات الاستشفائية العمومية رغم طابعها المجاني وبالتالي فالحوكمة الجيدة هي التي تؤدي إلى تحقيق نتائج ومخرجات جيدة، حيث تعرف الحوكمة المؤسسية على أنها "مجموعة من الأسس والمبادئ تنظم العلاقة بين ملاك الشركة وكافة الأطراف التي تتعامل معها بهدف تحقيق أهداف الشركة والحفاظ على حقوق كافة الأطراف". (الريس، مارس 2018، صفحة 30)

يرتكز هذا المبدأ على ضرورة وجود إطار فعال للحوكمة الصحية من خلال القيام بصياغة خطط واضحة الأهداف على المديين المتوسط والبعيد لتطبيق الحوكمة وتعميمها من قبل

الإدارات العليا التي تقع على عاتقها مسؤولية النهوض بالمؤسسة وتحسين أداء عمالها من خلال توفير مجموعة من المتطلبات القانونية والتشريعية بهدف تدعيم سياسة الإصلاح وتعديل الهيكل التنظيمي وإعادة توزيع المهام وفق تسلسل هرمي واضح يحدد الواجبات والحقوق والتطبيق الفعلي للقوانين التنظيمية التي من شأنها تفعيل الالتزام القانوني والاطلاع الدائم والدوري على مستجدات المناجمنت وإدارة الأعمال من أجل تكييف أساليب التسيير وفق ما يتوافق مع آليات تحسين الأداء الاجتماعي للمؤسسات الاستشفائية وتحقيق الجودة والنوعية في طبيعة الخدمات الصحية المقدمة ولا يتم ذلك إلا بتوفير القيادة الإدارية المؤهلة لرفع شعار الجودة وترجمته في سلوكيات وإجراءات فعلية قادرة على التغيير نحو الأفضل والتحول من ثقافة الجودة إلى ثقافة الحوكمة باعتبار الجودة جزء من مفهوم أشمل وهو الحوكمة وبالنسبة للمستشفيات العمومية فإن وزارة الصحة ومدراء المستشفيات والأطباء هم المسؤول الأول المباشر والفعلية القائم على صياغة استراتيجية تحديث وتطوير القطاع الصحي وضمان تطبيق فعال لحوكمة المؤسسات الصحية والسهرة على تنفيذه من قبل مختلف المصالح الوزارية والصحية حيث " تؤدي حوكمة المؤسسات إلى تحسين سمعة المؤسسة، وتقليل المخاطر لأدنى حد، وتدعم الاستدامة في المدى الطويل، الأمر الذي يضمن الاضطلاع بدور المستشفى في المجتمع. وعمليا، يعمل إطار حوكمة المؤسسات للمستشفى على تحقيق التوازن بين مبادئ الكفاءة الاقتصادية والاستدامة المالية من جانب، وبين القيم الاجتماعية وخدمة المرضى من جانب آخر". (حنتر و آخرون، 2014، صفحة 26)

وضمن ضمن نماذج الحوكمة الجديدة أصبحت إدارة المخاطر من مهام لجنة الحوكمة الصحية، وأصبحت توكل لها مهام ضمان الجودة، والرقابة المالية، والإدارية، وإدارة المخاطر أيضا ، لذلك لا بد ان يتأسس لجنة الحوكمة المتكاملة شخص تنفيذي يمتلك دراية كافية بالمسائل المالية، والعيادية على حد سواء، لكون الحوكمة تسعى لتأمين سلامة المرضى وليس تحقيق العوائد المالية لأن جعلها الأساس سوف ينعكس سلباً على المرضى.(دامازر، 2009، صفحة 29)

2. مجلس الإدارة:

تجدر الإشارة أولاً إلى ان مهام ووظائف مجلس إدارة المؤسسات الصحية ذات الملكية الخاصة يختلف عن تلك المهام التي يتولاها مجلس الإدارة في المؤسسات الاستشفائية العمومية حيث ان هذه الأخير تتولى السهر على تطبيق رؤية وزارة الصحة المسؤولة عن تسيير المستشفيات للمخطط الاستراتيجي للدولة ككل الذي يهدف بالأساس لإصلاح المستشفيات وتحقيق جودة

الرعاية الصحية من خلال الرفع من معدلات الصحة العامة للمواطنين من خلال تقليل معدلات الوفيات والاصابات بالأمراض المعدية وجودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.

وتقع على مجلس الإدارة المسؤولية الكاملة عن عمل المستشفى. ويضمن مجلس الإدارة سلامة الإجراءات المالية، ويضمن تحقيق مصالح الملاك والمساهمين والمرضى والعاملين وغيرهم من الأطراف المعنية، ومجلس الإدارة هو الذي يصوغ الأهداف الاستراتيجية للمستشفى، إلى جانب الإشراف على الإدارة التنفيذية، وهو من يضمن ويتأكد من فعالية نظم الرقابة الداخلية، وتطابق أنشطة المستشفى مع السياسات والإجراءات المقررة من مجلس الإدارة والمتطلبات القانونية والرقابية. (حنتر وآخرون، 2014، صفحة 42)

إن مجالس إدارة المؤسسات الصحية يجب ان تكون لديها سياسة قوية للمسؤولية الاجتماعية تساعد على وصول الخدمات الصحية لبعض الفئات غير القادرة، ويجب أن تكون هذه المؤسسات قادرة على التعامل مع الأبعاد السياسية والاجتماعية المرتبطة مباشرة بمجال عملها، إن الصحة متداخلة عمليا مع جميع التخصصات وتعتبر جزء لا يتجزأ من كل الكيانات المؤسسية، لما لها من أبعاد اجتماعية وثقافية واقتصادية، وتحتاج لخبرات في مجالات الإدارة والتمويل والمحاسبة، والانثروبولوجيا الثقافية وعلم الاجتماع، والتحليل الجغرافي، وتكنولوجيا المعلومات والاتصال، والاعلام والتسويق الاجتماعي، والفندقة، بالإضافة للحاجة لتوافر المعلومات الكافية في مجال الطب والصيدلة والتكنولوجيا الحيوية والبحث العلمي، وبرامج التنمية المهنية المستديمة للأطباء والمرضى. (حنتر، 2009، صفحة 30)

3. المراجعة الداخلية والخارجية:

تعتبر أطر المراجعة والرقابة وظائف رئيسية للحوكمة السليمة، ومن ثم كانت أهميتها الكبيرة لجميع المؤسسات. وتصبح هذه الأطر أكثر أهمية في المستشفيات، حيث لا يسمح إلا بهامش ضئيل من الأخطاء في مجال عملها، بسبب طبيعة التزاماتها الخاصة تجاه المجتمع، حيث "تساعد الممارسات السليمة للمراجعة الداخلية والخارجية في زيادة الكفاءة والربحية، وتجلبان في نجاح المؤسسة وتقليل التكاليف التي يتحملها المرضى. فهذه الممارسات تقيّم وتقدر المجالات التي تتطلب تحسينات والفرص غير المستغلة، وكذلك اكتشاف السلوكيات غير المرغوبة واللاأخلاقية في المستشفى. والهدف من أطر الرقابة السليمة هو متابعة فعالية وكفاءة العمليات والالتزام بتطبيق القوانين واللوائح المعمول بها. وهكذا تساعد في ضمان عمل المستشفى حسب المأمول". (حنتر وآخرون، 2014، الصفحات 57-58)

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

ولابد من التكامل بين عمل المراجع الداخلي والمراجع الخارجي من خلال الاجتماعات الدورية حيث تمكن كل منهما معرفة أساليب وإجراءات ونطاق عمل الآخر، وكذلك معرفة مستوى الخبرة والمهارة التي يتمتع بها الطرف الآخر، وعلى ضوء ذلك يقوم الطرفين بتنسيق أعمالهما، وبالتالي الاطمئنان إلى أن تغطية المراجعة شاملة، واتخاذ كل طرف قراره بمدى اعتماده على عمل الآخر. ولضمان فعالية التكامل من خلال هذه الوسيلة، فإنه لابد من حصول قناعة وقبول معقول لبرامج مراجعة واوراق عمل المراجعين الداخلي والخارجي لكل منهما . (ثائر، سبتمبر 2019، صفحة 16)

وبالعودة لمفهوم المراجعة الصحية فهي تعتبر إحدى الاستراتيجيات الرئيسية لتحقيق الجودة عبر السهر على التحسين المستمر في الخدمات الصحية من خلال: تم تغيير الصياغة -وضع معايير واضحة لتقييم الأداء، والاستناد إلى القوانين الدولية بما لا يتعارض مع الخصوصية المحلية.

- الاستناد إلى الفجوة بين الأداء المأمول والأداء الفعلي من أجل صياغة استراتيجيات التحسين وترتيب الأولويات وفق ذلك.

-المراجعة والرقابة الدورية للسجلات والشكاوي والقيام بسبر آراء المرضى حول رضاهم من عدمه عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة. (حنتر وآخرون، 2014)

الشكل رقم 05: نظام الفحص والتقارير من أجل التقييم والتقويم المستمر



المصدر: من إنجاز الباحثة بناء على (حنتر وآخرون، 2014)

4. المساءلة:

لتوضيح تأثير المساءلة الاجتماعية على أداء العيادات الصحية فقد قام بيرجمان وسفينسون Björkman and Svensson بدراسة ميدانية في أوغندا بهدف الرصد المجتمعي للعيادات الصحية لتشجيع التعاقد المحلي بين المجتمعات المحلية والعاملين المحليين في مجال الصحة، وتم اختبار عملية رصد مجتمعية ترمي إلى تشجيع الإعراب عن الصوت وتجنب الاستحواذ من النخبة وتيسير حوار دوري مع العاملين في مجال الصحة "اجتماعات التواصل" ("interface meetings" وكانت الآثار هائلة، بما في ذلك خفض معدل وفيات الرضع (33%) في مراكز العلاج في المجتمعات المحلية، وزيادة استخدام خدمات العيادات الخارجية (41%)، والتحسين الشامل لممارسات العلاج الصحي (معدلات التلقيح، ووقت الانتظار، والتغيب عن العمل). وقد أمكن تحقيق ذلك عن طريق الإعراب عن الصوت، وذلك من خلال مناقشة مجتمعية تتسم بالشمول وتقييم لأداء الخدمات، وتعزيز ذلك من المحاورين الذين سهلوا التفاوض مباشرة بشأن الإجراءات المتوقعة مع موفري الخدمات، الذين حصلوا على المعلومات من خلال الإعلان العام عن التباين ما بين تصورات العاملين في مجال الصحة والمجتمع المحلي للأداء العام. وتمثلت الحوافز الرئيسية في المكافآت والجزاء الاجتماعية. وبالتالي أكدت الدراسة ان المراقبة المجتمعية تمنح أصحاب المصلحة مجموعة من المعلومات بشأن سلوك الموظفين تمكنهم من اتخاذ إجراءات مناسبة لتحسين الخدمات. كما تم انتخاب ممثلين للمجتمعات المحلية في عملية الرقابة اللاحقة بعد حل أكثر من ثلث لجان المراقبة التي لم تكن فعالة في التقييم والمشاركة (فوكس، 2014، الصفحات 20-21).

ويمكننا ذكر الإجراءات المعززة للمساءلة فيما يلي:

- وضع مدونات لقواعد السلوك التي تحترم مبادئ الحوكمة، واطهار سلطة عمليات صنع القرار في مجال الحوكمة ودعم تنفيذها؛
- تضمين المساءلة في المؤسسات عن طريق إيجاد سبل لتبادل المعلومات والسلوكيات المجزية التي تعزز مبادئ الحوكمة
- تقديم جميع التقارير على الموارد المالية، والأنشطة، والخطط المتاحة للجمهور، ومشاركتها رسمياً مع أصحاب المصلحة والموظفين وهيئات الرقابة العامة، ووسائل الإعلام؛
- مشاركة أصحاب المصلحة الآخرون بالمثل؛
- إنشاء عمليات الرقابة والمراجعة لتقييم أثر وملاءمة القرارات المتخذة بانتظام.

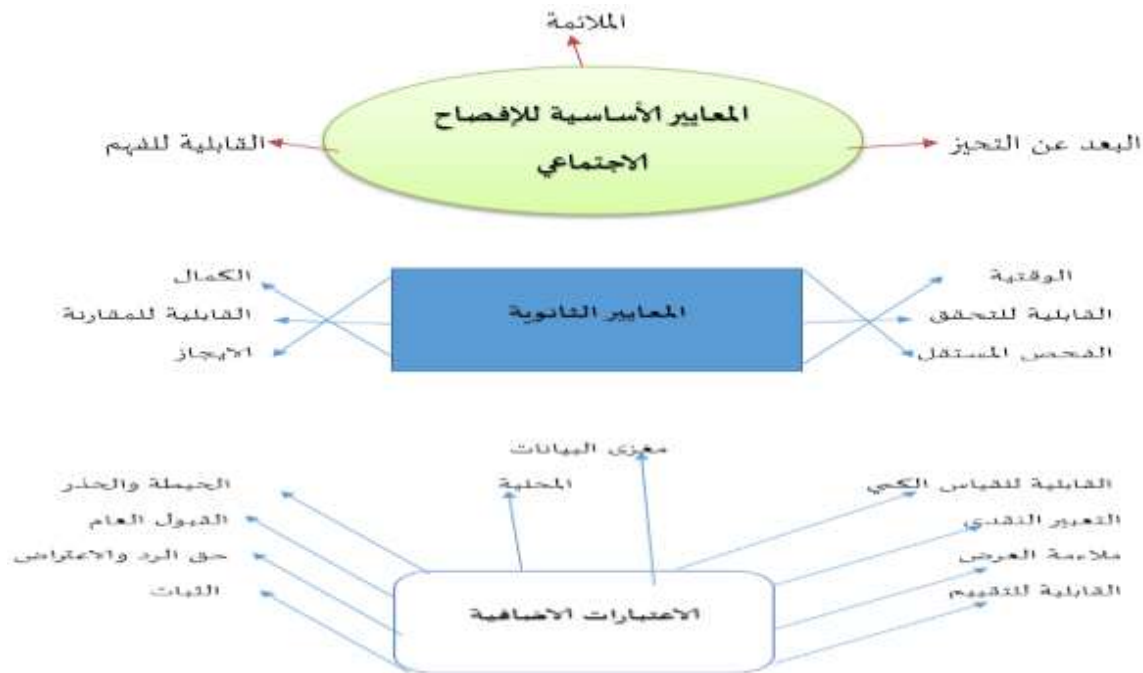
الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

- إنشاء عملية تشاور رسمية يمكن من خلالها لأصحاب المصلحة التعبير عن انشغالهم.
- الحفاظ على ثقافة النزاهة والانفتاح التي تخدم المصلحة العامة. (بلعادي و عقون، 10/11 أبريل 2018، صفحة 07)

5. الإفصاح والشفافية:

لابد من التذكير أولاً أن الإفصاح والشفافية كانا في السابق يقتصران على عرض الجوانب التقارير المالية والمحاسبية للشركات من أجل اطلاع ارباب المؤسسات على الوضعية المالية لمؤسساتهم، لكنه في ظل تطور مفاهيم الإدارة وظهور لحوكمة الشاملة وتزايد الدعوة لتبني المسؤولية الاجتماعية من قبل مختلف الفواعل في المجتمع، أصبحت تقارير الإفصاح تتضمن عرض والابلاغ عن التكاليف المالية والامكانيات والموارد المتاحة والأهداف والنتائج وحتى المخاطر، كما يتم تقديمها لكل أصحاب المصالح بما فيهم العاملين والمتعاملين والدولة والمجتمع المدني، لتوضيح مدى سعي هذه المؤسسات لترسيخ ممارسات الحوكمة والتنمية المستدامة، من خلال تعزيز سبل الوفاء بالتزاماتها ومسؤوليتها الاجتماعية والبيئية والقانونية إلى جانب الاقتصادية. والشكل الموالي يوضح المعايير التي يجب ان تتسم بها تقارير الإفصاح الاجتماعي

الشكل رقم 06: المعايير المحددة للإفصاح الاجتماعي



المصدر: من انجاز الباحثة بناء على: (الزامل، 2015، الصفحات 88-89)

وقدر الباحث " ريموند بيكر " في كتابه " capitalism achilles heel « رئيس منظمة "النزاهة المالية العالمية" أن خسائر الدول النامية من الأموال في السوق العالمية والدول المتطورة يقارب 500 بليون دولار سنويا، إذ تدفع الدول النامية عن كل دولار تأخذه مساعدات عشر أضعاف ما أخذت في شكل عوائد ومدفوعات عما أخذته.

كما أكد " دنيال كوفمان " على أهمية بناء نظرة متكاملة عن مكافحة الفساد يتجاوز الفساد البيروقراطي إلى تلك الأشكال من الفساد التي تؤثر سلبا على الإدارة الرشيدة لموارد الدولة على اختلافها. (درويش ، 2009 ، صفحة 13)

6. إدارة المخاطر الصحية:

إن واقع المنظومة الصحية في البلدان النامية على وجه الخصوص يتطلب اهتماما أكبر بإدارة المخاطر الصحية إذ نجد أن سوء حالة البنية الأساسية و المعدات وعدم ضمان امدادات الادوية وعدم ضمان جودتها، والنواقص في إدارة النفايات ومكافحة العدوى، وضعف أداء العاملين نتيجة انخفاض الحوافز وعدم كفاية المهارات التقنية ... كل هذا يزيد من احتمال وقوع المخاطر الصحية والاطباء المهنية والطبية والاحداث الضرة او السلبية، وتشير منظمة الصحة العالمية على أن البلدان النامية تمثل نحو 77% من كل حالات الادوية المغشوشة والمتدنية الجودة المبلغ عنها ، و50% على الأقل من المعدات الطبية في معظم هذه البلدان غير قابل للاستخدام أو لا تستخدم إلا استخداما جزئيا مما يؤدي إلى اهمال المرضى او زيادة وقوع الضرر بهم وبالعاملين الصحيين. (الإدارة الصحية، 2007 ، صفحة 401)

وتعتبر المؤسسات الصحية والمستشفيات منشأ للعديد من الأخطار والتهديدات التي تعيق سيرها العادي منها على وجه المثال نجد أخطارا بيولوجية (العدوى بجراثيم وفيروسات مختلفة)، كيميائية (قد تكون ناجمة عن الأدوية ومحاليل الاختبار والتحليل الكيماوية)، إشعاعية (نتيجة الكشف والعلاج بالأشعة)، نفسية (ناجمة عن الضغوط المهنية والارهاق في ظل نقص وسائل الراحة والمشاكل في العمل).

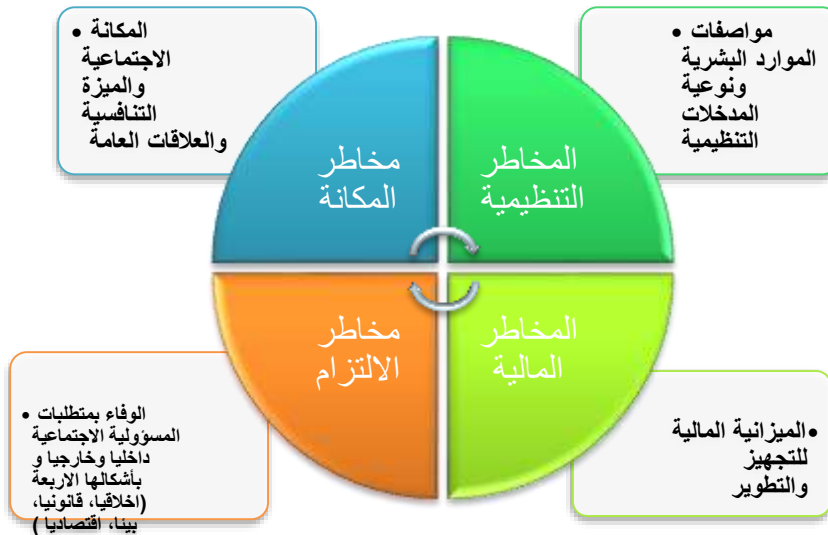
وبالنظر لوجود مثل هذه المخاطر والتهديدات باستمرار في المؤسسات الصحية فلا بد من وجود إدارة للمخاطر في الهيكل التنظيمي لهذه المؤسسات حيث تعمل على "تقليل تعرض المرضى وكل العاملين بالمستشفى لهذه المخاطر ، ويجب وجود إداريين مسؤولين ومسؤولية مباشرة عن إدارة المخاطر والتأكد من أن أماكن العمل خالية من المخاطر وذلك يشمل اكتشاف أي وضع قد

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

يؤدي إلى مخاطر للعاملين او للمرضى والعمل للتخلص من الخطر والاستفادة من التجارب السابقة والتأكد من أن القرارات اللازمة قد اتخذت لمنع تكرار حدوث هذه المخاطر مرة أخرى. (مرقص، 2019)

"تتمثل المخاطر التي تواجه أي مؤسسة في احتمالية حدوث كلاً من الخسائر النمطية التي تحدث أثناء سير العمل، والخسائر الناجمة عن الاحداث غير المرجحة وغير المتوقعة إطلاقاً (ما يطلق عليها البجعات السوداء، او القيم المتطرفة). تنشأ المخاطر بصورتها بشكل طبيعي من طبيعة الأنشطة التي تشارك فيها الشركة ومن الطريقة التي تنتهجها لتحقيق أهدافها. لا يمكن فصل المخاطر عن إستراتيجية المؤسسة وعن عملياتها بل إنها سمة أساسية من سمات عملية صنع القرار التنظيمي." (لاركو وتيان، 2017، صفحة 224)

الشكل رقم 07: أنواع المخاطر في المؤسسات الخدمائية



المصدر: من انجاز الباحثة

ولتجنب الكوارث الصحية والبيئية الناجمة عن بعض الوسائل المستعملة في التشخيص الطبي والعلاج لابد أيضا من إدارة وتسيير النفايات الطبية والتي تعرفها منظمة الصحة العالمية ب: جميع النفايات التي تنتج عن مرافق ومؤسسات الرعاية الصحية ومراكز البحث والمختبرات، وهي تقسم لصنفين:

1- المصادر الرئيسية المنتجة للمخلفات الطبية: تتمثل في: المستشفيات الجامعية، المستشفيات العمومية والجوارية، مؤسسات الرعاية الصحية كخدمات الرعاية الطبية الاستعجالية،

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

عيادات الامومة والتوليد، مراكز تصفية ونقل وغسيل الكلى، الخدمات الطبية العسكرية، المختبرات الطبية ومراكز الأبحاث، مراكز التشريع ومستودعات حفظ الجثث، أبحاث الطب والبيطرة الخاصة بالحيوانات، بنوك الدم...

ب-المصادر الثانوية لنفايات الرعاية الصحية: مؤسسات الرعاية الصحية الصغيرة، مثل مكاتب الأطباء وعيادات طب الأسنان، المعالجة بالخز بالإبر، مؤسسات الرعاية الصحية المتخصصة، مستشفيات الامراض النفسية والعقلية، الأنشطة التي تشمل ادخال وريدي او تحت الجلد مثل دور التجميل لثقب الاذن والوشم، خدمات الجنائز والعلاج المنزلي.

(منظمة الصحة العالمية، الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية، 2006)

الشكل رقم 08: إطار إدارة المخاطر حسب لجنة المنظمات الراعية



المصدر: من انجاز الباحثة بناء على (لاركر وتيان، 2017، صفحة 228)

وفي سياق الاهتمام بدور إدارة مخاطر الكوارث في تعزيز الصحة الوقائية عقد مؤتمر سينداي باليابان في مارس 2015 ، وفيه حددت منظمة الصحة العالمية إطار شامل للمستشفيات الآمنة من المخاطر والكوارث، ومن بين أهداف هذا الإطار مايلي:

- تمكين المستشفيات من مواصلة العمل وتوفير الرعاية المناسبة أثناء حالات الطوارئ والكوارث وبعدها.
- حماية العاملين الصحيين، والمرضى والأسر.
- حماية الموارد المادية لأبنية المستشفيات، والمعدات والوظائف الحيوية.

• جعل المستشفيات آمنة وقادرة على الصمود في وجه المخاطر المقبلة ، بما في ذلك ما يتعلق منها بتغير المناخ. (منظمة الصحة العالمية، 2016، صفحة 23)

وتشمل حوكمة المخاطر أصحاب المصلحة الداخليين والخارجيين، ولضمان وجود نموذج حوكمة متين وفعال، فمن المهم ان لا يكون هناك تضارب في المصالح، والأدوار والمسؤوليات، وأن ترتبط هذه الأخيرة بشكل مباشر بالصلاحيات، وينصح بإعتبار الضوابط الداخلية والإدارة التنفيذية خط دفاع أول، وإدارة المخاطر والإلتزام القانوني، وغيرها من الوظائف الرقابية هي الخط الثاني للدفاع، والمراجعة الداخلية خط الدفاع الثالث. (الدليل الاسترشادي لإدارة المخاطر، صفحة 17)

7-مسؤولية واستدامة المستشفى:

تسهم الممارسات السليمة لحوكمة المؤسسات في تحسين الاستدامة التنظيمية، وهو ما يعني ضمان قيام المستشفى بأنشطته وتحقيق أهدافه الحالية دون المساومة على أهدافه المستقبلية. مع التأكيد على أهمية تحقيق الاستدامة التنظيمية خاصة في مجال المستشفيات. وذلك يعود للدور الاجتماعي للمستشفيات من خلال الخدمات الصحية التي لا يمكن الاستغناء عنها في حالة الفشل التنظيمي. وبالتالي فللاستدامة أثر إيجابي على القدرة التنافسية للمستشفى في الأجل الطويل. (حنترو وآخرون، 2014، صفحة 16)

ويرى "هاليغان" وآخرون " أن القيادة الفعالة، والتخطيط للجودة، والاستخدام الفعال للبيانات والمعلومات في اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسات، وتدريب الموظفين والقوى العاملة الفعالة ، والتركيز على المرضى ، وتقييم الخدمات لتحقيق أداء أفضل بانتظام ، وقياس النجاح المتحقق هي سمات رئيسية في المستشفيات تدل على التنفيذ الناجح للحوكمة الاستشفائية. (sayed, et al., 2014, p. 494)

الشكل رقم 09: مبادئ حوكمة القطاع الصحي



المصدر: (وزارة الصحة السعودية، 2020، صفحة 38)

2.2. الأطراف المعنية بتطبيق الحوكمة في المستشفيات:

إن الدول التي تسجل مستويات متقدمة من مؤشرات التنمية تولى أهمية كبيرة لإشراك المستفيدين من الخدمات العامة في صياغة وإقرار وتنفيذ والرقابة على تقديم هذه الخدمات بالمقابل فإن الدول النامية مازالت تبحث عن آلية تناسب تركيبها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية سعياً لتفعيل إشراك المنظمات غير الحكومية والأفراد في إدارة شؤون الدولة. إن تطبيق الحوكمة على المستوى المحلي يعني التوجه نحو اللامركزية الإدارية مما قلل العبء على الحكومة المركزية في إدارة شؤون الدولة بالإضافة إلى أن سكان المنطقة أو الإقليم هم الأكثر خبرة في إدارة شؤونهم المحلية وتحديد البرامج والمشروعات التي تلبي احتياجاتهم، طبعاً مع وجود إشراف وتنسيق من قبل الحكومة المركزية (البسام، 2016، صفحة 13)

وهناك أربعة أطراف رئيسية تتأثر وتتأثر في التطبيق السليم لقواعد الحوكمة وتحدد مدى النجاح أو الفشل في تطبيق هذه القواعد وهم: (سليمان، 2006، الصفحات 17-18)

-**المساهمين "Shareholders"**: وهم من يقومون بتكوين رأس المال للشركة عن طريق ملكيتهم للأسهم مقابل الحصول على الأرباح، وأيضاً تعظيم قيمة الشركة على المدى الطويل وهم من لهم الحق في اختيار أعضاء مجلس الإدارة المناسبين لحماية حقوقهم.

مجلس الإدارة "Board of Directors": وهم من يمثلون المساهمين وأيضا الأطراف الأخرى مثل أصحاب المصالح ومجلس الإدارة يقوم باختيار المديرين التنفيذيين والذين يوكل إليهم سلطة الإدارة اليومية لأعمال الشركة، بالإضافة إلى الرقابة على أداءهم، كما يقوم مجلس الإدارة برسم السياسات العامة للشركة وكيفية المحافظة على حقوق المساهمين.

الإدارة "Management": وهي المسؤولة عن التسيير الفعلي للمؤسسة وتقديم التقارير الخاصة بالأداء إلى مجلس الإدارة، وهي المسؤولة عن تعظيم أرباح الشركة وزيادة قيمتها بالإضافة إلى مسؤوليتها اتجاه الإفصاح والشفافية في المعلومات التي تنشرها للمساهمين.

أصحاب المصالح "Stockholders": وهم مجموعة من الأطراف لهم مصالح داخل الشركة مثل الدائنين والموردين والموظفين، ويجب ملاحظة أن هؤلاء الأطراف يكون لديهم مصالح قد تكون متعارضة ومختلفة في بعض الأحيان، فالدائنون على سبيل المثال يهتمون بمقدرة الشركة على السداد، في حين يهتم العمال بمقدرة الشركة على الاستمرار.

"بشكل عام فإن الحوكمة تعني وجود نظم تحكم العلاقات بين الأطراف الأساسية في الشركة (أعضاء مجلس الإدارة، الإدارة التنفيذية، المساهمين...إلخ) بهدف تحقيق الشفافية والعدالة ومكافحة الفساد، ومنح حق مساءلة إدارة المؤسسة لحماية المساهمين والتأكد من أن الشركة تعمل على تحقيق أهدافها واستراتيجياتها طويلة الأمد" (أساسيات الحوكمة، صفحة 05)

وبالعودة إلى المؤسسات الصحية فإن الاطراف المعنية بتطبيق الحوكمة في المستشفيات، تختلف منها في المؤسسات العمومية عن تلك المستشفيات والعيادات الخاصة، بسبب طبيعة الملاك والمساهمين، وبسبب طبيعة الأهداف أيضا، ففي حين تطمح المؤسسات الصحية الخاصة لتحقيق الميزة التنافسية التي تمكنها من كسب المزيد من العملاء الطالبين لخدماتها الصحية وهم المرضى مقابل أسعار تحددها المؤسسة، نجد في المقابل المؤسسات الحكومية او العمومية التي تسعى لترقية خدماتها الصحية لمستوى الجودة رغم انها تقدم للمواطنين بصفة مجانية ولا يربح مادي لها سوى الوفاء بدورها الاجتماعي اتجاه المجتمع.

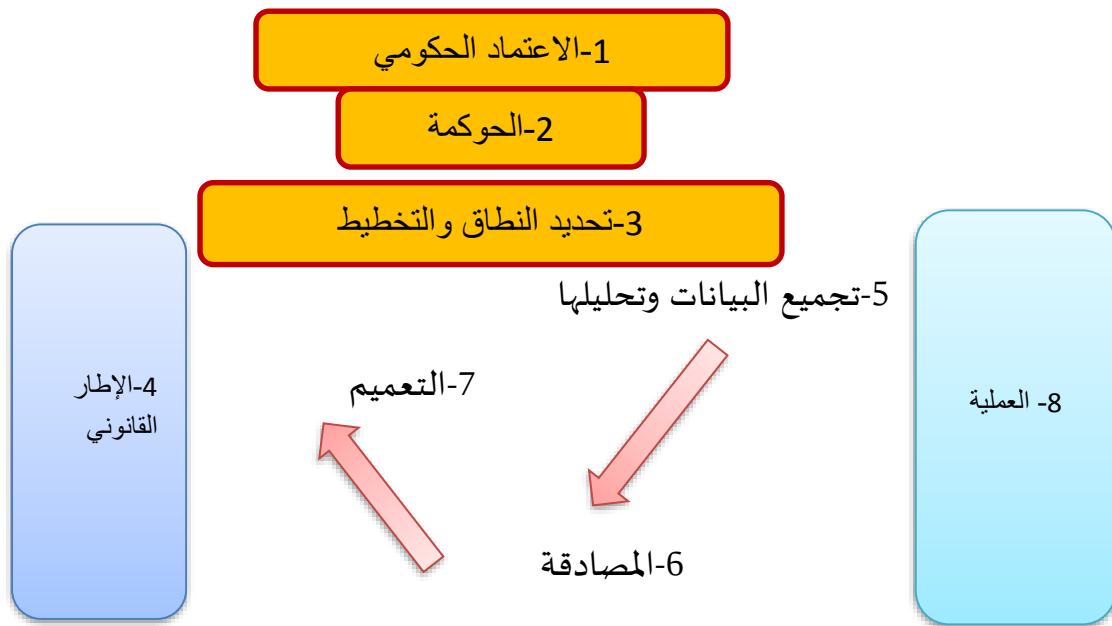
كما ان المساهمين في القطاع الصحي العام هم الدولة بصفة مباشرة ممثلة في وزارة الصحة حيث تخصص اعتمادات مالية من ميزانية الدولة لوزارة الصحة من أجل أداء خدماتها وشراء المعدات الطبية اللازمة وبناء وتوسعة المستشفيات وفق احتياجات المجتمع ويتم ذلك وفق

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

معايير الكثافة السكانية والمنطقة الجغرافية واحتياجات السكان حيث تقوم الدولة بإنشاء المستشفيات العمومية المتخصصة والعامّة في الولايات والمدن الكبيرة ونجد أيضا مؤسسات الصحة الجوارية والعيادات متعددة الخدمات.

في حين يفتح المجال للاستثمار في المجال الصحي للقطاع الخاص سواء كان افراد او مؤسسات خاصة تقوم بإنشاء مراكز صحية ومستشفيات لتقديم خدمات صحية تنافسية من حيث الجودة والأسعار وهي ليست مجانية بل بمقابل مادي.

الشكل رقم 10: المنظومة الاستراتيجية للحوكمة الصحية وفق رؤية منظمة الصحة العالمية



الخطوات اللازمة لرصد واستخدام بيانات القوى العاملة في مجال الصحة

المصدر: (منظمة الصحة العالمية، 2021، صفحة 18)

3.2. العوامل المحددة لحوكمة المؤسسات الاستشفائية:

أ- العوامل والمحددات الخارجية:

لقد سادت خلال سنوات الـ 1960-1970 أزمات اجتماعية وهي التي نجم عنها سنوات 1980-1990 أزمات عديدة أثرت على إنتاجية المؤسسات وفعاليتها حيث سادت اللامبالاة والاغتراب وانهباء ظروف العمل والروتين والتغيب والإرهاب وتصاعد موجة الصراعات وعدم الاستقرار. وهي ما يسميها "ألان توران" الأزمات الاجتماعية وعدم الفعالية. (قيرة و سلاطنية، 2008، صفحة 95)

وفي ظل ذلك مرت المستشفيات منذ 1980 بتحولات كبيرة دفعتها إلى تعميم النماذج الناجحة للتسيير الإداري من المؤسسات الخاصة وتم تطبيقها من خلال العمل على اخضاع المدراء للمساءلة وجعل الهياكل الإدارية مسطحة بعد أن كانت هرمية، وتعزيز المنافسة في ضوء معايير الكفاءة وربط المدخلات بالنتائج، ووضع مؤشرات للأداء لقياس إلتزام موظفي القطاع الصحي وإنتاجيته. ورقمنة المعلومات الإدارية والصحية والتواصل المفتوح في مجال الأمراض والصحة. (منظمة الصحة العالمية، أوت 2009، صفحة 07)

وتشمل هذه المحددات مختلف القوانين المنظمة للنشاط الاقتصادي، وكفاءة القطاع المالي في توفير التمويل اللازم للمؤسسات ومنح القروض، ودرجة تنافسية أسواق السلع وعناصر الإنتاج، وكفاءة الأجهزة والهيئات الرقابية في إحكام الرقابة على المؤسسات، وترجع أهمية المحددات الخارجية إلى أن وجودها يضمن تنفيذ القوانين والقواعد التي تضمن حسن إدارة المؤسسة. (جميل وسفير، 6-7 ماي 2012)

العوامل والمحددات الداخلية:

يقصد بها كيفية المزج والجمع بين الأليات التنظيمية والتنفيذية لتحقيق اهداف المؤسسة وذلك من خلال نموذج تقسيم السلطات بما يعزز فرص المشاركة في اتخاذ القرارات الصائبة من قبل كل أطراف المؤسسة، ولهذا فإنه من الواجب قبل تعميم أسلوب الحوكمة لأبد من تجربته على الإدارات المحلية قصد الكشف عن الجوانب الإيجابية لدعمها والنقائص لتقويمها وهو الامر الذي يعد "وسيلة فعالة لتحقيق الرقابة الفاعلة وذات الكفاءة التي تساعد في التحكم في الفساد الإداري والمالي، وتضمن جودة المخرجات لتتلاءم مع الاحتياجات المحلية للمنطقة" (البسام، 2016، صفحة 13).

1.3. نظام حوكمة مؤسسات الصحة:

يصور "بيتر دراكر" في كتابه ممارسة الإدارة المؤسسة على انها تتكون «من ثلاثة أبعاد، أولها: كعمل: أي ان المؤسسة توجد لتحقيق نتائج اقتصادية معينة خارجها (أي في السوق ومع عملاءها)، وثانيا: كمؤسسة إنسانية واجتماعية تقوم بتوظيف الناس وعليها ان تطورهم وتدفع لهم اجورهم وتنظمهم حتى يكونوا منتجين وبالتالي تتطلب حوكمة تتضمن قيما وتؤسس علاقات للسلطة والمسؤولية، وثالثا كمؤسسة اجتماعية في المجتمع والجماعة، وبذلك تتأثر بالاهتمام الجماهيري العام. (دراكر، 2013، صفحة 07)

وعليه فإن أي إدارة هي انعكاس للمؤسسة في جوانب الثلاث حيث تؤدي عملاً يساهم في الاقتصاد بشكل ما، وهي تقوم باستقطاب يد عاملة تدفع لهم مقابل انتاجيتهم وفق رؤية حوكمية تعمل على ترسيخ قيم الأداء والشفافية وتحدد المسؤولية والحقوق، وبما انها تتواجد في بيئة اجتماعية فهذا يعني أنها تؤثر وتتأثر بالمجتمع.

وضمن هذا السياق فالمؤسسات الصحية تعد أنظمة اجتماعية ذات نسق مفتوح يتفاعل مع البيئة الخارجية تأثراً وتأثيراً.

ولضمان تحقيق أهداف الحوكمة الصحية ينبغي أن يلزم المستشفى نفسه بما يلي:

-العناية والحفاظ على المنشآت والأجهزة في حالة - أمانة ومناسبة.

-الاختيار والاحتفاظ بأطباء أكفاء. وهو ما يعني أيضاً الإشراف والرقابة على جميع الأفراد الممارسين للطب، وصياغة واعتماد وتنفيذ قواعد وسياسات مناسبة تضمن الجودة لمرضى المستشفى.

-مراجعة المسؤولية والمساءلة بهدف تحسين الجودة وضمان الأمن في كل ما يتصل بالمرضى. ويؤدي هذا في النهاية إلى أفضل النتائج للمريض.

-المستشفى هو المسئول عن نتائج إهماله الناشئة عن الفشل في ضمان الحفاظ على المعايير الصحيحة للرعاية. من ثم يتوجب على المستشفى بذل جهد معقول في المتابعة والإشراف على العلاج الموصوف والمستخدم من قبل الأطباء المشتغلين فيه. (حنتر و آخرون، 2014، صفحة 31)

وترتبط حوكمة المستشفيات بالتنمية المجتمعية والمستديمة، ويمكن اعتبار حوكمة المؤسسات ترتبط بالجانب التنظيمي للمؤسسة أكثر من ارتباطها بجانبها المالي، في حين يرى الكثير من المتخصصين أن المزاجية بين الشقين المالي والتنظيمي سوف يساهم في تحسين الأداء العام للمستشفيات، إذ كانت حوكمة المؤسسات الإستشفائية سابقاً تركز على إدارة الهياكل، وتوفير البنى التحتية، والموارد عكس الوقت الراهن الذي أصبحت فيه الحوكمة تركز على إدارة العمليات ودعم الأنشطة الصحية. (شريط و مشري، 10-11 أبريل 2018، صفحة 06)

وتعد حوكمة الشركات والمؤسسات بمثابة نظام يتكون من مجموعة اجزاء تعمل على تفعيل الامكانيات وتوظيف الموارد بطريقة فعالة ومن خلال هذا النظام يتم إدارة ورقابة المؤسسة وتعزيز الشفافية والمساءلة ويتكون من ثلاث أجزاء هي:

1. المدخلات input: وتشمل مختلف المستلزمات التي تحتاجها حوكمة المؤسسات وما يجب توفره من متطلبات سواء كانت متطلبات تشريعية، إدارية، قانونية، أو اقتصادية.

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

والمدخلات بالنسبة للمؤسسات الصحية هي كل الموارد المالية والمادية والبشرية والبرامج الكفيلة بتسيير النظم الصحية والمؤسسات الخدمائية الاستشفائية

2. التشغيل operating: ويقصد به مختلف الجهات المسؤولة عن تطبيق الحوكمة والجهات المشرفة على هذا التطبيق وكذا الجهات الرقابية وكل كيان إداري داخل أو خارج المؤسسة يساهم في تنفيذ الحوكمة ويشجع الالتزام بها وتطوير احكامها والارتقاء بها.

والعمليات التشغيلية والتحويلية للمؤسسة ذات الخدمات الصحية هي جل الإجراءات التنفيذية والعمليات التي تحول المدخلات ضمن المؤسسة الصحية إلى مخرجات خدمتية، بما في ذلك مختلف الآليات والميكانيزمات والخطط التطبيقية التي تتبناها المؤسسات الصحية.

3. المخرجات output: هي مجموعة من المعطيات، القواعد والقوانين المنظمة للأداء والممارسات العملية والتنفيذية سواء في المؤسسات أو المنظمات للحفاظ على حقوق المساهمين وأصحاب المصالح وتحقيق الافصاح والشفافية. (طالب و المشهداني، 2011، الصفحات 25-26)

والمخرجات ضمن للمؤسسات الصحية هي: نوعية الخدمات الصحية المقدمة وعمليات التشخيص والعلاج الصائبة والمناسبة.

4.بالإضافة إلى التغذية العكسية feedback والتي تعد عاملا إضافيا يعكس الاتجاه الحديث في مدخل النظم والذي يتكيف مع البيئة الخارجية ويتفاعل مع متطلباتها، ويرتكز على التقييم من اجل التقويم.

وبخصوص المؤسسات الاستشفائية فهي تعني التغذية الراجعة التي تنتج عن عمليات التقييم الشامل لأداء المؤسسة الصحية وتقييم مستوى الرضا الوظيفي بالنسبة للموظفين الصحيين والمواطنين المرضى المتعاملين مع هذه المؤسسة الصحية، وكذلك سبل التقويم والتحسين لنوعية الخدمات الصحية وتوفير النقائص التي تعيق جودة الخدمات الصحية وحوكمة المؤسسات الصحية.

ونظرا لخصوصية المهام الإدارية والصحية فإن لنظام حوكمة المؤسسات الصحية فعالية المزج بين الخدمات الإدارية المساعدة للخدمات الطبية الأساسية من حيث توفير المستلزمات الطبية والإدارية. ويعرضها شعيب في كتابه إدارة المستشفيات كالتالي:

-الامداد المستمر بالشاش والقطن والأدوية والمواد الغذائية والأجهزة الطبية وقطع الغيار والمعدات المكتبية.

-التخزين بالطرق المناسب وبالكمية الاقتصادية لضمان استمرار الخدمة والحفاظ على مخزون الطوارئ.

-التدفق المنتظم للخدمات الإدارية والقوى البشرية لدعم الخدمات الطبية كيميا ونوعيا تلبية الاحتياج المناسب للمواد والخدمات الإدارية في المكان المناسب والوقت المناسب.

-السلامة الصحية للبيئة الداخلية والخارجية.

-التخلص الآمن من النفايات داخل وخارج المستشفى.

-إعادة تعقيم المعدات والأجهزة والمواد والمفروشات. (شعيب، 2013، الصفحات 64-65)

ثالثا: شروط واستراتيجيات تفعيل واقع الحوكمة في القطاع الصحي

يعد نظام الحوكمة وأهمية القوى العاملة وبرامج الصحة الالكترونية، بمثابة التحديات الرئيسية لتحسين واقع الخدمات الصحية لأن حوكمة المؤسسات انما هي انعكاس لنوعية الادارة، ومن الواضح ان الإدارة ذات المستويات الأعلى كفاءة تعرف أن إرتفاع مستويات حوكمة المؤسسة ليس هو كل ما يسعى إليه المستثمرين. أما ما هو مطلوب إلى جانب ذلك فهو المحافظة على نظام المراجعات والتوازنات في مؤسساتهم من أجل تواصل ارتفاع اداء التشغيل في الاجل الطويل إلى جانب منع إساءة استغلال المؤسسة وإساءة ادارتها. (سوليفان، روجرز، هلبلينج، وشكولينكوف، 2003، صفحة 64)

كما يشمل نظام الحوكمة الصحية على اللوجستيات الطبية كالأدوية والمستلزمات الطبية والجراحية والأجهزة الطبية والمعدات، وغيرها من المنتجات اللازمة لدعم الأطباء والمرضى والاداريين والفنيين من مقدمي الخدمات الصحية ... ان العملاء النهائيين للوجستيات الطبية الخدمية هم المسؤولون عن حياة وصحة المرضى، والخدمات اللوجستية الطبية فريدة من نوعها من حيث إنها تسعى لتحقيق الفعالية بدلا من الكفاءة ..وتشمل وظائف اللوجستيات الطبية جزءا مهما من نظام الرعاية الصحية ، حيث تعد تكاليف اللوازم الطبية هي العنصر الأكثر تكلفة في الرعاية الصحية بعد تكاليف القوى العاملة الصحية، ولذلك يعتمد مقدمو الخدمات اللوجستية الطبية على نظريات إدارة سلسلة التوريد، لتقليل تكاليف قطاع الرعاية الصحية والذي ينقسم إلى ثلاثة مجالات رئيسية هي العتاد الطبي، الهندسة الطبية الحيوية(الكلينيكية) وإدارة المنشآت الصحية. (شعيب، 2013، صفحة 34)

الشكل رقم 11: عوائق تحقيق تطوير القطاع الصحي وتحقيق الجودة الصحية



المصدر: (وزارة الصحة السعودية، 2020، صفحة 11)

1.3. دور الرأسمال البشري الصحي في تجسيد استراتيجيات الحوكمة الصحية:

تعتبر القيادة أيضا عاملا حاسما في تفعيل الحوكمة التنظيمية، وهذه حقيقة ليس فقط بالنسبة لصنع القرار ولكن أيضا بالنسبة لتحفيز الموظف على ممارسة المسؤولية الاجتماعية ودمجها داخل ثقافة المؤسسة. (ايزو 26000، 2010، صفحة 22)

لذلك لا بد من وضع الشخص المناسب في المكان المناسب، وهو الأمر الذي تعمل الحوكمة على تعزيزه من خلال الاحتكام لمؤشرات الكفاءة والنزاهة في تعيين الأشخاص بعيدا عن العلاقات الشخصية والمحسوبية، وترقيتهم بناء على الاستحقاق المستند لنتائج الرقابة الموضوعية والمساءلة الشفافة، وهي القاعدة التي تركز عليها استراتيجيات الحوكمة الصحية لمحاربة الفساد في المؤسسات الاستشفائية والارتقاء بخدماتها لمصاف الجودة، فقبل الحديث عن جودة المخرجات متمثلة في خدمات الرعاية الصحية، لا بد أولا أن تسهر المؤسسة وإدارتها على نشر ثقافة الجودة بدءا من اختيار وتوظيف احسن الكفاءات واستقطابها من خلال المزايا المادية والمعنوية التحفيزية، والتي من شأنها تحقيق الرضى نتيجة الإحساس بالأهمية والانتماء لدى الأفراد الموظفين وهو الأمر الذي يجعلهم يتبنون اهداف المؤسسة الصحية التي ينتمون إليها ولا يذخرون أي جهد في تحسين وتطوير مهاراتهم للارتقاء بمستوى الأداء العام ورد الجميل للمؤسسة التي توفر لهم كل الاحتياجات المادية والمعنوية وعوامل الرفاهية.

وهنا لا بد من التأكيد على ضرورة منح الفرص للموارد البشرية التابعة للقطاع الصحي كل الحرية والتحفيزات والدوافع المشجعة على الابداع والابتكار وفي نفس الوقت منحهم هامش الخطأ وعدم التقييد ومطالبتهم بالنجاح الأمثل دون أخطاء فمن الحالات غير المتوقعة للنجاح

والاخفاق ما يتحول إلى فرص للابتكار، ففي سنة 1906 اكتشف عالم ألماني تركيبة أول مخدر موضعي لا يسبب الإدمان "نوفاسين" إذا طرح للاستعمال كمخدر في العمليات الجراحية الكبرى ولكنه لم يلقى القبول لدى الجراحين وفي المقابل استحسن أطباء الاسنان هذا المخدر واصبح مستحضرا رئيسيا في معداتهم الطبية ما جعل مخترعه يقضي بقية حياته متنقلا بين معاهد طب الاسنان ملقيا محاضراته على طلبة طب الاسنان ليكشف لهم عن سلبيات إساءة استعمال هذا الاختراع النبيل في غير موضعه. (دراكر، 2004، صفحة 117)

ولا نجاح لنظام الحوكمة في المستشفيات إلا بوجود رأس مال بشري فعال حيث يشكل أحد أهم أصول المنظمة الصحية وأهم محددات الأداء والجودة التنظيمية والجزء الأكثر أهمية في الميزة التنافسية لمعظم المنظمات، وله تأثير مهم على نجاح المنظمة وأدائها وكفاءتها. والمؤسسات الإستشفائية كغيرها من المؤسسات تسعى جاهدة للمحافظة على استمراريته ومواجهة حالة المنافسة والتميز على المنظمات الأخرى التي تنتمي لنفس مجالها الخدماتي على مستوى جودة الأداء أو الخدمة وغيرها، الأمر الذي يدفع هذه المنظمات للاهتمام برأس مالها البشري باتجاه تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة. (براهمي وقريشي، 2019، صفحة 166)

ولقيام المورد البشري الصحي بمهامه بكفاءة عالية لا بد على المؤسسات الصحية من إخضاعه لدورات تدريبية من أجل تطوير العمل الطبي ونوعية الخدمات والرعاية الصحية المقدمة، فافتناء الهياكل التكنولوجية وأحدث معدات التشخيص والعلاج الطبي وحده لا يكفي بل لا بد أن يتماشى معه رفع مستوى الطاقم الطبي وتكوين ممرضين مؤهلين للتحكم في الأجهزة الحديثة طبيا ولا يكون ذلك إلا من خلال : سياسات التدريب والتطوير التي تتبناها المؤسسات الصحية فهي من الاستراتيجيات المؤثرة على السلوك والأداء التنظيمي للموارد البشرية، وهي مترابطة بشكل فعال حيث كل منهما يسهل عمل الآخر في شكل علاقة جدلية ويشكلان معا جزءا جوهريا في استراتيجية المنظمة، لأن التطوير يمثل هدفا تنظيميا والتدريب وسيلة لتحقيق ذلك. (غواري، 2021، صفحة 918)

وفي الإطار العالمي لتنمية الموارد البشرية، يوصى بإنشاء إدارة قوية لتنمية الموارد البشرية، ذات ولاية وطنية وواجبات ومسؤوليات محددة تحديدا جيدا، على الصعيد الوطني، مع وحدات مناظرة على الصعيد دون الوطني. ويمكن أن تكون هذه الإدارات ووحداتها دون الوطنية إما مستقلة أو جزءا من إدارات التخطيط، وفقا للهيكل التنظيمي لوزارات الصحة. وينبغي أن تكون

القاعدة التنظيمية التي يتم منها تخطيط جميع وظائف الموارد البشرية وتوجيهها ورصدها والتأثير عليها. وسيتوقف حجم وملاك موظفي إدارات تنمية الموارد البشرية على المهام التي تؤديها، وطبيعة النظام الصحي ومدى مركزية المسؤوليات أو لا مركزيتها. (World Health Organization, 2008, p. 23)

2.3. إدارة المعلومات الصحية في ظل التحول الرقمي والصحة الإلكترونية:

يتميز عالمنا بتسارع كبير في مجال التطور التقني والتكنولوجي حيث تعد الرقمنة هي اهم خاصية للقرن الواحد والعشرين، وهذا التطور قد ألقى بظلاله على جميع جوانب الحياة الإنسانية، كما ساهمت التكنولوجيا الرقمية في تغير ملامح المجتمعات وإعادة تشكيلها من جديد، حيث أصبح العالم قرية كونية صغيرة تتداخل فيها التأثيرات والمؤثرات، حيث أصبح من يملك التكنولوجيا يمتلك العلم، لان التكنولوجيا أصبحت مسارا علميا بامتياز نجده في جميع انحاء الحياة من اقتصاد، سياسة، قانون، اجتماع، طب رياضة، ...وكما ان ركيزة الأرض هي الإنسان فقد أصبحت ركيزة العلم هي التكنولوجيا.

وقد أستوعب اليابانيون العبر من إنجازات أمريكا في ناحية الإدارة أثناء الحرب العالمية الثانية بوضوح يفوق ما تعلمناه نحن - وبخاصة بالنسبة لإدارة الأشخاص باعتبارهم موارد أكثر منهم تكلفة. فاقتبسوا بالنتيجة "التكنولوجيا الاجتماعية الجديدة" من الغرب-الإدارة- وكيفوها مع قيمهم وتقاليدهم، كما اقتبسوا (وكيفوا) نظرية التنظيم ليصبحوا أكمل ممارسي اللامركزية في العالم. (وقد كانت اليابان قبل الحرب العالمية الثانية مركزية كليا). كذلك فهمت اليابان قبل غيرها في أسرع وقت من أي بلد اخر أن الإدارة مقرونة بالتكنولوجيا قد غيرت الصورة الاقتصادية...غير ان المنافسين في كل امة صناعية وجدوا ان الإنتاج الميكانيكي آيل للإهمال إذا لم تتم اتمته-أي مالم يعاد بناؤه على أساس المعلومات. ولهذا السبب وحده قد تعتبر الثقافة أعظم تحدي "إداري" يجابه الدول النامية. (دراكر، 2004، الصفحات 309-310)

تعد حوكمة تقنية المعلومات عنصراً رئيسياً لبناء الثقة في عصر التكنولوجيا الرقمية، وتتطلب الاختيارات الصحيحة التي تؤدي إلى دفع النمو المحقق للأرباح إلى إعادة التركيز على امتلاك المهارات المناسبة وتحسين الحوكمة. وهذه الخطوة هي أول خطوة على طريق بناء الثقة في عصر التكنولوجيا الرقمية؛ شريطة أن تتم مواءمة هذه العوامل مع إستراتيجية المؤسسة بالكامل، حيث يمكن أن يسمح الجمع بين الثقة والتعامل بشكل جديد مع المخاطر للمؤسسات بأن يُظهر إمكاناتها وثقتها في قدراتها على مواجهة المخاطر. (تاكوس، 2015، صفحة 13)

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

إن رقمنة القطاع الصحي تعد عملية بالغة الأهمية فهي استجابة للتطور التقني والتكنولوجيا الحاصل في مجال الاتصال واعداد البيانات، فالحوكمة الصحية تركز استراتيجيتها على شقين احدهما خاص بالموارد البشرية الفعالة وكيفية تمكينها من الابداع والمشاركة في إتخاذ القرارات وتحفيزها ماديا ومعنويا لبدل مزيد من الجهد لرفع الأداء والإنتاجية، والشق الثاني خاص بالموارد المادية والمالية بما فيها تكلفة التجهيز والتسيير والتطوير لتقنيات العمل وشراء أحدث المعدات والوسائل الطبية المتطورة والتي من مزاياها تقليل حجم الأخطاء البشرية وريح الوقت ودقة التشخيص، وضمن هذا السياق تظهر جليا أهمية استراتيجية الحوكمة الصحية الالكترونية اورقمنة العمل الصحي.

الشكل رقم 12: محاور الصحة الالكترونية



المصدر: من انجاز الباحثة بناء على (وزارة الصحة السعودية، 2020، صفحة 53)

3.3. الإفصاح والشفافية كآلية لدعم الحوكمة في المؤسسات الصحية:

لقد سبقت الإشارة إلى مفهوم الإفصاح والشفافية في ظل الحوكمة باعتباره ركيزة أساسية من ركائز تطبيق الحوكمة وتحسين آليات التسيير الاستشفائي والمساهمة في تحديد الظروف الميكانيزمات المناسبة عمليات اتخاذ القرار الصحيح في الوقت المناسب بناء على المعلومات الشاملة والكافية. غير أن المعلومات المتعلقة بالقوى العاملة في مجال الصحة في كثير من البلدان مجزأة وغير كافية وغير حسنة التوقيت. فالإحصاءات تحظى بقدر محدود من النشر العام، وهي عموما لا تستخدم استخداما كافيا. وعلاوة على ذلك، حتى في البلدان التي تتوفر فيها بيانات جيدة وموثوقة، لا تستخدم المعلومات دائما في صنع القرار. وكثيرا ما تسهم الموارد البشرية والتقنية والمالية المحدودة في الحالة السيئة الراهنة للمعلومات والأدلة المتعلقة بحالة القوة العاملة الصحية. وفي أغلب البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، تفتقر تكنولوجيات

المعلومات والاتصالات (على سبيل المثال الأجهزة الحاسوبية وتطبيقات البرمجيات اللازمة للتلاعب بالمعلومات واتصالها) اللازمة لتنفيذ نظام معلومات شامل لحقوق الإنسان. وفي الوقت نفسه، فإن تعزيز نظم المعلومات المتعلقة بحقوق الإنسان يعني الاهتمام بكل عنصر من مكوناته - ليس فقط الهياكل الأساسية والتكنولوجيا، بل كذلك الأشخاص اللذين لجمع البيانات واستخدامها. وهناك حاجة إلى موظفين مكرسين للمعلومات الصحية على الصعيدين الوطني وشبه الوطني) وحتى على المرافق الأكبر حجماً) من أجل جمع البيانات وتجهيزها والإبلاغ عنها وتحليلها، (World health organization, 2009, p. 33)

وللرفع من مستويات الإفصاح والشفافية لئلا من تعزيز المؤشرات التالية:

- العمل على توفير المعلومات التي يحتاجها المريض وكل أصحاب المصالح في الوقت المناسب بنزاهة ومصداقية مما يتيح للمؤسسة متابعة العمل الصحي وتحسينه حيث يمنحها الإفصاح والشفافية فرصاً حقيقية للرقابة الصارمة والمساءلة العادلة بنزاهة وموضوعية.

- متابعة سجلات الشكاوى والاستجابة لمختلف الانشغالات والاستفسارات بشكل واضح.

- تعزيز آليات الاتصال المفتوح والتفاعلي من خلال موقع الكتروني والعمل على رقمنة العمل الصحي وملفات المرضى ومختلف المصالح الإدارية منها والصحية وتحديث بياناته باستمرار.

- إتاحة المعلومة الصحيحة للجمهور وإطلاع الموظفين على مؤشرات الأداء اللازمة ونتائج تقييم أداء المؤسسة الصحية.

- توضيح وضعية المؤسسة الاستشفائية من الناحية المالية والمادية المتعلقة بالإيرادات والنفقات وإمكانية الوصول إليها من قبل كل الأطراف ذات العلاقة والمهتمة. (شعبان، 2021، صفحة 175).

- إعداد قانون داخلي يوضح الحقوق والواجبات اتجاه البيئة الداخلية والبيئة الخارجية والاحتكام إليه في حال التجاوزات

- نشر إعلانات الصفقات العمومية وتسهيل وصولها لجميع المهتمين على حد سواء دون محاباة لطرف على آخر ونشر نتائج الصفقات الخاصة بالتطوير والتجهيز والتمويل والإصلاح.

4.3. إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات كإطار لحوكمة المؤسسات الصحية:

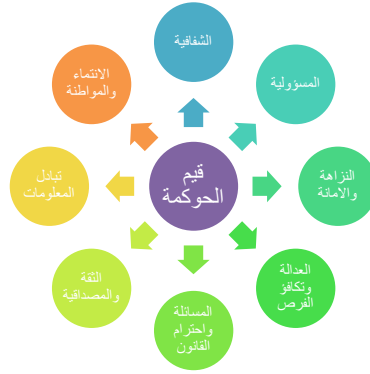
ترتكز إدارة الجودة الشاملة على اختيار أحسن المدخلات التنظيمية ومتابعة عمليات توظيفها واستغلالها على الشكل الأمثل الذي يمنحها الفرصة لتظهر في شكل مخرجات ذات جودة وهي نقطة التقاطع مع استراتيجية الحوكمة إذ تعمل هذه الأخيرة على تعزيز فرص الأداء الجيد بعيدا عن الفساد.

وبالعودة إلى نظام الحوكمة أو نظام إدارة الجودة فإننا نجد أن: العمل على تحسين المناخ التنظيمي وضمان جودة الحياة الوظيفية يشكّلان أحد المدخلات التنظيمية بالغة الأهمية التي تعمل على دعم آليات تحقيق أهداف المؤسسة أيا كانت طبيعتها، ولأن رأس المال البشري مرتكز أساسي في معادلة الجودة والحوكمة، فإن استراتيجية البحث عن الميزة التنافسية بالنسبة للمؤسسات الصحية الخاصة أو تحقيق جودة الخدمات الصحية بالنسبة للمؤسسات الصحية العامة أو الحكومية أو الجودة الخدمائية، لا بد أن تركز على عمليات الرقابة والمتابعة المستمرة من أجل التقييم والتقييم وإصلاح الأخطاء من أجل تجنب الهلاك عن أهداف المؤسسة.

وفي ظل السعي لتحقيق أهداف المؤسسة وفق استراتيجيات التطوير التنظيمي فإنه «يوجد تطابق بين نظامي الجودة والحوكمة في أن كل منهما من أنظمة الإدارة التي تؤدي إلى ضبط ورقابة وتحسين الأداء بالمؤسسة، وأن كلاهما يقوم على مبادئ رئيسية دولية تساعد على تحسين أداء نظام إدارة جودة المؤسسة، ويوجد تشابه بينهما في بعض المبادئ مثل مسؤولية الإدارة ودور أصحاب المصالح، ويوجد اختلاف بينهما في المبادئ والمفاهيم عند التطبيق، ويوجد اختلاف أساسي بين النظامين هو التركيز على تحقيق متطلبات ورغبات العميل في نظام الجودة والتركيز على حقوق المساهمين والملاك في نظام الحوكمة، وأن الدمج والتطبيق لنظامي الجودة والحوكمة بالمؤسسة سوف يؤدي إلى مزيد من التحسين والتطوير لأداء المؤسسة. (الشويخ، 2017، صفحة 05)

وقبل الحديث عن ثقافة الجودة واستراتيجيات تفعيلها واقعا وتنميتها عمليا، لا بد لنا من الإشارة إلى قيم الحوكمة التي يجب أن تعمل المؤسسة على نشرها بين موظفين من أجل ترقية العلاقات المهنية بينهم وتعزيز عوامل الرضا وتحقيق الجودة حيث يتوقع أن ممتني القطاع الصحي يوفون بأدوارهم الاجتماعية على أكمل وجه بعد أن يلتزم المستشفى بتوفير مقومات الأداء الاجتماعي الفعال.

الشكل رقم 13: قيم الحوكمة وثقافة الجودة التنظيمية



المصدر: من اعداد الباحثة بناء على: (الغزالي، 2015، صفحة 07)

تتبنى الإدارة المعاصرة إدارة الجودة في الآونة الأخيرة كأسلوب إداري يتحقق به ما كان منقوصاً أو مفقوداً في الأساليب الإدارية التقليدية أو الحديثة السابقة، وتستند إدارة الجودة على ثلاثة محاور إدارية هي: الكفاءة والتلاحم والاستمرارية، من أجل تحقيق أهدافها من التحسين المستمر ورضا العملاء وزيادة الربحية، وبهذا تصبح إدارة الجودة مدخلاً للاعتمادية والاعتراف الدولي بالمؤسسات والمنظمات التي تلتزم بمعايير الجودة الإدارية والبشرية والتقنية والبيئية. (شعيب، 2013، صفحة 36)

وقد قدم تقرير عام 2000 عن الصحة في العالم، إطاراً مفاهيمياً للنظام الصحي. وقد نُقح هذا الإطار في عام 2007 من أجل القيام على نحو أفضل بالتقاط محددات أداء المستشفيات – ألا وهي الفعالية، والكفاءة، والاستجابة، والجودة، والمأمونية – باعتبارها نتائج وسيطة لوظائف القطاع الصحي. وفي تقرير عام 2008 عن الصحة في العالم، أُعيد مجدداً التأكيد على دور المستشفيات في دعم الرعاية الصحية الأولية. كما تم التأكيد على أهمية تعزيز نظم الإحالة كي تؤدي عملها على نحو أفضل. (منظمة الصحة العالمية، أوت 2009، صفحة 13)

و قام المكتب الإقليمي الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية بإعداد أداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات، من أجل دعم المستشفيات في عملية جمع البيانات عن أدائها، وتحديد كيفية أدائها لعملها مقارنة مع نظائرها، والقيام بأنشطة تستهدف تحسين جودتها. ويشتمل إطار تقييم الأداء على ستة أبعاد تتمثل في:

أربعة مجالات: الفعالية الإكلينيكية، والكفاءة، وتوجيه الموظفين، والحوكمة المتجاوبة كما يشتمل على منظورين اثنين جانبيين المأمونية أو الموثوقية، والتركيز على المرضى. (منظمة الصحة العالمية، أوت 2009، صفحة 14)

أ. جودة الخدمات الصحية:

لقد تطور مفهوم جودة الخدمة الصحية مع نهاية الثمانينات متأثرا بنظرية الجودة والتحسينات المتتالية التي قادها كل من ديمينغ وغوران وكروزي، حيث لم تعد الجودة الصحية تقتصر على الاستجابة للمعايير المهنية، بل اتسعت رقعتها لتشمل مدى الاستجابة لتوقعات العملاء، والملائمة للاستعمال، والتحسين والتقييم المستمر للمدخلات التنظيمية والعمليات التشغيلية والتحويلية. (ميمون وشارف، 2018، صفحة 38)

"وتعتبر مبادئ إدارة الجودة التي تركز عليها المواصفة القياسية الدولية أيزو 9001 إصدار عام 2015 خطوط إرشادية تساعد على تحسين أداء نظام إدارة جودة المؤسسة، وتتكون المبادئ الرئيسية للجودة من التركيز على العميل، القيادة، مشاركة العاملين، منهجية العمليات، التحسين، صنع القرار وفق الأدلة والحقائق، إدارة العلاقات". (الشويخ، 2017، صفحة 05)

إن الخدمات اللوجستية التي تسعى إلى تقليل التكاليف باندماج خدماتها من الشراء والنقل والتخزين والتوزيع والمراجعة. والتطابق بين أهداف خدمات الجودة والخدمات اللوجستية يتحقق بأساليب منها زيادة كفاءة الأداء، ترشيد استخدام الموارد وتنميتها، الرضا الوظيفي، توفير مناخ عمل مستقر ومستمر، توفير الأجهزة الحديثة والتدريب عليها الحفاظ على البيئة الداخلية والخارجية، توفير معاملات الأمان والسلامة والالتزام ب كفاءة الأداء وسلامة الإجراءات وتطبيق أساليب السيطرة من المتابعة والرقابة والتقييم بمعايير الجودة، وعلاج أوجه القصور كأسلوب وقاية وليس كأسلوب حل المشكلات. وكل ذلك يستند إلى مدخل التخطيط الاستراتيجي. (شعيب، 2013، صفحة 37)

أهمية جودة الخدمات الصحية:

إن حوكمة المستشفيات مرتبطة بتوفير الرعاية الصحية لأفراد المجتمع فالهدف منها وضع إستراتيجية واليات لدعم عمل المستشفى وتحقيق الجودة في الخدمات الطبية الأمر الذي من شأنه ان يعزز من مكانة المستشفى بالنظر بنوعية الرعاية التي يقدمها للمرضى وهو الأمر الذي ينعكس بدوره على سمعة المؤسسة ويمنحها امتيازا خاصا بالنظر لنجاحها في تحقيق مسعى

الجودة الخدماتية. إن نجاح إحدى المؤسسات الصحية في تحقيق ذلك يجعلها نموذجا يحتذى به بشأن تطبيق نظام الحوكمة الصحية وتعميمه لأن الهدف الأساسي الذي وضج من أجل مسعى الحوكمة في المنظومة الصحية العالمية هو تحسين خدمات الرعاية والتشخيص الطبي والعلاج وهو الذي يعكس بوجه آخر مدى نجاح المستشفى في الوفاء بدوره الاجتماعي من حيث الوفاء بمسؤوليته الاجتماعية عبر ابعادها الأربع (اتجاه العاملين، اتجاه المرضى، اتجاه الدولة، اتجاه المجتمع)

أهداف جودة الخدمات الصحية:

- ضمان الصحة النفسية والبدنية للمستفيدين
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المريض وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة اعلامية فاعلة لتلك المنظمة.
- تحسين وتطوير قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية
- تقديم مستويات انتاجية أفضل قد يعد الوصول الى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة الى المستفيدين الهدف الاساسي من تطبيق الجودة
- زيادة الطلب على مختلف انواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذا زيادة من نوع اخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات العملاء. (عتيق، 2012، صفحة 97)

ابعاد جودة الخدمات الصحية:

وهي المعايير التي يمكن من خلالها تحديد نوعية الخدمات المحققة وقياس مدى جودة الخدمات الصحية من عدمها ويمكن ذلك من خلال تقييم الأبعاد التالية:

- 1- الجوانب الملموسة: تشير إلى مظهر التسهيلات المادية المتاحة لدى المنظمة الخدمية والمعدات ومظهر الافراد والمتعاملين مع مقدمي الخدمات ووسائل الاتصال معهم ففي كثير من الاحيان قد يتم تقييم خدمة من قبل العميل بالاعتماد على الخصائص الشكلية أو الأساسية المرافقة للخدمة كالتسهيلات المادية (الاجهزة، المعدات...الخ)
- 2- الاعتمادية: تشير الى قدرة المؤسسة مقدمة الخدمة على اداء الخدمة التي وعدت بها بشكل يمكن الاعتماد عليها وايضا بدرجة عالية من الصحة والدقة. فالعميل يتوقع ان تقدم له خدمة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والاداء مثلما تم وعده.

- 3- الاستجابة: وهي تتعلق بمدى قدرة ورغبة واستعداد مقدمي الخدمة في ان يكونوا بشكل دائم في خدمة العملاء وقدراتهم على اداء الخدمة لهم عند احتياجهم لها.
- 4- الثقة والمصداقية: ماهي درجة الثقة بمقدم الخدمة، هل هو موضع ثقة؟ ماهي مصداقية مقدم الخدمة؟ هل يلتزم بوعوده وبما يقوله؟
- 5- التعاطف: ويشير الى قدرة مقدم الخدمة على تفهم احتياجات العملاء وتزويدهم بالرعاية والعناية وكمثال كم من الوقت والجهد الذي يحتاجه مقدم الخدمة حتى يتعرف على حاجات العميل ويدركها؟ ما مدى تفهم مقدم الخدمة لمشاعر العميل وتعاطفه مع مشكلته. (بن تريح ومعزوزي، جوان 2018، صفحة 79)

ب. جودة الحياة الوظيفية:

جودة الحياة الوظيفية حسب (قهيري و كسنة، سبتمبر 2018، صفحة 670) هي "مفهوم متعدد الابعاد تستهدف تحسين مختلف الجوانب التي تؤثر على الحياة الوظيفية للعاملين وحياتهم الشخصية، وتمثل أساسا في إيجاد بيئة عمل مناسب و آمنة وتصميم اعمال تلبى الاحتياجات النفسية للعاملين إضافة إلى كفاية الأجور وعدالتها"

كما أنه لا من التأكيد على أن توفر الأمن من المتطلبات البالغة الأهمية بالنسبة للعمل ككل والعمل الصحي بشكل خاص، على اعتبار انه يتعلق بتقديم خدمات للمرضى وهم غالبا ما يكونون غير قادرين على العمل او تلبية احتياجاتهم بسبب المرض ظرفيا، وهو ما يعني ان الأشخاص المسؤولين عن رعايتهم طبيا وهم مهنيي القطاع الصحي عنصر فاعل في تغيير معادلة الجودة الخدماتية للصحة، فليتمكنوا من بذل قصارى جهودهم في خدمة غيرهم لابدان تكون كل الظروف المهنية المحيطة بهم مناسبة ومشجعة على الأداء الجيد.

وقد أكدت الأمم المتحدة في اجتماع لها عام 2019 بشأن التغطية الصحية الشاملة على التزام رؤساء الدول والحكومات بوجود مضاعفة الجهود الخاصة بجعل أماكن العمل أكثر صحة وأمانا، وتوفير خدمات الصحة المهنية. وتحسين صحة العاملين الصحيين وسلامتهم ورفاههم، كما اكدت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالتوظيف في مجال الصحة والنمو الاقتصادي في توصياتها ل 2016 على ضرورة ضمان الحماية وتوفير الامن لجميع العاملين الصحيين والمرافق الصحية في جميع البيئات، وفي حالات الطوارئ الصحية. (WHO & ILO, 2021, p. 06)

2.1. أهمية جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات الصحية:

إن العمل على خلق بيئة عمل تنافسية مشجعة على الالتزام والإبداع وهادفة لرفع معدلات الولاء والانتماء نتيجة الرضا والاستقرار الوظيفي هي إحدى أهم استراتيجيات تحقيق الجودة الشاملة التي تبدأ غالباً من طبيعة المدخلات التي لا بد من أن تتوفر فيها مجموعة من القواعد والشروط لتقدم في النهاية مجموعة مخرجات تعكس الجودة والرضا بين جميع الأطراف. كما أن جودة الحياة الوظيفية تعبر عن الاهتمام البالغ من قبل الإدارة العليا الصحية في تعزيز عوامل الإبداع والانجاز لدى موظفيها باعتبارهم رأس المال المؤسسة فإلى جانب ضرورة توفر الإمكانيات المادية لتقديم الخدمات الصحية للمتعاملين الخارجيين لا بد أيضاً من تحقيق الكفاءة والفعالية الداخلية من خلال العمل على تلبية الاحتياجات المادية والمعنوية للمورد البشري المنتهي للمؤسسة الصحية وهو الأمر الذي ينعكس بالنفع على المؤسسة من خلال رفع الروح المعنوية للأطباء والمرضى وهو ما يترجم في سلوكياتهم الأدائية والتواصلية أثناء العمل وبالتالي تحقيق الالتزام التنظيمي والمواطنة التنظيمية والولاء والتي تظهر في تحقيق المؤسسات الصحية لمكانة وسمعة جيدة بين المرضى والأصحاء بالنظر لجودة الخدمات الصحية باعتبارها مخرجات العملية الصحية وهي ضمنياً عن جودة البيئة الوظيفية والإمكانيات المتوفرة والاستراتيجية الفعالة للإدارة.

ويرى البواردي والمقرن (2014) أن الجودة ترتبط بثلاث مخرجات وهي متعلقة بالخدمات الصحية ومقدمها والمتحصل عليها حيث تسهم في تحقيق ما يلي:

1- تحقيق جودة الرعاية المقدمة: أي تحقيق مستويات جيدة من الجودة الطبية التي توفرها المؤسسات الطبية والاستخدام الأمثل لها.

2- تحقيق رضا المستفيدين: في الوصول لخدمات طبية ذات جودة عالية وفق ما يتناسب مع تطلعاتهم للجودة الصحية.

3- رفع معنويات مهني القطاع الصحي: حيث أن توافر جودة الخدمات الطبية ينتج عن العمل الجماعي والمشاركة لتحقيق الرضا عن جودة الخدمات الطبية المقدمة. (المطيري، 2018، صفحة 27)

إن وجود بيئة عمل آمنة وصحية أمر أساسي للعمل المشجع على الإحساس بالانتماء والولاء حيث من المفترض أن الوقاية من العدوى ومكافحتها من أجل سلامة المرضى ركيزة أساسية في

الخدمات الصحية، إلا أن هناك نقصاً في معايير السلامة والصحة المهنية للعاملين الصحيين، وهو ما يؤثر سلباً على استقرار العمال في مناصبهم نتيجة عدم رضاهم عن ظروف العمل. (WHO & ILO, 2021, p. 05).

لذلك أصبح لزاماً على الدول السعي الجدي لدعم تطبيق الحوكمة الصحية بمرتكزاته سابقة الذكر (الشفافية وإدارة المخاطر وجودة الحياة الوظيفية) لجعلها متأهبة دوماً ومستعدة لمواجهة الطوارئ الصحية المفاجئة على شاکلة جائحة كوفيد 19 والتي بدأت في ديسمبر 2019 ومازالت مستمرة إلى غاية اليوم.

1.3. أهداف جودة الحياة الوظيفية بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية:

تهدف برامج جودة الحياة الوظيفية ل:

- زيادة ثقة العاملين، المشاركة في حل المشاكل، زيادة الرضا الوظيفي، زيادة الفاعلية التنظيمية.
- تقليل معدل دوران العمل، زيادة الإنتاجية والأداء، إحداث التوازن والانسجام بين الحياة الوظيفية للأفراد وبين حياتهم الشخصية والعائلية. (جاد الرب، جودة الحياة الوظيفية في منظمات الأعمال العصرية، 2008، صفحة 10)
- بالإضافة لتعزيز قيم المواطنة التنظيمية والولاء والتفاهم والإبداع والمبادرة والالتزام المسؤول اجتماعياً من قبل مهني قطاع الصحة.

إن العمل على تحسين بيئة وظروف العمل مسؤولية مشتركة بين الدولة ومختلف مؤسساتها ووزاراتها حيث لابد من التنسيق والتعاون بين مؤسسات الصحة مثلاً ووزارة العمل والضمان الاجتماعي ومختلف المؤسسات ذات الاهتمام بالصحة سواء كانت مثلاً تلك المتخصصة في إنتاج العتاد الطبي أو استيراده وتلك الخاصة بالمتابعة والصيانة بالإضافة لضرورة استجابتها لمطالب النقابات الصيادلة والأطباء والشبة الطبيين باعتبارهم الفواعل المباشرة التي يتأثر أداؤها وجودة الخدمات بظروف العمل وطبيعة البيئة المناسبة والمشجعة على العمل من عدمه.

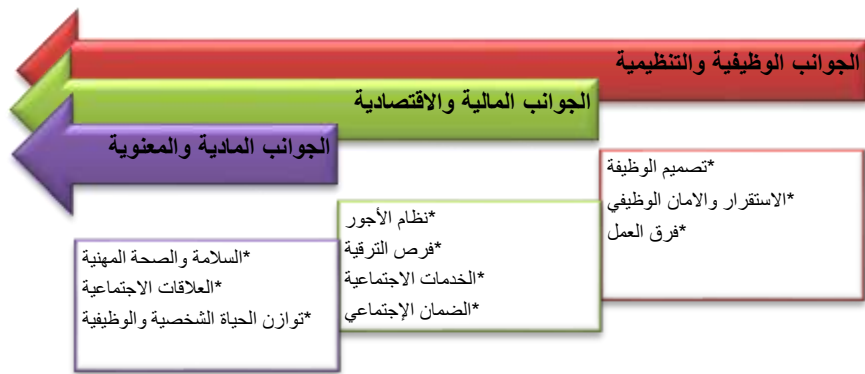
1.4. أبعاد جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات الصحية: ويتم التركيز في الجهود المبذولة

لتحقيق جودة حياة العمل على الأبعاد والعناصر التالية:

- 1- توفير بيئة صحية وآمنة.
- 2- إتاحة الظروف البيئية المعنوية المدعمة لأداء العاملين.
- 3- المشاركة الفعلية بمفهومها الواسع.

- 4- توفير متطلبات الاستقرار والأمان الوظيفي.
- 5- إعادة تصميم وإثراء الوظائف لتواكب المستجدات الحديثة وتشبع طموحات العاملين.
- 6- عدالة نظم الأجور والمكافآت والحوافز المادية والمعنوية.
- 7- إتاحة فرص الترقى والمبادرة والإبداع والتقدم الوظيفي.
- 8- توفير فرق عمل متكاملة.
- 9- العدالة الاجتماعية والحفاظ على كرامة العاملين وخصوصيتهم. (شبات، 2011، الصفحات 11-12)

الشكل رقم 14: أبعاد وجوانب جودة الحياة الوظيفية



المصدر: من إنجاز الباحثة بناء على (خان و جفيلو، 2020، الصفحات 425-427) ويمكن تقسيم فوائد تطبيق جودة الحياة الوظيفية إلى قسمين: (قهيري و كسنة، سبتمبر 2018، صفحة 671)

1. الأول متعلق بالعاملين: المشاركة في وضع الأهداف واتخاذ القرارات.
 - الرضا الوظيفي عن الظروف المادية والمعنوية والجو العام للعمل
 - الأمان الوظيفي للعامل واستقراره المهني وغياب دوران العمل
 - خدمات اجتماعية وبرامج عمل تراعي الحياة الشخصية والأسرية للموظفين.
 - زيادة خبرة العاملين في مواجهة مشاكل العمل من خلال تشجيعهم على الإبداع واقتراح حلول للمشاكل.
2. الثاني متعلق بالمؤسسة: ولاء الموظف لمؤسسته وإحساسه بالانتماء وتعزيز المواطنة التنظيمية.
 - انخفاض مقاومة العاملين للتغيير والتطوير وانتشار ثقافة الانفتاح

- رضا الزبائن والعملاء الخارجيين والمتعاملين مع المؤسسة
- خلق ميزة تنافسية والجودة في المخرجات التنظيمية وتحسين الأداء الكلي للمؤسسة وتحقيق أهدافه.

رابعاً: النظريات المفسرة للحوكمة من منظور سوسيولوجيا التنظيم:

ظهرت الحوكمة كمفهوم اقتصادي مالي في المؤسسات المالية والبنكية أولاً، وبعدها تم تعميمه في المؤسسات الاقتصادية، ليصبح فيما بعد اتجاهاً سياسياً تتبناه الدول من أجل تعزيز قدراتها الإنتاجية والصناعية والخدماتية والإدارية، خاصة في ظل التقدم العلمي وتنامي مظاهر التأثير والتأثر بين نظريات واستراتيجيات الإدارة وتفاعلها مع الجوانب الإنسانية للأفراد، وعدم اقتصرها على تحقيق الربح المادي السريع. ولا بد من الإشارة أولاً إلى أن الحوكمة أصبحت حتمية إجتماعية أيضاً بالنظر لتطور استراتيجيات الإدارة وتفاعل المؤسسات مع محيطها، وتأثيراتها المباشرة على السياق والوجود الاجتماعي للمؤسسات والشركات على اختلاف نشاطاتها وأهدافها، فقد أصبحت المؤسسات جزءاً من النسق الاجتماعي، تتبنى مفاهيم متعلقة بتحسين الأداء والرقابة وتوفير المعلومات الصحيحة لاتخاذ القرارات المناسبة، في مزيج متناغم بين إيجابيات النظريات الكلاسيكية ومدرسة العلاقات الإنسانية والنظريات السلوكية، بالإضافة لجملة من النظريات والاتجاهات الحديثة في التنظيم التي تهدف في مجملها لتعزيز قدرات المؤسسة على ترسيخ وجودها وتحقيق أهدافها من خلال رفع قدرتها على التكيف ومسايرة التغيرات المحيطة ضمن البيئة الخارجية وخدمة المجتمع.

وبمقارنة مفهوم الحوكمة مع الأهداف الاستراتيجية للعمليات الإدارية الحديثة نلاحظ جلياً تقاطعها مع أبعاد ومؤشرات الأداء الجيد، والجودة، والفعالية، والعقلانية والرشد، والشفافية واتخاذ القرار الصائب، وتوفير المعلومات، والرقابة الفعالة.

وستتناول ضمن هذا الجزء الرؤية التنظيمية لمختلف المداخل النظرية الخاصة بالإدارة والمؤسسة وفق منظور النسق المفتوح، الذي يتفاعل مع البيئة الخارجية حيث يركز على المدخلات المستمدة من البيئة المحيطة ليتم تحويلها لمخرجات موجهة للبيئة الخارجية من خلال جملة من العمليات التفاعلية والإدارية والتحويلية، والتي تهدف في مجملها لتعزيز مظاهر الجودة داخلياً وخارجياً، في ظل المداخل النظرية الحديثة التي تنظر للمؤسسة باعتبارها نسق مفتوحاً يتشكل من العلاقات الترابطية والتكاملية والمتداخلة بين البيئة التنظيمية الداخلية للمؤسسة وبيئتها الخارجية، في حركية متناسقة لتفعيل استراتيجيات الحوكمة، وتعزيز مظاهر الشفافية،

والجودة التنظيمية والخدماتية، والاستعداد للظروف الطارئة والتهديدات غير المتوقعة، والتكيف معها وفق برنامج إدارة المخاطر، وهي العمليات التي من شأنها ضمان تحقيق أهداف المؤسسة والمحافظة على وجودها في ظل التنافس وتغيرات البيئة المحيطة ن جهة، والاستجابة لمتطلبات حفاظ النسق على وجوده وحماية أصحاب المصالح بما فهم العمال والمرضى من جهة ثانية.

1. التحليل البنائي الوظيفي:

بعد الحرب العالمية الثانية زادت حدة الانتقادات الموجهة للمنظور البنائي الوظيفي في تحليل المؤسسات، وقد كان لزاما عليها ان تطور نفسها وتحدد معالمها من جديد، وهو الدور الذي أداه كل من بارسونز وسيلزنيك، في محاولتهم لإثبات قدرة البنائية الوظيفية عن التكيف ومسايرة التغيرات العالمية الخارجية رغم أن النظرية البنائية الوظيفية تركز على الجوانب الثابتة في النسق وأبعاده الثقافية في التفسير. (عبد الباسط، 1981، صفحة 158)، وان كان بارسونز قد ركز على الأنساق الفرعية المكونة للنسق الكلي وعلاقات التفاعل والتكامل بينها في إطار ثنائية المدخلات والمخرجات لكل نسق من منظور حتمية تفاعل النسق مع بيئته الخارجية لتحقيق التوازن، أما سيلزنيك فقال بأن تفويض السلطة يعد آلية للتكيف مع التهديدات الخارجية المحيطة.

1.1. نظرية النسق الاجتماعي لدى تالكوت بارسونز:

ينتمي تالكوت بارسونز للاتجاه الملقب بالوظيفية المعيارية، الذي يقوم على فكرة ان التوازن الاجتماعي يمكن إنجازه وتحقيقه من خلال وجود قيم ومعايير عامة ومشتركة بين الغالبية العظمى من المشاركين داخل المجتمع. (عبد الباسط، 1981، صفحة 162) وينظر للتنظيم باعتباره نسق اجتماعي مفتوح يتكون من أربعة أنساق فرعية هي النسق الاقتصادي والنسق الشخصي والنسق الثقافي والنسق السياسي، أما النسق فيتألف من مجموعة من المتغيرات المترابطة بنائيا والمتساندة وظيفيا، وقد أكد بارسونز في المؤتمر الدولي الرابع لعلم الاجتماع ان ثمة نظاما واحدا للمجتمعات المعاصرة حيث تميل جميعها نحو الوحدة والتكامل على أساس تكامل القيمة. (عبد الباسط، 1981، صفحة 164)

ويرى بارسونز " أن خروج أحد الأنساق عن المعايير وعدم أدائه لوظيفته يقود إلى الانحراف الاجتماعي، الذي يهدد النسق بالانهيار، ويمكن إصلاح هذا الانحراف بواسطة آليات تقودها الأنساق الفرعية الأخرى من شأنها مقاومة الانحراف، وإعادة النسق المنحرف إلى حالته الطبيعية لأداء وظيفته على النحو الذي يضمن الوازن والاستقرار الاجتماعي للنسق الكلي". (حمادي وحسن، صفحة 60)

فالمؤسسة الصحية بمثابة تنظيم بشري لها علاقات تفاعلية مع البيئة الخارجية، إذ تقدم خدمات للمريض باعتباره زبون او مستهلك، كما تركز على العلاقات الخارجية للتنظيم وبيئته الخارجية ومن هنا لا بد من اعتبار المؤسسات الصحية نظام فرعي يؤثر ويتأثر بالبيئة المحيطة، حيث لا بد من الربط بين مختلف هذه المنظمات الصحية والانساق الفرعية الأخرى وضمان التنسيق فيما بينهما بما يحقق أهداف التنظيم الأكبر واستمراره. (نصيرات، 2014، صفحة 87) ويحلل بارسونز ميكانيزمات إعداد وتعبئة الموارد التي يحتاجها التنظيم لتحقيق أهدافه من خلال تناول علاقات التنظيم بالبيئة الخارجية، فهذا الأخير يرتبط ببيئته الخارجية في محاولته الحصول على مطالبه واحتياجاته من الموارد والاستفادة منها في أداء وظائف وتصريف نتاج أنشطته. (بدر، 2008، صفحة 230)

كما رأى بارسونز أن هذه الميكانيزمات تتأثر بثلاث مجموعات من القرارات التي توضح الخطوات اللازمة لتحقيق الهدف وهي القرارات السياسية، القرارات التوزيعية القرارات التنسيقية.

1- القرارات السياسية: فضمن المستشفيات العمومية نلاحظ أنها تعبر عن النهج السياسي الذي تتبناه الدولة لتحقيق الجودة الخدماتية، وعصرنة المنظومة الصحية والإستراتيجية الصحية المتعلقة بتحسين ظروف العمل الصحي وآلياته، وترقية الخدمات الصحية، إضافة إلى حل المشكلات الداخلية التي تعاني منها المؤسسات الاستشفائية العمومية وفي مقدمتها تلك التي ترفعها نقابات السلك الطبي وشبه الطبي والاستجابة لحاجة المواطنين من حيث التكفل الطبي المناسب، وتوفير وسائل التشخيص والعلاج على مستوى الوحدات الصحية الجوارية والعيادات متعددة الخدمات وبناء مستشفيات جديدة متخصصة وفق المعايير الدولية بما يسمح بتقديم تكفل ورعاية طبية ملائمة للمرضى.

2- القرارات التوزيعية: وهي تلك القرارات المتعلقة بتحديد الميزانية المخصصة لقطاع الصحة، وتوزيع الموارد البشرية، والمالية، والوسائل والمعدات الطبية على المستشفيات والمصالح، وتفويض السلطة وتوزيعها بين الوزارة والمديرية الولائية للصحة ومدراء المؤسسات الاستشفائية ومختلف رؤساء المصالح ، فعلى سبيل المثال لا بد من بناء هياكل صحية جديدة، والرفع من الطاقة الاستيعابية للمستشفيات وفق الكثافة السكانية من باب التكيف مع النمو السكاني، وفتح مناصب الشغل لاستقطاب وتوظيف عدد اكبر من الأطقم الطبية والشبه الطبية بما يحقق الاستجابة لحاجة المستشفيات والمجتمع.

3-قرارات التنسيق: وتتعلق بتكامل النظام الصحي عن طريق العمل على حل المشكلات الداخلية التي تعترض العمل الصحي عبر سلسلة الجزاء في حالة مخالفة القانون، وعدم التعاون

على تحقيق أهداف التنظيم الصحي من حيث الاهتمام بالمرضى والحفاظ على الوسائل العامة، او تقديم الحوافز والمكافآت لدفع الموظفين وحثهم على الأداء الجيد، أو التعمق في بحث الأسباب غير الظاهرة المتعلقة بمشاكل عدم التعاون كمقاومة التغيير مثلا او رفض القرارات التسييرية والتنظيمية.

وقد وصف بارسونز أربعة متطلبات وظيفية لابد ان يعمل كل تنظيم على تحقيقها ليضمن البقاء ويتكيف في سياق حركية التفاعل مع البيئة الخارجية، وهذه المتطلبات الوظيفية الأربع تتماشى مع الأنساق الفرعية الأربعة المكونة للمجتمع وهي:

1- النسق الاقتصادي: الذي يشتمل على مجموعة الأنشطة الخاصة بالإنتاج والتوزيع، ويحقق وظيفة التكيف أي أنه ومن خلال عملية تنظيم الإنتاج يمكن المجتمع من التكيف مع البيئة، ويسيطر عليها لكي يستمر في الوجود.

2- النسق السياسي: ويشتمل على مجموعة الأنشطة التي تتصل باتخاذ القرارات وتعبئة الموارد ويحقق وظيفة تحقيق الهدف، أي انه يرسم للمجتمع أهدافه ويعمل على تعبئة الموارد الممكنة لتحقيقها.

3- نسق الروابط المجتمعية: وهي مجموعة النظم التي تعمل على إقامة علاقات متبادلة بين الافراد والجماعات، وتجعلهم يحققون درجة عالية من التضامن مثل القانون والدين، والنظم القانونية، وكل المؤسسات التي تجمع الناس على أهداف معينة كما أن هذه الروابط تحقق وظائف التكامل أي أنها تفرض التنسيق اللازم لاستمرار المجتمع بدون فوضى.

4- نسق التنشئة الاجتماعية: ويقوم بوظيفة المحافظة على نمط المجتمع حيث يتم نقل ثقافة المجتمع إلى الافراد الذين يستدمجونها، فتصبح عاملا مهما في خلق الدافعية للسلوك الملتمزم عن طريق التنشئة الاجتماعية. (أحمد، 2006، الصفحات 113-114).

وفي ضوء ما سبق يتضح أن عملية التوازن لها وظيفتان: مواجهة التوترات الداخلية من جهة، ومواجهة التغيرات الخارجية التي تهدد كيان النسق ن جهة ثانية، فتعمل على دمجها وتشكيلها في نظم يوجهها النسق لخدمته، خاصة وأنه ملزم وظيفيا بتحقيق مطلب التكيف من جهة أخرى. (مصباح، 2018، صفحة 116)

وتجدر الإشارة إلى أن الاستجابة للتنظيمات النقابية والحركات الاحتجاجية والمطالب الاجتماعية بتحسين ظروف موظفي السلك الصحي وأجورهم، وتحسين نوعية التكفل الصحي بالمرضى واستقبالهم، وتوظيف وتوفير المستلزمات الطبية الحديثة وتعميمها بالمستشفيات كجهاز السكانير الغير موجود بالكثير من المستشفيات العمومية، وكذلك توسيع الطاقة الاستيعابية للمستشفيات وعصرنتها كلها أمور تعد حسب بارسونز آلية وميكانيزم لتكيف

النسق، أو القطاع الصحي مع التوترات الداخلية والتغيرات الخارجية، حيث يقوم بإستدماج هذه المطالب وتبنيها لتفادي المشاكل والتوترات والتهديدات التي قد تظهر في حالة تجاهلها. وهذه الميكانيزمات تتقاطع والإرهاصات الأولى لمفهوم المسؤولية الاجتماعية التي صارت المؤسسات المعاصرة تعمل على تبنيها لتعزيز وجودها السياسي والاجتماعي.

هذا وقد حلل بارسونز علاقات الاعتماد المتبادل بين أنساق المجتمع في ضوء ما أسماه بأنساق التبادل، حيث افترض أن كل نسق له عوامل إنتاج أي مدخلات Inputs ومنتجات أي مخرجات Outputs، وكل نسق يتبادل مع الأنساق الأخرى بما لديه من عوامل إنتاج وما لديه من منتجات، وان الأنساق تتعامل مع بعضها البعض من خلال رموز للتبادل، فالنسق الاقتصادي يخاطب الأنساق الأخرى بلغة النقود، والنسق السياسي يخاطبها بلغة القوة، والروابط الاجتماعية تخاطب الأنساق الأخرى بلغة التأثير أما التنشئة الاجتماعية فتخاطبها بلغة الإلتزام. (روشييه، 1981، الصفحات 115-116)

ومن خلال تفكيك بارسونز للنسق الكلي إلى أنساق فرعية بينها علاقات اعتماد متبادل في إطار سعي كل نسق لتحقيق هدف محدد، وتعامله مع باقي الأنساق برمز خاص به، وإعادة تجميع هذه الأنساق في شكل نسق اجتماعي كلي يهدف للحفاظ على التوازن الدينامي، والتكيف مع التغيرات المحيطة داخليا وخارجيا، ضمن حركية تبادل المدخلات والمخرجات بين التنظيم وبيئته يمكن اعتبار المنظومة الصحية أو القطاع الصحي كنسق فرعي من المجتمع يتفاعل مع بقية الأنساق الأخرى على الشكل نسق اجتماعي كلي يهدف للحفاظ على التوازن الدينامي، والتكيف مع التغيرات المحيطة داخليا وخارجيا، ضمن حركية تبادل المدخلات والمخرجات بين التنظيم وبيئته يمكن اعتبار المنظومة الصحية أو القطاع الصحي كنسق فرعي من المجتمع يتفاعل مع بقية الأنساق الأخرى على الشكل الذي حدده بارسونز في نظريته حول النسق الاجتماعي حيث يعد النسق السياسي والنسق الاقتصادي بمثابة محددات البيئة الخارجية في حين نجد أن نسق الروابط الاجتماعية والتنشئة الاجتماعية يمثلان البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية، فالنقود التي يوفرها النسق الاقتصادي تمكن من التكيف مع ضرورات التغيير، وتحسين الظروف العمل الصحي وتوفير المستلزمات الطبية، في الوقت الذي يمثل النظام أو النسق السياسي القوة التي تلزم المؤسسات الصحية على تحقيق الأهداف الخاصة بتوفير الرعاية الصحية وتحقيق التنمية وضمان الأمن الصحي وعصرنة المنظومة الصحية عبر تطبيق إستراتيجية الدولة في المجال الصحي وهنا يبرز ما يعرضه بارسونز عن العلاقة والاعتماد الوظيفي بين الأنساق الفرعية للمجتمع والنسق الكلي والعلاقات التكاملية بين أدوار ووظيفة كل نسق حيث يشبه النظام الصحي في علاقته بالنظام السياسي بعلاقة الأدوار المتكاملة والغير متكافئة بين المريض والطبيب، لأن كل من الطبيب والمريض بحاجة إلى الأخر لتلبية متطلبات أدوراهما الخاصة، وهذه العلاقة ليست متكافئة لأن الطبيب يتمتع بسلطة عليا وقوة توجيهية على سلوك المريض. (حمادي وحسن، صفحة 61)

أما على المستوى الداخلي للمؤسسات الاستشفائية فإن نسق التنشئة الاجتماعية يمثل النسق الثقافي الذي يعمل على المحافظة على هوية الأفراد ومؤسستهم ويعزز الالتزام بالمعايير والقيم السائدة ونشر القيم الثقافية التي تجعل الأفراد يقومون بخدمة المؤسسة، والحفاظ على وجودها، وتنمية مؤشرات الولاء، والانتماء بهدف احتواء واستيعاب التوترات الداخلية داخل البيئة التنظيمية ليكون النسق الفرعي الأخير هو نسق الروابط المجتمعية، والذي يمثل النسق الاجتماعي بالنسبة للأنساق الفرعية للفعل وتبادل التأثير والاعتماد المتبادل بين المدخلات والمخرجات مع الأنساق الفرعية الأخرى لتحقيق وظيفة التكامل التي تكون من خلال التضامن والتنسيق بين أجزاء المؤسسة ووظائف النسق النظامي، والنسق الإداري، والنسق الفني.

2.1. التخصص وتفويض السلطة لدى سيلزنيك:

يعد مبدأ التخصص وتفويض السلطة في إطار اللامركزية بالنسبة لسيلزنيك من المبادئ الإرشادية لتحقيق أهداف التنظيم، والتخلص من العراقيل البيروقراطية، وهو ما يتوافق ومتطلبات تحقيق التنمية الصحية المستدامة التي تركز أيضا على عامل اللامركزية وتفويض السلطة في نطاق التخصص، فالأطباء المتخصصين ورؤساء المصالح الطبية أقرب من الرجل المركزي الإداري لإتخاذ القرارات المناسبة في الوقت الصحيح، وهذا راجع لتعاملهم المباشر مع الحالات المرضية، وإدراكهم الفعلي لطبيعة المتطلبات والإجراءات العلاجية المناسبة لتخطي المخاطر والتهديدات الصحية الروتينية والطارئة، لذلك لا بد على الهيئات التسييرية للمؤسسات الصحية أن تقوم بإستشارة مختلف الفاعلين ضمن هيكلها التنظيمي، وتشجيعهم على المبادرة وتقديم الاقتراحات لتجاوز مختلف المشاكل والعراقيل التي قد تعترض السير الحسن للعمل الصحي بالمؤسسات الإستشفائية وهذا عملاً بما ذهب إليه "حاروش" الذي يرى أن "الهيكل التنظيمي للمؤسسات الاستشفائية يختلف اختلافا جوهريا عن التصميمات الخاصة بالتنظيمات الأخرى، فالمستشفى عادة ما يؤسس على علاقة فريدة ومميزة بين السلطة الرسمية المستمدة من المركز ممثلة في الهرم الإداري من جهة، وسلطة المعرفة ممثلة في الأطباء والمهنيين الآخرين من جهة أخرى/ مما يخلق هيكلًا رسميًا منتشرًا وغير عادي، هكذا فالسلطة في المستشفى لا تنبثق من مصدر واحد أو منفرد ولا تتسلل عبر خط منفرد كما هو الحال في غالبية التنظيمات الرسمية وهي الصفة الأساسية للنموذج البيروقراطي." (حاروش، 2012، صفحة

أيضاً تستخدم المستشفيات القواعد والإجراءات التنظيمية الإدارية للتنسيق بين عمل مختلف الوحدات الإدارية الطبية، وهذه الوسائل التنسيقية تكون فعالة في الأعمال النمطية والمبرمجة، ولكن هناك مشكلات ترافق عملية العناية بالمرضى ومعالجتهم ، لهذا لا يمكن الاعتماد الكلي على الإجراءات الإدارية لغايات التنسيق وهنا لابد من التنسيق التطوعي بين مختلف الهيئات الإدارية والمصالح الطبية من أجل التعامل مع الاحداث المستجدة، ويرتكز ذلك على نظام القيم الشخصية والتنظيمية المتعلقة بالإطار غير الرسمي الذي يجب أن يكون في صالح التنظيمات الرسمية لتجنب البيروقراطية المغلقة والسلبية. (حاروش، 2012، الصفحات 87-88)

ففي الوقت الذي يتعلق تفويض السلطة بكيفية توزيع السلطات في المؤسسة، وإلى أي مدى يتم تطبيق المركزية واللامركزية، يتم تفويض السلطة من أعلى إلى أسفل، مع بقاء المسؤولية على عاتق الرئيس الذي فوض بعض صلاحياته وله الحق في إلغاء تفويضه، غير أن التفويض في كل الأحوال لا يكون كلياً وشاملاً بل لجزء من المهام وجزء من الصلاحيات في إطار التخصص، "وتفويض السلطة من شأنه تحقيق فعالية المؤسسات الصحية في تحقيق أهدافها، نتيجة توفير الوقت للرؤساء للأمور الأهم وزيادة عنصر الثقة والروح المعنوية لدى المرؤوسين، ومشاركتهم الفعالة في صنع القرارات وتحمل المسؤولية، واكتشاف القدرات الكامنة لدى مرؤوسهم لتحمل المهام القيادية من خلال تطوير وتنمية مهاراتهم، فتفويض السلطة ما هو إلا تدريب للآخرين لشغل المراكز الأعلى بالمؤسسة". (الأحمدي، 2011، صفحة 52)

2. النظريات التنظيمية الحديثة:

ظهرت النظريات الحديثة في التنظيم كرد فعل على الانتقادات الموجهة للاتجاه التقليدي والإنساني، فركزت على إيجابيات هذين الاتجاهين بغية تطويرها وتجنب الانتقادات الموجهة لها والنقائص التي إعترتها، وقد ساعدت الثورة الرقمية والعولمة والتغيرات العلمية والتكنولوجية في مجال بيئة العمل والتنظيمات، فصار لزاماً على هذه النظريات التكيف مع التغيرات البيئية لضمان بقائها والحفاظ على وجودها، فأى تنظيم لا يمكن ان يستمر بمعزل عن باقي التنظيمات في ظل بيئة مفتوحة تؤثر وتتأثر بالظروف المحيطة. وتشارك النظريات الحديثة في النقاط التالية: (سليمانى، بوشارب بولوداني، ليتيم، ساطوح، ورماش، 2011، صفحة 85)

- النظر للتنظيم على انه نسق مفتوح.
- الاعتماد على القيادة الديموقراطية (نمط إشراف يركز على العمال).
- إشراك العمال في اتخاذ القرار مع إعطاء حد أدنى من السلطة للإدارة.

- الاهتمام بالجوانب المادية والمعنوية في تحفيز العمال مع ضرورة المحافظة على التوازن بين الإسهامات التي يقدمها العمال والمكافآت التي يحصلون عليها.
- الاتصالات الرأسية والأفقية وفي كل الاتجاهات.
- الاعتماد على العلاقات الرسمية وغير الرسمية داخل التنظيم.
وينطوي تحت الإتجاه الحديث مجموعة من النظريات سنختار منها الأكثر خدمة لموضوع دراستنا وهي: نظرية إتخاذ القرار لهيربرت سيمون، ومدخل النظم والنسق المفتوح، نظرية الإدارة بالأهداف لبيتر دراكر، إضافة إلى إدارة الجودة الشاملة.

1.2. نظرية إتخاذ القرار لهيربرت سيمون:

وضع "هيربرت سيمون" إسهاماته بمعية زميله "جيمس مارش"، ومركزه أن عملية إتخاذ القرار ليست عقلانية مطلقة لأنها تحتاج جهد بشري يتأثر بجملة من القيود والمعوقات منها: المهارات والعادات الفردية إتجاه طبيعة العمل وقراراته، الدوافع والقيم وانتماءات القائد أو صاحب القرار، بالإضافة لنوع وحجم وطبيعة المعلومات والبيانات التي يمتلكها صاحب القرار والتي تتأثر بعدة عوامل منها: الوقت المناسب، المصدر الصحيح، والعرض السليم، وهذا ما يجعل البدائل المتاحة لمتخذ القرار مرتبطة بما في حوزته، مما يضعنا تحت حتمية تحسين الفرص والبدائل المتاحة من أجل إتخاذ القرار العقلاني والواقعي لإيجاد الحلول الأفضل والأنسب لحل المشكلات التي تعترض التنظيم، خاصة وأن المؤسسة توجد في بيئة متغيرة تفرض عليها ضرورة التكيف والموازنة بين ما هو متاح وما هو مأمول، لتحقيق الرضا بالنسبة للعاملين وتحقيق أهداف المؤسسة وضمان بقاءها وإستمراريتها في ظل التهديدات البيئية المحيطة. وتتأثر عملية إتخاذ القرار بمبادئ العقلانية المحدودة، حيث أن نمط العمل يتطلب التأقلم مع التوجهات الحديثة في السلوك التنظيمي، إذ صار المبدأ هو البحث عن الطريقة المناسبة لكل بيئة وليس الطريقة المثلى، فإتخاذ القرار وتشخيص المشكلة لا بد ان يراعي طبيعة بيئة العمل وخصوصيتها إذا كان هدفنا هو تحقيق الفعالية، كما تتأثر عملية إتخاذ القرار بطبيعة الفاعلين أي الموظفين والإدارة والتنظيم الداخلي للمؤسسة وظروف البيئة الداخلية ككل، كما يجب ان تستجيب لتطلعات البيئة الخارجية، فالمدیر العصري هو الذي يبحث باستمرار عن المهارات والكفاءات التي يتمتع بها كل عامل بحيث يمكنه في النهاية من توظيفها والاستفادة منها في تحسين مستوى الأداء. (بوحوش، 2006، صفحة 27)

وإضافة لما سبق فإن عقلانية القرار ورشده تتأثر بالبيئة المحيطة وتغيراتها وجماعة العمل والتخصص الوظيفي لصاحب القرار ومؤهلاته، كما يجب الاستعانة بتوظيف مزايا التكنولوجيا والرقمنة في تحديد المعطيات والبيانات الكفيلة بتكوين صورة أشمل عن المشكل الذي يعترض

التنظيم خاصة وأنه نسق مفتوح يتأثر بالقيود البيئية التي تحد من عملية اتخاذ القرار داخل التنظيم. (طلعت، 1993، صفحة 116)

إن المهام والوظائف التي تقدمها المؤسسات الصحية والاستشفائية ذات طابع اجتماعي بالدرجة الأولى، وتختلف عن باقي المؤسسات الخدمائية بالنظر لتفاعلها الإنساني المباشر مع المرضى الذين هم في حاجة لخدمات إنسانية اجتماعية طبية تراعي التأثيرات الصحية على حالتهم الاجتماعية والنفسية بالدرجة الأولى ولهذا لا بد من أن تكون هناك لامركزية بالقرار، لأن الطبيب المتخصص هو المتفاعل المباشر مع المريض وبالتالي سيكون أكثر دراية بالحالة الصحية وطبيعة القرار الصائب للمريض وهنا فإن عوامل الرشد والعقلانية تكون محددة بطبيعة العمل الصحي الاجتماعي الإنساني بالدرجة الأولى لأنه يتفاعل مع أفراد يؤثرون ويتأثرون بما يحيط بهم من عوامل داخلية وخارجية أيضا.

هذا ويتضح من خلال ما تناولناه ان هيربرت سيمون على عكس نظرة النظريات الكلاسيكية للعقلانية التي لا تأخذ بمشاركة الموظفين في اتخاذ القرار بسبب مركزته كما أنها لا تقيم اعتبارا للعوامل البيئية الداخلية والخارجية للتنظيم يُقدم مفهوما جديدا يقترب من القرار التوافقي الذي يرضي الأغلبية لكونهم مشتركون في اتخاذه وبالتالي فمستوى عقلانيته سيكون أوسع لمشاركة كل المستويات التنظيمية به (حاروش، 2012، صفحة 128)

2.2. نظرية النظم والنسق المفتوح: Systems Theory and Open System

يقوم النظام المفتوح على جملة المدخلات التنظيمية، والتي تتكون من المدخلات البشرية، والمادية، والتكنولوجية، إضافة إلى المدخلات المعنوية، لتحول كل هذه المدخلات إلى مخرجات (سلع وخدمات) عبر سلسلة من الأنشطة والعمليات الإدارية هذه الأخيرة تعرف بوظائف الإدارة والسلوك التنظيمي وتضم العمليات التالية:

- عمليات الاتصال الرسمية وغير الرسمية.
- القيادة والإشراف وسلطة التأثير على التابعين.
- البحث والتقصي عن المعلومات وتحليل المواقف والمتغيرات.
- الاختيار والمفاضلة بين البدائل لإتخاذ القرارات وحل المشاكل.
- التحفيز للأفراد والجماعات لتحقيق أهداف مشتركة.
- الرقابة لضمان توجيه سلوك الأفراد نحو تحقيق الأهداف.
- تقييم المنجزات التنظيمية ضمن ما خطط له من وقت وجهد.
- التصحيح والتحديث لضمان وحدة الحركة وسلامة التغيير.

- تجميع الموارد والإستغلال الأمثل للفائض. كل هذه العمليات يقوم من خلالها التنظيم بتغيير المدخلات إلى المخرجات وأشكال مناسبة لأهدافه. (تاويريت، 2009، صفحة 47)

وتجدر الإشارة إلى أن هذه النظرية تعد من بين أحدث وأدق نظريات التنظيم لأنها لم تركز على متغير على حساب الآخر، بل أكدت على أهمية جملة من المتغيرات كالأفراد، والهيكل التنظيمي الرسمي وغير الرسمي، واستخدام التكنولوجيا في العمل إضافة للبيئة الخارجية التي توجد فيها المنظمة وتتفاعل معها، وتستمد منها مدخلاتها، وتصدر إليها مخرجاتها، مع مراعاة عدم نسيان التغذية العكسية التي تمد المنظمة بالمعلومات الراجعة حول مدى مطابقتها لمطالبات البيئة التي تتعامل معها، وجوانب القوة والضعف فيما، ليتم عرضها في صورة سلعة او خدمة.

كذلك نظرت هذه النظرية للتنظيم باعتباره نسقا مفتوحا يتفاعل مع تنظيمات ومؤسسات ونظم اجتماعية أخرى، وهي أنساق فرعية لنسق كبير كلي وهو المجتمع، ولما كان المجتمع هو مجموعة من لانساق الفرعية البسيطة والمعقدة فإن قيام كل نسق بوظائفه يعتمد على علاقته بالأنساق الأخرى وعلى علاقته بالمجتمع ككل وهو ما يسمى الاعتماد الوظيفي المتبادل. (بدر، 2008، صفحة 261)

ويمكن القول أن المستشفى نسق مفتوح يتكون من الافراد العاملين، والجماعات والأقسام الداخلية، وكل منها يشكل نسقا فرعيا ضمن النسق الكلي والذي هو المستشفى، فهذا الأخير يتكون من مجموعة أقسام ومصالح متخصصة في مجال محدد بمقتضى الهيكل التنظيمي الذي يحدد الوحدات الطبية والإدارية، ولكن هذه الأقسام في حاجة لبعضها البعض من أجل أداء مهامها، فكل نسق او إدارة او مصلحة تتفاعل مع المصالح الأخرى من حيث الحصول على المعلومات التي ستمكها من التشخيص السليم وتحديد آليات العلاج المتوفرة، وتوجيه المريض إلى المصلحة المناسبة، ولا يمكن في إي حال من الأحوال ان يعمل أي قسم بمعزل عن التأثير والتأثر بالظروف المحيطة من حيث الإمكانيات، والوسائل لتقديم الخدمات، والحصول على التقييم المناسب، وبالتالي فالعملية الصحية تتم في ظل علاقة تفاعلية وتبادلية بين المدخلات والمخرجات والعمليات غايتها الفعالية التنظيمية التي يعرفها أنصار هذا الاتجاه على أنها قدرة أحد التنظيمات على استغلال تنظيم او تنظيمات أخرى للحصول على الموارد اللازمة له وتصريف منتجاته والمحافظة في نفس الوقت على إمكانية عقد صفقات مستقلة تمنحها لقدرة على التخلي والتكيف مع التغيرات والتهديدات البيئية المحيطة من أجل تعزيز فرصها للتكيف والحفاظ على استمرارها. (بدر، 2008، صفحة 263)

وبالعودة للمؤسسات الإستشفائية نجد أن الموارد المالية والبشرية والتكنولوجية تعد بمثابة مدخلات تضاف إليها جملة من العمليات التنظيمية والتخطيطية والإدارية والرقابية والتوجيهية لتحول إلى مخرجات هي ستساهم في خلق مدخلات جديدة للمستشفى من أجل تحسين خدماته وتطويرها، وذلك بعد عمليات التقييم والتقويم التي تتيحها له عمليات التغذية الراجعة التي تعد بوابة رئيسية بالنسق المفتوح.

والتغذية الراجعة او التغذية العكسية هي بمثابة نتائج التقييم التي تكتشفها المؤسسة الصحية بعد تقديم خدماتها الصحية، وقياس مستوى رضا الموظفين والمرضى والمجتمع اتجاه البيئة الداخلية. كما أن التغذية الراجعة هي عملية مراجعة تمكن المؤسسة الإستشفائية من تحديد مكامن القوة والضعف في تحقيق أهدافها التنظيمية والصحية، قصيرة المدى منها وبعيدة المدى، وما تتطلبه من ضرورات التكيف مع التغيرات المحيطة والتعديل والتطوير، وبناء إستراتيجية للدعم والاستقطاب وضمان موارد ومدخلات أكثر نفعاً، وأحسن نوعية، لترقية وعصرنة العمل الصحي الاستشفائي، وتلبية احتياجات المواطنين والمجتمع من حيث الحصول على خدمات صحية تتميز بالجودة.

3.2. نظرية الإدارة بالأهداف لبيتر دراكر:

حاز بيتر دراكر سنة 1992 على جائزة نوبل بإسهاماته في مجال الاستثمار في الموارد البشرية، ورأى انه في ظل البيئة الخارجية المتغيرة وما يميزها من تجديد تكنولوجي لأبد من إعادة هيكلة المؤسسات بالتركيز على تكوين وتدريب وتأهيل مواردها البشرية وإعدادها لتبني أهداف المؤسسة وتحقيقها، وهنا لأبد من زيادة الإنفاق المخصص للموارد البشرية في المؤسسة.

والمورد البشري بات يشكل الميزة التنافسية، ولأبد من الاستثمار به من خلال توفير مختلف الآليات الكفيلة بالتعليم والتدريب المتخصص، وتوفير الرعاية الصحية للطاقت البشرية، مع التأكد من أن كل ما يتم إنفاقه سيعود بالفائدة مستقبلاً والتي ستتجلى بإرتفاع معدلات الاستقرار الوظيفي، وغياب دوران العمل كنتيجة للحصول على أجور مرتفعة وتوفر ظروف عمل أحسن. (سليمان، بوشارب بولوداني، ليتيم، ساطوح، ورماش، 2011، الصفحات 32-34)

ويري دراكر أن الفعالية هي " أن تعمل العمل الصحيح، بينما الكفاءة ان تعمل بطريقة صحيحة"، وإنطلاقاً من ذلك يحدد متطلبات التنظيم الفعال في: وضوح مهام الفرد وواجباته وحقوقه، تقليل المستويات التنظيمية، تخصص كل فرد بعمل محدد، مرونة الهيكل التنظيمي، اتباع نظام اتصالات واضح ومفتوح في جميع الاتجاهات، الرقابة المنظمة، وفعالية اتخاذ القرار. (سويسي ع.، 2009، صفحة 71)

وفي سياق ذي صلة، يمكن أن نشير إلى تغير ميكانيزمات التسيير الاستشفائي في ظل نظرية الإدارة بالأهداف، حيث أصبحت القيادات الإدارية الصحية تعمل على تحسين ظروف العمل ماديا، ومعنويا من خلال مساهمة التطور العلمي، والتكنولوجي في مجال وسائل وإمكانيات العمل الصحي، خاصة في إطار البيئة المتغيرة، والتقدم التقني الذي يجب ان يصاحبه اهتمام أكبر بموظفي القطاع الصحي باعتبارهم موارد بشرية تصنع الفارق إذا ما تمت الاستجابة لمتطلباتها واحتياجاتها المادية والمعنوية ولا يتم ذلك إلا بمرافقتهم ببرامج جديدة لتحسين مستواهم، وتدريبهم، وترقية تعاملهم وتحكمهم في آليات العمل الصحي التكنولوجية منها، والسلوكية أيضا. فالإدارة الاستشفائية يجب أن تكون مرنة ولها رؤية إستراتيجية من أجل تحقيق أهدافها، وهذا بالتفكير على المدى البعيد في حجم الفوائد التي ستحققها من تغيير آليات العمل التقليدي وتكييفه مع مستجدات التقدم العلمي، والتكنولوجي للحفاظ على وجودها من المخاطر والتهديدات الخارجية والداخلية أيضا.

4.2. إدارة الجودة الشاملة: Total Quality Management

يعد "إدوارد ديمنج" المؤسس الأول لنظرية الجودة التي ظهرت بعد الحرب العالمية الثانية في أمريكا لكنها لم ترق رواجاً هناك على عكس اليابان التي ألقى فيها العديد من المحاضرات منتصف الخمسينات وأشهر ما قاله للقادة الصناعيين في اليابان: إذا اعتنقتم فلسفة إدارة الجودة فستسيطرون على أسواق العالم خلال خمس سنوات، وبالفعل حصل ذلك سنوات السبعينات حينما غزت السلع اليابانية الأسواق الأمريكية.

فإدارة الجودة تعد ثورة وفلسفة إدارية جديدة تسعى إلى تحقيق الفعالية والتميز في الأداء، والتطوير المستمر في العمليات التنظيمية والتشغيلية عبر خلق ثقافة تنظيمية جديدة تركز على تلبية رغبات العملاء الداخليين والخارجيين، وتوقعاتهم، ورغباتهم. (المغربي، 2007، صفحة 399)

وترتكز إدارة الجودة الشاملة على متغير الثقافة التنظيمية حيث يتم تبني أهداف التنظيم على جميع المستويات التنظيمية ويعمل كل فرد على تحقيق الجودة في مجاله ليكون في النهاية المنتج أو الخدمة المقدمة على أعلى مستوى من الجودة التي ميزت كل المراحل التنظيمية التي مر بها هذا المخرج بناء على الاستجابة لاحتياجات المستفيد والحصول على رضاه عما قدم إليه، وهو ما يضمن بقاء المنظمة في ظل تزايد حدة المنافسة على كسب رضا الزبون. وترتكز عجلة الجودة لدى ديمنج على أربع عمليات هي التخطيط، التنفيذ، التقييم، التقويم.

وبالتالي فإدارة الجودة الشاملة كنموذج تسييري تسعى لتلبية احتياجات العملاء بأقل تكلفة ممكنة، مع مراعاة الجودة التي تفرضها متطلبات البيئة المحيطة والتنافسية، ولا يمكن تحقيق

ذلك إلا بالعمل على تجويد كل من المدخلات والعمليات او الأنشطة والمخرجات بصفة خاصة، مع التأكيد على التغذية الراجعة التي تتمثل في مدى رضا المتعاملين.(كاف و بلخيري، 2020، صفحة 589)

ولتقديم الأحسن اقترح ديمنغ برنامج مكون من أربعة عشر نقطة يهدف لتحسين وتجويد عمل الإدارات، ويمكن إسقاطها مباشرة على طبيعة العمل الصحي في المؤسسات الاستشفائية العمومية وما يتطلبه من استراتيجيات تفعيل ثقافة الجودة من أجل تعزيز آليات تطبيق الحوكمة الصحية كما يلي:

- تعهد النظام السياسي والوزارة الوصية ومديرية الصحة والهيئات القيادية العليا في المؤسسات الاستشفائية بمبدأ تحسين العمل، والعمل على ترسيخ ممارسات الجودة الخدمائية. خلق فلسفة جديدة لتطوير المنظومة الصحية، وتطبيقها عبر خطط تحسين الخدمات الصحية، وتحسين نوعية المدخلات عبر استراتيجيات محكمة قائمة على عمليات مدروسة مسبقا تجمع بين تحقيق اهداف الموظفين وإدارة المستشفى.

- تعزيز ثقافة الرقابة الذاتية والمسؤولية الاجتماعية، ودعم قيم النزاهة في العمل والالتزام التنظيمي، والالتزام بأخلاقيات المهنة.

- التركيز على اتخاذ القرارات الصائبة من خلال توفر المعلومات الكافية في الوقت المناسب، وتقييم الفائدة المستقبلية بدل التكلفة الآنية لتسهيل الحصول على أفضل الموارد والمدخلات. - توظيف التكنولوجيا في العمل الصحي، وتطويره من خلال وسائل الإعلام والاتصال، وكذا الحصول على أحدث تقنيات التشخيص والعلاج.

- رفع فرص وميزانية التدريب والتكوين النوعي لكوادر القطاع الصحي من إداريين وشبه طبيين خاصة في مجال تقنيات الرقمنة، والحوكمة الالكترونية، واستعمال المستلزمات الطبية الحديثة في مجال التشخيص والمتابعة الطبية.

- ضرورة توفر المؤسسات الصحية على قيادات متخصصة في مجال التسيير الصحي على قدر كبير من تأهيل والخبرة، وتحفيز الآخرين خرين وتقبل الحوار والآراء.

- العمل على التقليل من مظاهر وممارسات مقاومة التغيير، والقضاء على الصراع بين القيادات الإدارية والمسؤولين الصحيين الناتج عن تداخل المهام وخوفهم من فقدان مراكزهم. - تشجيع الاتصال المفتوح في جميع الاتجاهات داخليا وخارجيا بين الإداريين والطواقم الطبي وشبه الطبي والمرضى والمجتمع.

- التركيز على الإنجازات المحققة واقعيا في ظل الإمكانيات المتوفرة وتجنب الشعارات الرنانة، والحملات المناسباتية.

الفصل الثاني: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية

- التخلي عن الصورة النمطية لأقصى ولأفضل أداء، وفتح مجال الإبداع والمبادرة والتحفيز والمكافآت.
- خلق جو داخلي وخارجي مادي ومعنوي ضمن المؤسسات الاستشفائية العمومية من شأنه تعزيز انتماء الموظفين، واستقرارهم.
- اعتماد سياسة وبرامج التحسين المستمر لظروف العمل، وإمكانيات العمل الإداري والصحي، ونوعية الخدمات الصحية المقدمة.
- المرونة في أساليب الخدمة، وتقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية عبر اعتماد أفضل السبل لتحسين الخدمات، وتقديم أعلى مستويات للأداء.

خلاصة الفصل

في ختام الفصل الموسوم ب: الإطار النظري لحوكمة المؤسسات الصحية نكون قد تناولنا الجوانب والأبعاد النظرية الخاصة بالمتغير الأول لموضوع الدراسة حيث تظهر أهمية الحوكمة الصحية والاهداف المرجوة من تطبيقها على مستوى المؤسسات الصحية، من خلال مساهمتها بشكل مباشر وفعال في نشر المعلومات الصحيحة في الوقت المناسب لجمهور المهتمين بما يعزز مصداقية المؤسسة ونزاهتها وشفافية ما تنشره، كما أن عمل المؤسسات الصحية على توفير وتحسين وسائل العمل وظروفه من شأنه تحقيق رضا الموظفين ودفعهم لبذل مزيد من الجهود لتحسين مستوى الخدمات التي يقدمونها وهو ما يعني جودة الخدمات الصحية التي تركز على عاملين رئيسيين هم كواد القطاع الصحي أي الموارد البشرية المؤهلة إلى جانب توفر الإمكانيات المادية والمالية اللازمة لتحسين ظروف التكفل بالمرضى والاستجابة لمتطلباتهم في مجال التشخيص والعلاج الطبي، وهما العاملان المساهمين بشكل مباشر أيضا في تعزيز إدارة المخاطر الصحية وتمكينها من تولى دور الوقاية والتصدي للطوارئ الصحية المفاجئة، كما تطرقنا أيضا لأبعاد الحوكمة الاستشفائية ومبادئها وهنا لا بد من التذكير ان الحوكمة في نطاق المؤسسات الصحية تخضع لخصوصية مجال الدراسة من حيث كونها مؤسسة عمومية خدماتية لا تبحث عن الربح المادي بقدر ما تعمل على ضمان الخدمات الصحية الجيدة وبالمجانبة قدر الإمكان.

كما اننا ركزنا على التحليل النظري لحوكمة المؤسسات الصحية من زاوية المدخل البنائي الوظيفي الحديث الذي يركز على التحليل النسقي والنظم، بالإضافة لعدد من المداخل الإدارية والتنظيمية الحديثة، التي تسعى للتكيف مع البيئة المحيطة وتعزيز تواجد المؤسسات في إطار استراتيجية الاستجابة للتغيرات والتطورات الفنية التكنولوجية والعلمية الحالية.

تمهيد

أولاً: مفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات

- 1.1. الخلفية التاريخية لنشأة مفهوم المسؤولية الاجتماعية وتطوره
- 2.1. مفاهيم مرتبطة بالمسؤولية الاجتماعية
 - أ. التدقيق والمحاسبة الاجتماعية.
 - ب. أصحاب المصالح.
 - ت. التنمية المستدامة.
 - ث. الأداء الاجتماعي وحقوق المجتمع.
 - ج. أخلاقيات الاعمال وأخلاقيات مهنة الطب.
 - ح. متطلبات الايزو 21000 للتقييس.
- 3.1. المسؤولية الاجتماعية من منظور إسلامي

ثانياً: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية

- 1.2. أهمية المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات
- 2.2. أهداف المسؤولية الاجتماعية بالنسبة للمؤسسات الصحية
- 3.2. دوافع وأسباب ممارسة أنشطة المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي
- 4.2. مجالات المسؤولية الاجتماعية وأصحاب المصالح في المؤسسات الاستشفائية

ثالثاً: أساسيات المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية

- 1.3. خصائص المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية
- 2.3. مبادئ المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الصحية
- 3.3. أبعاد المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الإستشفائية

رابعاً: مرتكزات تفعيل المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي

- 1.4. متطلبات وعوامل تحقيق المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الصحية
- 2.4. دور الموارد البشرية في الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الصحية
- 3.4. مساهمة ثقافة الجودة في تفعيل الالتزام بالمسؤولية للمؤسسات الاستشفائية
- 4.4. معوقات وصعوبات الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الخدمائية

الصحية

خامساً: النظريات المفسرة للمسؤولية الاجتماعية

خلاصة الفصل

تمهيد:

على اعتبار المؤسسات الاستشفائية جزءا من النسيج الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع فهي مطالبة بضرورة التكيف مع التغيرات والتطورات العلمية والعالمية في مجال تحسين أساليب تقديم الخدمات وضمان النوعية، والاهتمام بالقضايا البيئية والاجتماعية استجابة لمتطلبات الأفراد و المجتمع والحكومات، لذلك تعكس المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات الجانب الاجتماعي من الأداء الخدماتي لمثل هذه المؤسسات، وتطور المؤسسات الصحية يكشف لنا بوجه واضح عن مسعى الارتقاء بالمنظومة الصحية والرعاية الطبية من خلال ما يقدمه من مؤشرات تعكس الأداء الاجتماعي للمستشفيات، الذي يركز على الالتزام الأخلاقي والطوعي بالدرجة الأولى، خاصة في ظل القطاع العمومي الذي يركز على اتاحة الخدمات الصحية للجميع، وضمان الحد الأقصى من مجانيتهما.

وكما هو الحال بالنسبة للحكومة الصحية ذات البعدين الداخلي المتعلق بالمدخلات الصحية والبعد الخارجي المتعلق بالاستجابة والتطوير، لتلبية احتياجات البيئة المحيطة بالمؤسسة، فالأمر كذلك بالنسبة للمسؤولية الاجتماعية بالنسبة للمؤسسات الصحية حيث لا بد من الجمع بين الاستجابة للاحتياجات الداخلية، ودعم الالتزام الداخلي اتجاه الموظفين من خلال تحسين بيئة وظروف العمل، والاستجابة لاحتياجات المرضى على الشكل الأفضل و كذا تعزيز مؤشرات الالتزام الاجتماعي للمستشفيات اتجاه المجتمع المحلي والبيئة التي تتواجد فيها، من خلال المحافظة على الاستدامة وتطبيق القانون والالتزام بأخلاقيات المهن الصحية.

أولاً: مفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات

1.1. الخلفية التاريخية لنشأة مفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات وتطوره:

تعود خلفية هذا المفهوم للعالم الاقتصادي "ادم سميت" حيث يركز على كون اغلب منظمات الاعمال تسعى لتوفير أحسن الخدمات لعموم المجتمع، وضمان أعلى مستوى ممكن من الربح، وفق ما يتلاءم مع القواعد القانونية والقواعد الأخلاقية السائدة. (البكري، 2001، صفحة 34)

ويمكن القول بان أي مؤسسة هي امتداد للمجتمع، وهو ما يؤثر بشكل مباشر في صياغة استراتيجيتها وهيكلها التنظيمي والتنفيذي ف "مهام ومسؤوليات الإدارة لأي مؤسسة تنبع من شخصيتها الاجتماعية ووجودها، كما ان المؤسسة تشترط من إدارتها ان تلتزم بمسؤولياتها

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

الاجتماعية، لأن السياسة العامة والقانون العام يحددان المدى الذي لا يمكن للشركات والمؤسسات ان تتجاوزه في سلوكياتها وأنشطتها". (دراكر، 2013، صفحة 435).

وهنا يؤكد "بيتر دراكر" رائد الفكر الإداري الحديث بأنه لا يمكن بأي حال من الأحوال إنشاء مؤسسة ما واستمرار بقائها بمعزل عن وجودها الاجتماعي، الذي هو امتداد لضوابط القانون والمجتمع الذي تتواجد فيه. حيث أن هذان الاخيران يضبطان وجودها ضمن السوق الاقتصادية، ومختلف تعاملاتها مع الشركاء الاقتصاديين والاجتماعيين الذين تفاعل معهم تلقائيا، وفق ضرورات المصلحة المتبادلة والحاجة للحصول على موارد وتسويق منتجات وخدمات. وهو الأمر الذي يوحي لنا بأن جل المؤسسات منذ القدم وعلى اختلاف أسباب نشوئها وأهدافها وحتى نوعيتها وأشكالها لم تكن لتنمو وتتطور في عالم سريع التغير إلا وقد تغير معها استراتيجيات التسيير والإدارة وكذا برامج التحسين والإنتاج وحتى التسويق لمخرجاتها استجابة للنمو وازدياد معايير التنافسية بين مختلف المؤسسات والدول، حيث أُلقت السيرورة التاريخية لتطور المجتمعات وازدياد ارتباطاتها ببعضها البعض في عالم أُلغت فيه التكنولوجيا الحدود بين الدول كما أن التقدم العلمي ألقى على نظريات الإدارة والاعمال لتطوير الشركات والمؤسسات لجعلها أكثر تنظيما وأكثر صرامة وأكثر مرونة في التعامل مع التغيرات البيئية المحيطة.

ففي الوقت الذي كانت فيه طبقة الكادحة البروليتارية تعاني من استحواذ طبقة البرجوازية وأرباب العمل على وسائل الإنتاج واستغلال جهودهم في مقابل مبلغ زهيد، زاد الوعي الاجتماعي، وظهرت الحركات الاحتجاجية، والتنظيمات النقابية من قبل هؤلاء للمطالبة بالمعاملة العادلة، وتحسين ظروف العمل، ورفع الأجور للتوافق مع الجهد المبذول من قبلهم، وتقليل معدلات فائض القيمة، ولذلك ظهرت العديد من النظريات التي تطالب بتحسين الظروف المادية والمعنوية للعمل والانتقال من اعتبار الأفراد مجرد آلة إلى التجاوب مع حقوقهم، وتلبية احتياجاتهم كالحق في الاجر العادل، والعطل، والتأمين، وتوفير الخدمات الصحية، وهو ما جعل أغلب مسيري الشركات والمصانع يبحثون عن حلول ناجعة لتلبية تطلعات العمال في مقابل الحصول على أعلى معدلات الأداء المتسم بالكفاءة والفعالية، وهو الامر الذي جعل الشركات والمصانع بعد الثورة الصناعية تحقق أضعاف ما كانت عليه من قبل وتزايد وتيرة النمو الاقتصادي والتجاري والتنافسية بين الشركات والمؤسسات. "ففي هذه الفترة الأولية لتشكل الشركات المعاصرة وبالإضافة إلى المشاريع المطالبة بالاهتمام بشؤون العمال وتحسين ظروفهم بدأت الأعمال الخيرية بالظهور...ومن الأمثلة التي تضرب كأقرب شكل بمفهوم المسؤولية اليوم منظمة الصندوق التكافلي: وهي مؤسسة تجنيد أموال نشأت

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

في الفترة ما بين 1918-1929 في كندا وأمريكا كانت تقوم بجمع الأموال من الشركات والعمال وتقوم بإعادة توزيعها على شكل مشاريع اجتماعية". (سعادة ورجا، 2019، الصفحات 18-19)

وفيما بعد توالى ظهور النقابات المختلفة، والجمعيات المتعددة المهتمة بتأثير النظام الاقتصادي بمختلف قطاعاته ومؤسساته على الأفراد والمجتمع، وظهر معه مفهوم الالتزام والأداء الاجتماعي للمنظمات، في محاولات لكسب تأييد المجتمع والأفراد، والبحث عن التموقع الاجتماعي والسياسي، فقد أصبح القانون ملزماً ومعاقباً في كثير من الأحيان للشركات والمصانع التي تلقى بمخلفاتها الصناعية في البحر أو البيئة عموماً دون تنظيم أو تنسيق، وزادت الدعوات الرافضة لمثل هاته الممارسات وزادت الدعوات المطالبة بضرورة الالتزام المسؤول بيئياً، خاصة بعد سلسلة الحوادث والكوارث البيئية التي تسببت في العديد من الأحيان بالتلوث ونفوق العديد من الحيوانات والأسماك وتعرض الغطاء النباتي للخطر، بل وتعدى الأمر ذلك ليشكل في كثير من الأحيان تهديداً مباشراً للصحة والسلامة الإنسانية. وكما هو الحال فإن حفاظ المؤسسات على وجودها بالإضافة لذلك يتوقف على مدى التزامها بالمعايير الأخلاقية التي تحظى بالقبول لدى المجتمع ومدى مساهمتها في تقدم وازدهار الحياة الاجتماعية ككل، وبالتالي أصبحت المؤسسات تتسارع لإعلان سياساتها بخصوص الاستجابة لمعايير المسؤولية الأخلاقية بالدرجة الأولى بما يضمن النزاهة والعدالة والشفافية والموضوعية، وكذا الإحتكام إلى المعايير القانونية وفق ما يتماشى مع البيئة الاجتماعية والمعايير الدولية، وكذا نظم حماية البيئة من التلوث والأخطار في خطى متماثلة مع ضرورة الحفاظ على المسؤولية اتجاه الأجيال القادمة من خلال الحفاظ على استدامة الموارد وحق الأجيال القادمة من خلال التنمية المستدامة والاقتصاد الأخضر.

ويختصر (بومطيع، 2008) الخلفية التاريخية لتطور مفهوم ومبادئ المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات، وبداية تبنيه من قبل المنظمة العالمية للتقييس الايزو (ISO) عبر مسيرة كرونولوجية يحددها ابتداء من سنة 2000م حيث ظهرت أبرز الدوافع الخاصة بتوثيقها والدعوة لتعميمها، والالتزام بها على النحو التالي:

- عام 2000 المستهلكون يُظهرون اهتمامهم حول المسؤولية الاجتماعية.
- ماي 2001 بدأت ISO دراسة جدوى حول وضع معايير تعنى بالمسؤولية الاجتماعية وجمع وجهات نظر المعنيين بها.
- سبتمبر 2002 أنشأت ISO/TMB مجموعة استشارية إستراتيجية مكونة من المهتمين بالموضوع لاستشارتهم في تكوين معايير عالمية ISO للمسؤولية الاجتماعية

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

- فبراير 2003 قامت هذه المجموعة بالبحث في مدى الاستفادة من وضع المعايير العالمية IS ومدى خلق قيمة مضافة على البرامج الموجودة.

- أبريل 2004 أطلقت المجموعة الاستشارية الإستراتيجية تقرير او توصيات شاملة تَضَمَّنت نظرة عامّة عن مبادرات المسؤولية الاجتماعية ميّزت القضايا التي يَجِبُ أَنْ تُؤَخَذَ في الحسبان من قِبَلِ ISO.

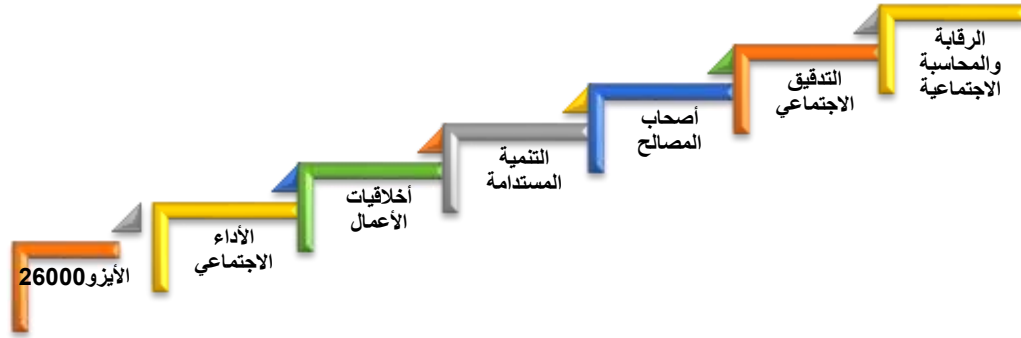
- أكتوبر 2004 رفعت ISO مقترحا بإنشاء المعايير العالمية الجديدة ISO 26000 المتضمنة معايير المسؤولية الاجتماعية، على أن يبدأ العمل بها في الربع الأخير من 2008 ويتضمن المعيار الجديد ISO 26000: الجانب الثقافي، الجانب الاجتماعي الحضاري، جانب البيئي والقانوني، شروط متعلقة بالتنمية الاقتصادية.

2.1 مفاهيم مرتبطة بالمسؤولية الاجتماعية:

يتفق الجميع على ان المسؤولية الاجتماعي هي إلتزام طوعي من قبل المؤسسات اتجاه الافراد والمجتمع والبيئة، ولعل أحسن تعريف مختصر هو ما قدمه جاد الرب في كتابه "مئة سؤال وجواب في القيادة الإدارية" بقوله " ان المسؤولية الاجتماعية هي سلسلة من التأثيرات المتتالية والمتبادلة بين المنظمة والعاملين بها ، وبين المنظمة والمتعاملين معها"(جاد الرب، مئة سؤال وجواب في القيادة الادارية، 2008، صفحة 81).

وهي تعبر بشكل عام عن مدى ملائمة سياسة تسيير المؤسسة لما هو متعارف عليه من حيث المصلحة العامة للأفراد والمجتمع ككل. فالتزام المؤسسات اجتماعيا لا يلغي حقها في تحقيق أهدافها وفق الرؤية الاستراتيجية التي ترسمها، بل يعزز فرصها للتوسع ويرفع قدراتها على التميز والتنافسية من حيث الجودة والسمعة، كلما توافقت أهدافها مع توقعات أصحاب المصلحة عموما بما فيهم الإدارة العليا للمؤسسة والموظفين وكذا المتعاملين معها والزبائن وذوي المصالح من منتجاتها او مخرجاتها ووجودها بشكل عام، ولهذا فان مفهوم المسؤولية الاجتماعية يتقاطع مع العديد من المفاهيم ذات الصلة بينها وبين المجتمع كمفهوم الأداء الاجتماعي للمؤسسات وأخلاقيات الأعمال والتنمية المستدامة...

الشكل رقم 15: مفاهيم مرتبطة بالمسؤولية الاجتماعية



المصدر: من إنجاز الباحثة

أ. الرقابة والمحاسبة الاجتماعية:

إن الرقابة والمحاسبة الاجتماعية باعتبارها مفهوم وثيق الصلة بالمسؤولية الاجتماعية فهي تعبر عن نوع من الرقابة الاجتماعية، والتي يقصد بها عموماً متابعة مدى الاستجابة لجملة مع القواعد والتوقعات المتعارف عليها، حيث لم يعد الأمر يقتصر على المراجعة والمحاسبة المالية فقط بل إمتد الأمر ليشمل كافة برامج وجوانب عمل الشركات والمؤسسات. فالنمو الاقتصادي وتزايد حجم الشركات والمؤسسات خلق تأثيراً مضاعفاً على مختلف جوانب البيئة الداخلية والخارجية للتنظيم، وهنا زادت وسائل الرقابة على نتائج والاثار الإيجابية والسلبية لهذه الأعمال، "لذلك برزت دعوات من قبل الهيئات الحكومية الإشرافية والمؤسسات الاجتماعية والبيئية وحتى من قبل بعض إدارة المشروعات التي تقوم بدورها الاجتماعي، حيث تدعو هذه الجهات المختلفة التي تبني قواعد ومبادئ محاسبية تتفق مع القيم والحاجات الاجتماعية، حيث إن تجاهل تقييم الأداء الاجتماعي للشركات سيؤدي إلى المساواة بين المؤسسات التي تقوم بدورها الاجتماعي وبين تلك التي لا تعير أي اهتمام للمصلحة الاجتماعية." (خالد، 2011، صفحة 21)

"إن المراجعة الاجتماعية استجابة ذكية من الشركات من أجل مواجهة الضغوط الداخلية من العاملين، والضغوط الخارجية من قبل أطراف المصلحة المختلفة، من أجل ان تظهر الشركة وكأنها بقدر ما تقوم بالأنشطة الاجتماعية لمعالجة المشكلات والاثار السلبية التي تنجم عن عملياتها وأعمالها، فإنها تبادر بالأعمال الاجتماعية العامة في خدمة المجتمع." (نجم، 2006، صفحة 212)

وتعتبر المحاسبة الاجتماعية ظاهرة حديثة نسبياً تبلورت بعد أن اتجهت الاقتصاديات الحديثة نحو المساعدة في تحقيق الرفاه الاجتماعي وبسبب الدور المحوري الذي تلعبه المحاسبة في المنظمات الاقتصادية أصبحت بشكل أو بآخر عامل أساسي في السعي لتحقيق

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

الرفاه الاجتماعي لكامل فئات المجتمع بينما كانت مسؤوليتها في السابق تقتصر على تحقيق الرفاه الاقتصادي لملاك المشروع. (خالد، 2011، صفحة 22)

ب. التدقيق الاجتماعي:

لوفاء المؤسسة بمسؤولياتها الاجتماعية لابد من التدقيق الاجتماعيين حيث يتجاوز هذا الأخير عملية التدقيق المالي والمحاسبي ليسلط الضوء على مدى الالتزام التنظيمي بالمسؤوليات الاجتماعية الملقاة على عاتق المؤسسة إذا يسمح التدقيق الاجتماعي ب:

- الاشراف والمتابعة الفعالة لتحسين الأداء والربط بين النواحي التنظيمية للمؤسسة واستجابتها الاجتماعية، والاطلاع على تكاليف الاثار البيئية والاجتماعية والثقافية لنشاطها قصد ترتيب الأولويات وتعديل نماذج العمل بناء على النتائج.
 - إمكانية تأثير أصحاب المصالح وعملاء المؤسسة على أسلوب الأداء التنظيمي للمؤسسة وصياغة الاستراتيجية المستقبلية بما يضمن مزيدا من الرضا وتوسع قائمة العملاء.
 - تقديم تقارير واقعية بناء على بيانات وإثباتات موثقة عن الأداء الاجتماعي للمؤسسة.
 - تقييم مدى قدرة المؤسسة على تحقيق الإضافة الاجتماعية والثقافية والبيئية المحققة ومدى رضا الموظفين والزبائن عنها.
 - ضمان خطط فعالة لتحسين الأداء الاجتماعي المستمر للمؤسسات وتطوير أساليب الاستجابة الاجتماعية عام بعد عام وفق المقاربة التشاركية والديموقراطية القيادية.
- (أحمد قايد، 6-7 ماي 2012)

ج. أصحاب المصالح:

تقوم المنظمات في عصر العولمة على التأثير الواسع الذي يشمل المجتمع بالنظر إلى عددها الكبير، وهو ما يفرض عليها مسؤوليات داخلية وخارجية ولا تقتصر على أصحابها فقط بل أيضا الموظفين والعملاء والمساهمين والبيئة والمجتمع المحيط بالشركة، وكلهم من يطلق عليهم أصحاب المصالح حيث تساهم هذه الأطراف في الشركة بأشكال مختلفة وفي المقابل تتوقع أن تلتزم الشركة بتلبية مصالحها. (قدري، 2015، صفحة 41)

إن أصحاب المصالح هم الأطراف المستفيدة من وجود المؤسسة وهم أنفسهم المتعاملين معها كالموظفين والمستهلكين لمنتجاتها، والطالبن لخدماتها، والبيئة الاجتماعية والطبيعية التي تتواجد فيها المؤسسة.

د. التنمية المستدامة:

تؤكد نظرية الكينجيتون **Elkington** والمعروفة بـ "**triple Botton line**" على ان الشركة جزء فعال في المجتمع، وبالتالي فهي مسؤولية اجتماعيا اتجاه المجتمع الذي تعمل فيه وتحقيق الاستدامة حسب هذه النظرية يتضمن ثلاث مستويات هي الاستدامة الاقتصادية، الاستدامة الاجتماعية، والاستدامة البيئية. فإلى جانب العمل على تحقيق الهدف الاقتصادي الاساسي لأي شركة وهو الربح، فلا بد من الأخذ في الحسبان كل من البعدين الاجتماعي والبيئي حفاظا على استمراريتهما، وضمان حسن علاقتها مع المجتمع الذي تتواجد فيه، وهو الأمر الذي يساهم بشكل إيجابي في رفع أرباح الشركات. (سعادة ورجا، 2019، صفحة 11)

تمثل المسؤولية الاجتماعية لشركات التوقعات الاقتصادية والقانونية والأخلاقية والاختيارية من جانب المجتمع لشركة معينة في وقت معين. (carroll, 1991, p. 35) يعتبر بون (**bowen**) أول من تحدث عن مفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات عام 1953 وقد أطلق عليها **Social Responsibilities of the Businessman** المسؤولية الاجتماعية لرجل الأعمال حيث عرفها بانها "التزامات من رجال الأعمال لاتباع سياسات اتخاذ قرارات، ومتابعة التوجهات المرغوبة والمتوافقة مع اهداف وقيم مجتمعه." (Bowen, 1953, p. 06) ثم تحول نحو استخدام مصطلح **Corporate Social Responsibility (CSR)** بعد ذلك.

وبناء على ذلك ايزو 26000 لسنة 2010 فالمسؤولية الاجتماعية تعني المسؤولية عن نتائج قرارات المؤسسة او الشركة وممارساتها على المجتمع والبيئة، حيث يجب ان تتسم بالشفافية والأخلاق وما يترتب عنه من مشاركة في التنمية المستدامة بما فيها مجالات الصحة ورفاهية المجتمع وتحقيق توقعات أصحاب المصالح والالتزام بالقوانين السارية والتوافق مع المعايير الدولية للسلوك. (حميدة ، صفحة 04)

هذا وتجدر الإشارة إلى ان مختلف الأنشطة والقضايا المتعلقة بالبيئة أصبحت تدخل ضمن ما اصطلح عليه بالمسؤولية البيئية وتعد هذه الأخيرة أداة لتجسيد البعد البيئي للتنمية المستدامة. ومن خلال ذلك فإن "مجالات المسؤولية البيئية هي تلك المساهمات والمسؤوليات الطوعية والالتزامات الملزمة التي تتحملها اتجاه حماية البيئة والاستغلال الرشيد للموارد الطبيعية وتحقيق استدامتها ومنع وتقليل التلوث البيئي". (فايدي، 14-15 نوفمبر 2016)

كما ويقصد بالتنمية المستدامة "التنمية التي تفي باحتياجات الحاضر دون المساس بقدرة الأجيال المستقبلية لتحقيق احتياجاتهم. وتقوم بدمج وتكامل الأهداف الخاصة بجودة الحياة، الصحة، رفاهية المجتمع، العدالة الاجتماعية، والحفاظ على قدرة عالمنا لدعم

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

الحياة بجميع اختلافاتها، وتعتمد هذه الأهداف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية على بعضها البعض وهناك دعم متبادل بينها". (ايزو 26000، 2010، صفحة 04)

الشكل رقم 16: أهداف التنمية المستدامة



المصدر: (منظمة الصحة العالمية، 2016، صفحة 16)

هـ. الأداء الاجتماعي:

قدم كارول (1979) نموذج الأداء الاجتماعي متضمنا ثلاثة عناصر أساسية وهي: تعريف رئيسي للمسؤولية الاجتماعية وقائمة المسائل التي تتمثل بها هذه المسؤولية الاجتماعية وتحديد نظرة الشركة في الاستجابة لتلك المسائل ويقدم كارول تعريفا للمسؤولية الاجتماعية بالشكل الذي يعبر عن التزامات الشركة اتجاه المجتمع من خلال أربعة أبعاد للأداء المؤسسي وهي الأداء الاقتصادي والقانوني والأخلاقي والخيري ويقصد بالأداء الاجتماعي البحث عن القبول الاجتماعي من خلال آليات عمل تعطي استجابات مناسبة من الشركة اتجاه القضايا الاجتماعية. (قديري، 2015، صفحة 40)

ويشير البعد الاجتماعي للأداء إلى الرضا عند أفراد المنظمة، فرضى العمال دليل ومؤشر على وفاء الأفراد لمنظمتهم، فالأداء الكلي للمؤسسة قد يتأثر على المدى البعيد إن ركزت المؤسسة على الجانب الاقتصادي والمالي وأهملت الجوانب الاجتماعية لموظفيها، فلتحقيق الجودة لابد من المزج بين الفعالية الاقتصادية والفعالية الاجتماعية فجودة الحياة الوظيفية والعلاقات الإنسانية داخل المنظمة تعزز الأداء الاجتماعي للمؤسسة (قديري، 2015، صفحة 40)

و. أخلاقيات الأعمال:

إن أخلاقيات الأعمال تعنى بالدراسة والتحليل المنهجي للحيثيات إتخاذ القرار على أن يراعي هذا القرار القيم الأخلاقية الصحيحة بالنسبة لأطراف البيئة الداخلية وأطراف البيئة الخارجية للتنظيم (العامري و الغالي، 2008، صفحة 135).

والمقصود بذلك هو الأخذ بعين الاعتبار المعايير والمبادئ الأخلاقية والأعراف والتقاليد المتعارف عليها بالنسبة للمجتمع الذي تتواجد فيه المؤسسة، ومدى استجابة عمالها وادارتها وانشطتها لمجمل هذه القواعد الأخلاقية المنظمة لجملة التفاعلات البيئية والخارجية داخل المؤسسة وخارجها.

ومن المصادر التي تشكل أخلاقيات الأعمال حسب (العامري و الغالي، 2008) هي: الدين والتاريخ والتقاليد والأعراف والثقافة القومية والوطنية والتكوين القبلي والعائلي والقادة والأحزاب السياسية ووسائل الإعلام ومدى تطورها والخبرة العلمية والعملية للمجتمع. وقد زادت الدعوة لترسيخ الأعمال والإدارة وفق الضوابط الأخلاقية نتيجة سيطرة مفهوم الربحية المحضنة على أهداف المؤسسات وسلوكيات الموظفين، وهو الأمر الذي بات يهدد نجاحها ويقلل فرصها في السمعة الجيدة وكسب الميزة التنافسية.

لذلك أصبح الالتزام الأخلاقي للمؤسسات هو السمة الفارقة بين المؤسسات التي تهدف للربح المالي السريع قصير المدى وبين تلك التي تسعى للربح الاستراتيجي على المدى البعيد. وبالنسبة لأخلاقيات المهن الطبية على وجه الخصوص فإن قسم الطبيب الاغريقي أبقراط (460-377 ق.م) هو أقدم وثيقة تناولت الأخلاقيات الطبية، ويرتكز هذا القسم على ثلاثة أبعاد أساسية هي :

أولاً: توكي المنافع للمريض وعدم الضرر وفق الحكم التقديري للطبيب.

ثانياً: الاحتفاظ بسرية المعلومات الخاصة بالمريض او من خلال التشخيص والمتابعة الطبية.

ثالثاً: الفضائل الشخصية للطبيب كالوفاء وعفة النفس. (نجم، 2006، صفحة 402)

الشكل رقم 17: القرار النموذجي كتفاعل بين الاعتبارات الربحية (المالية) والأخلاقية



المصدر: (نجم، 2006، صفحة 19)

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

وفيما يلي نستعرض محتوى المدونة الدولية للأخلاقيات الطبية وهي:

• الواجبات العامة للأطباء:

- 1- الحفاظ على المعايير العليا للسلوك المهني.
- 2- تغليب مصلحة المريض على مصلحة الطبيب الربحية.
- 3- التعامل الحذر مع الاكتشافات والتجارب الطبية.
- 4- احترام الخبرة الشخصية في اختبار والمصادقة على نتائج الأبحاث.
- 5- التركيز على مصلحة المريض بالدرجة الأولى حين استخدام كل ما من شأنه المساس بالقدرة الجسدية او الفكرية للفرد الخاضع للعلاج.

• واجبات الطاقم الطبي اتجاه المريض:

- 1- الإلتزام الدائم بالمحافظة على الحياة.
- 2- لا بد من تسخير موارد العلوم الطبيعية خدمة للمريض، مع واجب تقديم النصيحة الطبية له كما ان العلاج والشفاء خارج قدرة الطبيب.
- 3- يجب ان يكون الطبيب في مستوى الثقة ولا يعرض السر الطبي للمريض للكشف
- 4- ما لم تكن هناك فرق خاصة بالطوارئ، فإنه من الواجب انساني على كل طبيب تقديم الخدمات الطبية المستعجلة لمحتاجيها.

• واجبات الأطباء اتجاه زملائهم:

- 1- يجب كل طبيب أن يكون مثالا أخلاقيا لما يريد ان يعامل به من قبل زملائه.
- 2- يجب ان تتسم الممارسات الصحية بأخلاقيات التنافس، ولا يسحب الطبيب المرضى من زملائه بالأساليب غير المشروعة.
- 3- يجب على الطبيب الاطلاع على مبادئ تصريح جنيف للصحة والالتزام بها.

أما عن الممارسات غير الأخلاقية التي تعترض المهن الطبية فهي كل ما يتعارض ويناقض المسؤوليات السابقة الذكر، بالإضافة إلى الفساد المتعلق بقبول ومنح الهدايا أو الرشوة للحصول على خدمات أو امتيازات غير مستحقة ويعاقب عليها قانونا. واستغلال امكانيات وموارد القطاع الصحي العام من قبل الطاقم الطبي لأغراض شخصية. (Swash, 1995, p.

468)

وبالنسبة لJOHN فان اهم ثلاثة أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب هي الشعور بالمريض،

المهارات العالية والاستقلالية. (John, 2009, p. 22)

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

هـ- متطلبات الأيزو 26000 للمسؤولية الاجتماعية:

لقد تزايد الاهتمام بمعايير المسؤولية الاجتماعية لمراعاة البعد المجتمعي للتنمية، حيث قامت منظمة الأيزو بوضع مجموعة من معايير النظم الإدارية الحديثة التي تعتبر بمثابة مرجعيات يستدل بها، تعمل وفق نمط تسييري استراتيجي لخدمة الاعتبارات الاجتماعية والبيئية علاوة على الاقتصادية في إطار الاستدامة. (عفيفي، 2017، صفحة 03)

وايزو 26000 هي مجموعة من المواصفات القياسية الدولية التي تتضمن إرشادات حول المسؤولية الاجتماعية لجميع المؤسسات العمومية والخاصة، وفي كل دول العالم، وتهدف لتعزيز استجابة مختلف المنظمات والمؤسسات لمتطلبات المجتمع الذي يتواجد فيه.

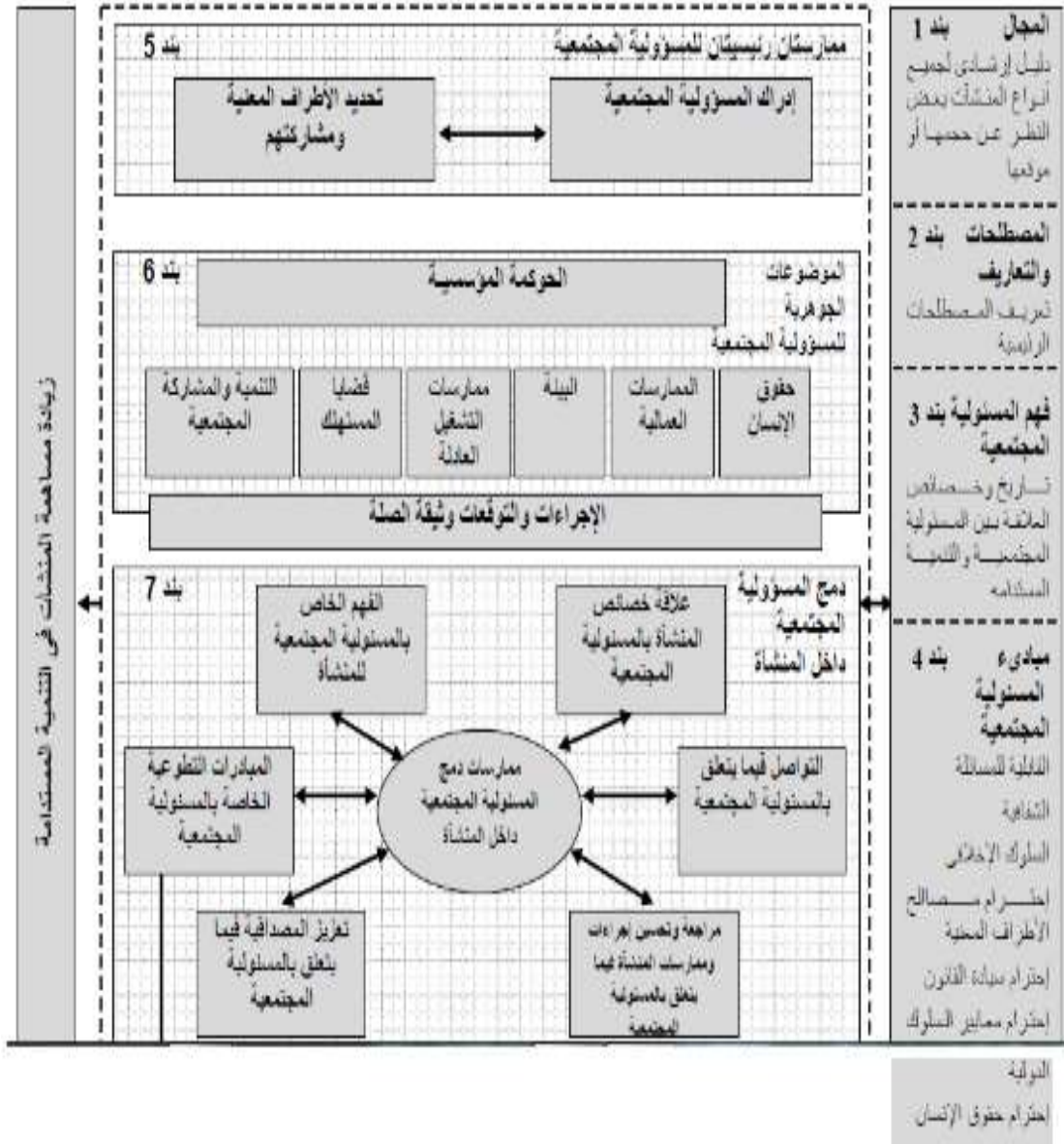
وبدأ نشاط هذه المنظمة (ISO) عام 1947، وهي تعمل على صياغة مختلف المتطلبات والشروط اللازمة لتحقيق الجودة والأمان والقابلية للاعتماد والمطابقة والكفاءة والفاعلية، وتطوير أساليب التسيير والعمل وترقية الإدارة وعصرنتها من خلال توظيف التكنولوجيا وضمان حماية حقوق المستهلكين وأصحاب المصالح وتسهيل الحياة الاجتماعية للأفراد. (الخليف، صفحة 05)

لقد تزايد وعي المنظمات حول العالم وكذلك الأطراف المعنية بأهمية السلوك المجتمعي المسؤول، لذلك جاءت هذه المواصفة الدولية القياسية الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية من أجل تحقيق منظور عام متفق عليه من أجل المساعدة في تحديد مبادئ المسؤولية الاجتماعية وممارساتها، خاصة وأن هدف المسؤولية الاجتماعية هو المساهمة في تحقيق التنمية المستدامة ورفاهية المجتمع.

وأصبحت العلاقة بين البيئة الاجتماعية التي تعمل فيها المؤسسة وتأثيرها على البيئة الطبيعية، بمثابة جزء بالغ الأهمية في قياس أداء هذه المؤسسات ومتابعة قدرتها على الاستمرار والحفاظ على وجودها، في إطار العمل والالتزام الطوعي لضمان وجود أنظمة بيئية وصحية واقتصادية تضمن الشفافية والمساواة المجتمعية والحوكمة المؤسسية.

إن الالتزام بمعايير المواصفة الدولية للمسؤولية المجتمعية من شأنه ان يحسن من سمعة المؤسسة ويرفع من قدراتها على استقطاب الكفاءات والزيائن والعملاء والتمويل، وتحسين شروط وظروف العمل بما يحقق الرضا الوظيفي ويزيد من معدلات الأداء وفعاليتها. (الخليف، الصفحات 15-16)

الشكل رقم 18: عرض تخطيطي لمواصفة الايزو المستقبلية 26000



المصدر: (ايزو 26000، 2010، صفحة 09).

3.1 المسؤولية الاجتماعية من منظور إسلامي:

ان غاية الاسلام من الفرد تدور حول ثلاثة أشياء: عبادة ربه وعمارة أرضه وتزكية نفسه، وعليه يمكن النظر الى المسؤولية الاجتماعية في الإسلام من خلال الاهتمام بثلاثة جوانب. (فايدي، 14-15 نوفمبر 2016، صفحة 08)

أ. مسؤولية الفرد إتجاه نفسه: اعتبار الإنسان مفضلاً على غيره من المخلوقات، وكذا تسخير ما في السماوات والأرض لخدمته، فان هذا الإنسان مدعو لأن يحافظ على بدنه وحياته وبقائه، وأن يعمل على ضبط غرائزه، وأن يحسن أخلاقه في تعاملاته مع الغير، ليكون في

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

النهاية محلا لأمانة التكليف والقيام لعمل الصالح الذي يساعده على التعايش مع الجماعة ويوطد علاقات التماسك والتعاون.

ب. مسؤولية الفرد إتجاه مجتمعه: من خلال المحافظة على حقوق الخير والتفاني في خدمة الصالح العام وعدم إلحاق الضرر به.

ت. مسؤولية الدولة عن الفرد والمجتمع: من خلال السهر على أمنه وأمانه وضمن حقوقه ومراقبة التزامه بأداء واجباته ومنحه الحق في العمل والصحة والتعليم

وتشير الكثير من الدلائل القرآنية والأحاديث الشريفة الى أن الإسلام أعطى أولوية للعمل الخيري والمسؤولية الاجتماعية ابتغاء مرضاة الله وليس لأي غرض دنيوي، كما أن عمل الخير وإشاعته وتثبيته من المقاصد الشرعية أو الضرورات الأصيلة التي تم حصرها في خمس و هي: المحافظة على الدين، وعلى النفس، والنسل، والعقل، والمال وزاد بعضهم سادسة و هي المحافظة على العرض، فحقوق المسلم كلها مسؤوليات اجتماعية، وإن كان الفرد مطالباً بمسؤولية اجتماعية، فعلى مستوى الجماعات والشركات والبنوك تكون المسؤولية أعظم. (مركز مراس للاستشارات الادارية، 2010، صفحة 28)

1- بعض الدلائل من القرآن الكريم:

- "وتعاونوا على البر والتقوى" (المائدة-3)

- "فمن تطوع خيراً فهو خير له" (البقرة- 184)

- "وآتى المال على حبه ذوي القربى واليتامى والمساكين وابن السبيل" (البقرة - 177)

- "و في أموالهم حق للسائل والمحروم" (الذاريات-19)

- "من يعمل مثقال ذرة خيراً يره" (الزلزلة- 7)

2- بعض الدلائل من السنة النبوية:

-قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «لا ضرر ولا ضرار» (رواه ابن ماجة و الدراقطني).

-وقوله صلى الله عليه وسلم: «كل سلامي من الناس عليه صدقة: كل يوم تطلع فيه

الشمس تعدل بين اثنين صدقة، وتعين الرجل في دابته، فتحمله عليها، أو ترفع له عليها متاعه صدقة، والكلمة الطيبة صدقة، وكل خطوة تمشيها إلى الصلاة صدقة، وتميط الأذى عن الطريق صدقة» (متفق عليه).

-وقال صلى الله عليه وسلم: "خير الناس أنفعهم للناس" (رواه ابن ماجة)

-وقوله صلى الله عليه وسلم: "كلكم راع ومسئول عن رعيته، فالأمير الذي على الناس راع

وهو مسئول عنهم، والرجل راع على أهل بيته، وهو مسئول عنهم، والمرأة راعية على بيت

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

بعلها وولده، وهي مسؤولة عنهم، والعبد راع على مال سيده، وهو مسئول عنه، ألا وكلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته" (رواه البخاري).

-وقوله صلى الله عليه وسلم: «المسلم أخو المسلم، لا يظلمه ولا يسلمه، من كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته، ومن فرج عن مسلم كربة فرج الله عنه كربة من كرب يوم القيامة، ومن ستر مسلما ستره الله يوم القيامة" (متفق عليه).

-ويقول صلى الله عليه وسلم: "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم مثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى" (متفق عليه).

إن الآيات القرآنية والأحاديث النبوية المعروضة أمامنا ليس سوى جزء ضئيل من دلائل استباقية لتطرق الشريعة الإسلامية للمسؤولية من منظور اجتماعي، فالفرد المسلم مطالب بأن يكون صالحا ومستقيما ويراعي حقوق الآخرين ولا يتعدها، وفق ضوابط الإسلام لأن شريعة الله لخلقها هدفها تنظيم المجتمع ولذلك فالمجتمع له حقوق على الأفراد كما للأفراد حقوق على الجماعة ومصدرها الوحي الإلهي المنزه عن الخطأ والسنة النبوية التي هي تجسيد للشريعة. وقد سبق الإسلام كل جهد وضعي يتعلق بالعلم والتنظيم حتى أن الاعجاز العلمي في القرآن يطالنا دوما عن حقائق مذهلة بشأن آيات وتفسيرات ربانية تبدو ميتافيزيقية ولغيبية مجردة، ولكن النظريات الوضعي والتطور العلمي والتكنولوجي يكشف لنا عن صدق وأسبقية ما جاء في القرآن الكريم من حقائق.

وكما هو الحال بالنسبة للجانب الاجتماعي لعلاقة الفرد بمحيطه فيمكن لنا ان نستعرض أبعاد المسؤولية الاجتماعية بأبعادها الأربعة التي وضعها كارول لنجد لها مكانا من منظور إسلامي قبل قرون غير انها أكثر شمولاً وأكثر عدلاً وأكثر فائدة من تلك ذات الاسهام البشري الوضعي.

أبعاد المسؤولية الاجتماعية في الشريعة الإسلامية: (مقري و يحيايوي ، 14-15 فيفري 2012)

البعد الاقتصادي للمسؤولية الاجتماعية: من خلال إقرار الدين الإسلامي بمشروعية الربح لكن في حدود وتغليب المصلحة العامة على المصلحة الفردية، والمنافسة العادلة والنزاهة، والابتعاد عن الانتهازية عدم الغش في السلع من حيث النوع والتمن والوزن

البعد القانوني: من خلال قدسية طاعة الله وولادة الامر امثالاً لما أمر به الله ونهى عنه، والمرجع في ذلك الكتاب والسنة، وإقرار القوانين المستمدة من الشريعة لتنظيم حياة الأفراد وعلاقاتهم ببعضهم وغيرهم وإقرار العقوبات أثناء خرق القوانين والقواعد والتعدي وفق قاعدة الحلال

والحرام، وقد حمى الإسلام حقوق العامل والمستهلك وحق البيئة والجار، ومحاربة الفساد والغش والرشوة و....

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

البعد الأخلاقي: إن الاخلاق في الإسلام هي مسألة عبادة، وهي نقطة تقاطع بين الفرد والجماعة، فتعاليمه اهتمت بأخلاق العامل واخلاقيات العمل والأخلاق الاجتماعية في ظل العمل الجماعي او التعامل مع المجتمع، وقد كفل الإسلام للإنسان أيا كان حقوقه من خلال احترامه باعتباره ذو كرامة له حق العبادة والحرية والعيش والملبس والغذاء. |
البعد الخيري: عن الخير كله في مبادئ الشريعة الإسلامية لأن مصدرها إلهي منزه عن الخطأ، حيث يتم الاهتمام بالمساكين والمحتاجين وذوي الاحتياجات الخاصة، من خلال توضيح صور التكافل الاجتماعي ودرء الذرائع والامر بالمعروف والنهي عن المنكر.

ثانياً: المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية

تعد المؤسسات الصحية نسقا فرعيا من النسق الكلي وهو المجتمع ، لذلك تعمل الدولة على تعزيز مسؤولية مختلف مؤسساتها، وتحسين علاقتها بالمجتمع عبر مجموعة من " المبادئ الاقتصادية والاجتماعية والإنسانية والبيئية، التي تركز على مبادئ حقوق الانسان وتكون متجانسة حيث تربط بين الاستدامة البيئية والتنمية الاقتصادية المتكاملة والأمن البشري والتنمية الاجتماعية الشاملة، التي تعزز العدالة الاجتماعية المستندة إلى المساواة والاستدامة والانصاف والمشاركة، وهذا يتطلب أيضا ضرورة وضع أسس لإرساء دولة مدنية ديموقراطية تنموية، تركز على عقد اجتماعي جديد مبرم بين الدولة والمواطن وقائم على المشاركة والمواطنة والمكاشفة والمحاسبة والمساءلة." (اعادة النظر في نموذج التنمية، 2015، صفحة 14)

1.2. أهمية المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات:

تعد المسؤولية عنصرا أساسيا في الشخصية الإنسانية السوية البالغة لارتباطها باكمال النضج العقلي والشخصي للفرد، وهي من مقومات الإنسان الواعي، والذي يعبر عن تلقيه لتنشئة أسرية واجتماعية سوية ساهمت بشكل مباشر في تعزيز قدرته على تحمل واجباته والحصول على حقوقه، ضمن إطار أخلاقي يكفل لأفراد المجتمع اخذ مالهم والوفاء بما عليهم. وان كان الفرد ملزم باحترام المجتمع الذي ينتمي إليه أو يتواجد فيه، فإن ذلك يعتبر توجه آخر على انتماءه للبيئة التي هو جزء منها، ونفس الشيء يقال عن المسؤولية الاجتماعية بالنسبة للجماعات، والمؤسسات، والشركات على اختلاف أنواعها وأهدافها، فما دامت هذه الأجهزة والهيئات جزء لا يتجزأ من النسيج الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، فهي تبقى ضمن إطار العلاقة التفاعلية وتبادلية التأثير بين المجتمع ومختلف أنساقه.

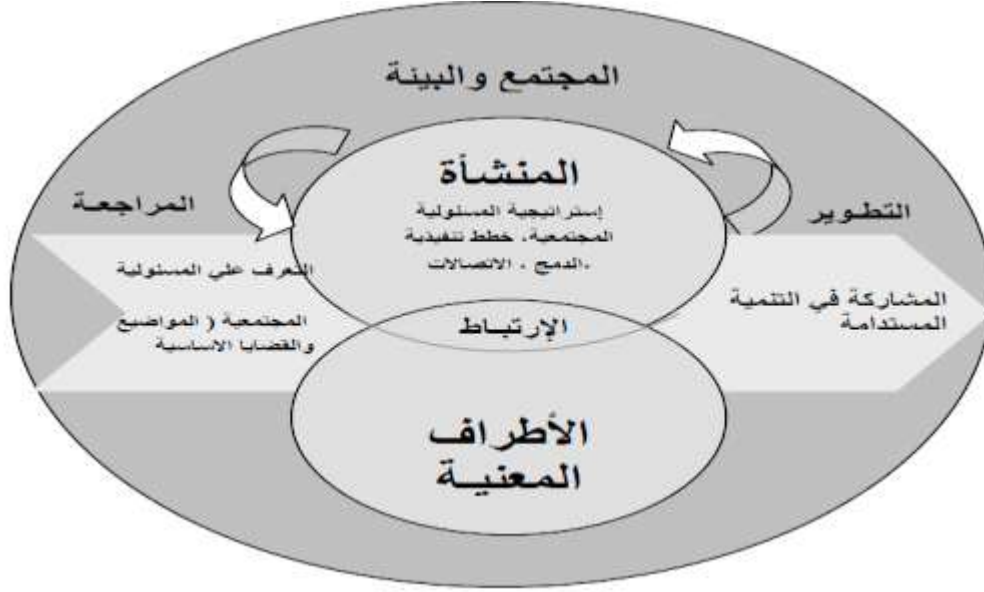
الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

وقد توسع مفهوم المسؤولية الاجتماعية بمرور الزمن ليعبر عن مختلف الالتزامات والواجبات التي تتحملها أي مؤسسة او فرد اتجاه المجتمع الذي يتواجد فيه والأفراد الذين يتعامل معهم. وبالعودة إلى المؤسسات الصحية العمومية فإن إلتزامها بتطبيق استراتيجية المسؤولية الاجتماعية يهدف بالأساس لتحسين سمعة المؤسسة لدى الجمهور المتلقي لخدماتها، ولا يتم ذلك إلا بالعودة لتحسين الظروف الداخلية للعمل والأداء أولاً من خلال توفير الشروط والوسائل الضرورية للعمل عالي الكفاءة عبر ضمان حصول المؤسسة الصحية على أفضل المدخلات التنظيمية من موارد مالية ومادية وبشرية وتوفير آليات تسييرها وتنظيمها بشكل علمي فعال من شأنه ان يضمن الجودة والتنوعية لمخرجات هذه المؤسسات سواء بالنسبة لسرعة تقديم الرعاية الطبية والتشخيص الصحيح والعلاج المناسب أو بالنسبة للاستجابة لتوقعات المرضى من حيث درجة الاستقبال والاهتمام ...

لذلك فإن المسؤولية الاجتماعية في المستشفيات باعتبارها إلتزام أخلاقي من قبل الإدارة أولاً، فهي تمنح أهمية كبرى لمختلف الأساليب والأنماط التسييرية والتنظيمية التي تساهم بشكل مباشر في توفير مناخ وظروف عمل ملائمة من حيث أساليب العمل واستغلال التطور العلمي والتكنولوجي في تحسين أساليب العمل، بالإضافة لمراعاة شروط الصحة والسلامة المهنية وتعزيز شروط ووسائل الوقاية من حوادث واطار العمل، تساهم في رفع الروح المعنوية للموظفين وتحفيزهم، وبالتالي تعزيز احساسهم بالولاء والانتماء إلى المؤسسة الصحية التي يعملون فيها. وهو ما يعبر عن رضاهم الوظيفي الذي يتم التعبير عنه وترجمته في سلوكيات المواطنة والالتزام والعمل على بذل أعلى معدلات الأداء والجودة التنظيمية، "إن مسؤوليات الإدارة في مجتمعنا مسؤوليات محددة حاسمة ليس إتجاه الشركة نفسها بحسب، بل واتجاه الوضع العام لإدارتها ونجاحها ووضعها العام، بل ومستقبل النظام الاقتصادي والاجتماعي للشركات وبقائها كمؤسسة مستقلة، ولذلك لا بد ان تتضمن المسؤولية العامة للإدارة كل ما يصدر عنها من سلوكيات، حيث تمثل هذه المسؤولية العامة مجموعة القواعد الأخلاقية الحاكمة" (دراكر، 2013، صفحة 435).

ويتقاطع مفهوم الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية مع سعي المؤسسة لتحقيق الفعالية باعتبارها ذات شقين كما هو الحال بالنسبة للمسؤولية فبالنسبة للفعالية الخارجية فيقصد بها قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها الاستراتيجية المخطط لها. والفعالية الداخلية هي التزام إدارة المؤسسة بتحسين أداء العمال وتقليل الشكاوى والاضرابات من خلال العمل على تحقيق الرضا الوظيفي الذي يقلل من معدلات الغياب ودوران العمل وتقليل معدلات التلف والضياع للموارد والطاقات. (زايد، 2003، صفحة 53)

الشكل رقم 19: إدماج المسؤولية الاجتماعية في جميع جوانب المؤسسة



المصدر: (ايزو 26000، 2010، صفحة 69)

2.2. أهداف المسؤولية الاجتماعية بالنسبة للمؤسسات الصحية:

تعد المسؤولية الاجتماعية من بين أحدث المفاهيم في علم الإدارة والمناجمنت، التي من شأنها المساهمة في عصرنه القطاعين الخاص والعمومي، وإضفاء الميزة التنافسية على السلع والخدمات المقدمة للمواطنين، وباعتبار المستشفيات العمومية جزء من المؤسسات الخدمائية الصحية فهي مطالبة بالعمل على الوفاء بمتطلبات تحقيق المسؤولية الاجتماعية بالنظر للعديد من الفوائد والنتائج التي يوفر التزام المستشفيات بدورها الاجتماعي وذلك بالنظر لكون هذه المؤسسات تشكل أحد الأنساق المكونة للمجتمع حيث "إن أثر قرارات الإدارة على المجتمع ليس مسؤولية عامة فحسب، بل تتداخل تداخلا كبيرا مع مسؤولية الإدارة اتجاه الشركة أيضا، ومع ذلك، تظل هناك مسؤولية أخرى كهذه المسؤولية للإدارة اتجاه المجتمع، وهي مسؤولية تقوم على حقيقة ان الشركات إحدى أدوات المجتمع الأساسية ولسلوكياتها أثر حاسم على المشهد الاجتماعي" (دراكر، 2013، صفحة 439).

وهنا يمكن لنا التأكيد على ان السهر على الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية لأي مؤسسة

من شأنه ان يضمن لها تحقيق المزايا والمنافع التالية: (الدويري، 2015، صفحة 26)

- التكيف مع توقعات المجتمع والمخاطر المترتبة عن عدم تحمل المؤسسات لمسؤوليتها.
- رفع قدرة المؤسسات في مجال إدارة المخاطر حفاظا على المواطن والمنظمة والمجتمع.
- تعزيز سمعة المؤسسة وزيادة ثقة المجتمع بها، وبالتالي زيادة الاقبال عليها.
- رفع قدرة المؤسسة على تحقيق الجودة الخدمائية وخلق الميزة التنافسية.

- رفع معدلات الولاء من قبل العاملين وروحهم المعنوية.
- توفير الصحة والسلامة للعاملين وهو ما يشجعهم على بذل أقصى الجهود لرفع الأداء.
- تعزير المساءلة بشأن أخلاقيات العمل لضمان وفاء المؤسسة وعمالها بمسؤولياتهم الأخلاقية والمهنية.
- العمل على تحسين إدارة الموارد البشرية واعتبارهم رأسمال مهم لتحقيق أهداف المؤسسة وفعاليتها.

3.2. دوافع وأسباب ممارسة أنشطة المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي:

في كتاب "بيتر دراكر" الموسوم بـ "ممارسة المسؤولية" لا يعتبر ان مهمة الإدارة هي كسب المال، بل إقامة مؤسسات تنسم بالكفاءة العالية والمسؤولية –سواء كانت شركات او هيئات حكومية او أو مؤسسات غير حكومية وتكون نسيج المجتمعات الصحية. (دراكر، 2013، صفحة 04)

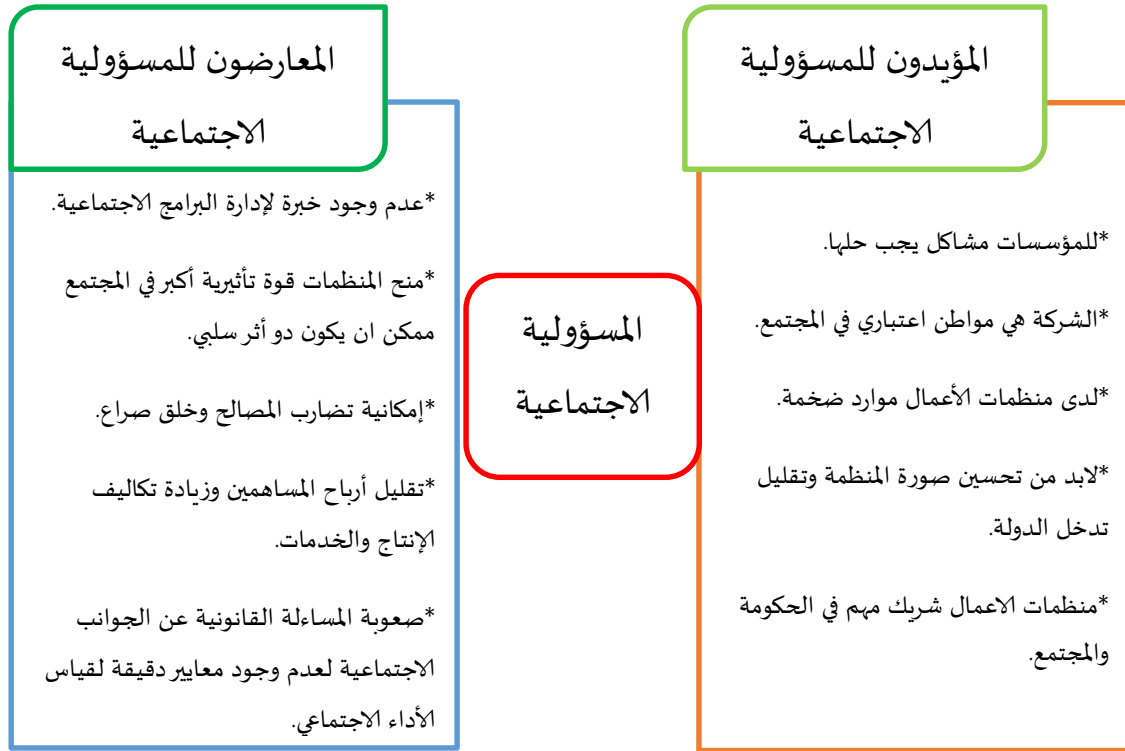
وعليه فإن مسؤولية أي مؤسسة تندرج في إطار العمل على تحقيق أهدافها، ولعل اهم هدف لأي مؤسسة هو ضمان استمراريتها والحفاظ على بقائها وتوسع نشاطها، ولا يتم ذلك إلا باستجابتها للدور الاجتماعي الملقى على عاتقها، حيث ان استراتيجية أي مؤسسة تدخل ضمن الوفاء بالالتزامات الاجتماعية والأخلاقية والاقتصادية والقانونية بما يتماشى مع المصلحة العليا للمجتمع. إذ يرى (Gharaee, et al., 2013) انه من بين الأسباب التي تدفع المؤسسات لتبني متطلبات المسؤولية الاجتماعية هي تأثيرها بالبيئة المحيطة، وبالتالي فتطبيق المسؤولية الاجتماعية يأتي كاستجابة لتأثيرات العولمة والوفاء بالالتزامات القانونية والتنظيمية، وتغير توقعات الجمهور اتجاه سمعة المؤسسة في المجتمع ورفع قدرتها التنافسية. وفي ظل للمؤسسات الصحية فإنه يمكننا تقديم جملة من الأسباب والدوافع الرئيسية لتكريس أنشطة المسؤولية الاجتماعية فيها، قصد الرفع من الأداء الاجتماعي للمستشفيات والوفاء بالتزاماته إتجاه المجتمع الذي تنتمي إليه:

- السعي لخدمة المجتمع والارتقاء بالمؤسسات والخدمات الصحية لمستوى الجودة.
- ضرورة مواكبة التطور العلمي والتكنولوجي في مجال وسائل العلاج والتشخيص والأجهزة والمعدات الطبية.

-تقليل تكاليف الخدمات الصحية من خلال المساءلة والرقابة لتقليص معدلات الهدر والضياع للموارد والجهد والمواد والوسائل.

- دعم الصحة والرفاهية الإنسانية من خلال الالتزام بالتنمية المستدامة.
- المساهمة في استقرار المجتمع وتلبية الاحتياجات الصحية والرعاية الطبية لمواطنيه.

الشكل رقم 20: أسباب ودوافع تأييد ومعارضة المسؤولية الاجتماعية



المصدر: (بركات، صفحة 20)

4.2. مجالات المسؤولية الاجتماعية وأصحاب المصالح في المؤسسات الصحية:

ترتبط مجالات المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الخدمتية الصحية بطبيعة المتعاملين والمستفيدين من وجود مثل هذه المؤسسات، وهو ما يطلق عليهم اسم "أصحاب المصالح في المؤسسات الصحية"، وهم أولئك المستفيدين من وجودها سواء كانوا أشخاص حقيقيين كالعاملين في القطاع والمرضى، أو من ذوي الصفة المعنوية كالشركات والمؤسسات الممولة والتي تربطها مصالح مع المؤسسة الصحية، سواء كانت متعلقة بتزويدها بالمدخلات المادية والبشرية، أو الحصول على المخرجات الصحية والخدمتية، وكل هؤلاء يؤثرون ويتأثرون بطبيعة الخدمات الصحية المقدمة.

فعلي سبيل المثال لا الحصر يمكن القول ان سمعة المؤسسة لدى المرضى من شأنها الدفع به نحو الشهرة نتيجة المعايير التنافسية في نوعية خدمات العلاج والتشخيص التي تكفلها إدارة المستشفى، ويسهر الطاقم الإداري والطبي على تقديمها للمرضى، بالشكل الافضل في الوقت المناسب ولذلك فإن "قرارات الإدارة على المجتمع ليس مسؤولية عامة فحسب، بل تتداخل تداخلا كبيرا مع مسؤولية الإدارة تجاه الشركة أيضا، ومع ذلك، تظل هناك مسؤولية أخرى كهذه المسؤولية للإدارة تجاه المجتمع، وهي مسؤولية تقوم على حقيقة ان الشركات هي

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

إحدى أدوات المجتمع الأساسية ولسلوكياتها أثر حاسم على المشهد الاجتماعي". (دراكر، 2013، صفحة 439)

وبالنظر لكون المسؤولية الاجتماعية تنطلق من داخل المؤسسة إلى خارجها، بوصفها تمثل القرارات التي تتخذها المؤسسة لتحقيق منافعها الاقتصادية والفنية المباشرة، وبنفس الوقت المنافع الأخرى المرتبطة بالمجتمع لتتمكن من إنجاز هدف واحد أو أكثر من أهدافها المرتبطة بالمسؤولية الاجتماعية.

أولاً: المسؤولية الداخلية: وهي ترتبط بالأفراد والموارد المستخدمة والمتعلقة بالأداء الفعلي ضمن المؤسسة، واي نشاط يساهم في تطوير العمل وتحسين نوعية حياة العمل.

ثانياً: المسؤولية الخارجية: تتمثل في الحالات المرتبطة بالمشكلات التي يعاني منها المجتمع وهي بمثابة مؤثرات سلبية على مدخلات المؤسسة لتحقيق أهدافها الاجتماعية والمتمثلة في حل المشكلات ومعالجتها والاسهام في خلق قيم ثقافية وانماط اجتماعية ذات تأثير إيجابي على المجتمع. (البكري، 2001، صفحة 33)

وسنعرض فيما يلي مجمل التزامات المؤسسة الصحية اتجاه البيئة الداخلية والبيئة الخارجية مقسمة على المرضى والعاملين وهم يمثلون البيئة الداخلية في حين المجتمع والبيئة يشكلون البيئة الخارجية:

1. المسؤولية الاجتماعية اتجاه المرضى:

-تحسين نوعية الخدمات الطبية والرعاية الصحية استجابة لاحتياجات المرضى وتوقعاتهم، من خلال تقليص مدة الانتظار وإمكانية تلقي التشخيص والعلاج الآني دون حرج مسبق، الاهتمام بكل المرضى وكذلك أصحاب الاعاقات والعجز الناتج عن الحوادث والعمل على الرفع من قدراتهم الجسمية والفكرية وتسهيل تكييفهم الاجتماعي والمهني، وفقا لحالاتهم الصحية وتأهيلهم للاعتماد الذاتي على أنفسهم والاندماج في الحياة المجتمعية وممارستها بشكل طبيعي قدر الإمكان ووفقا لإمكانياتهم وقدراتهم واستعداداتهم. (نصيرات ، 2008 ، صفحة 63)

-منح المريض حقه في معرفة تشخيص الأطباء لحالته الصحية وفق لغة بسيطة يفهمها، مع اطلاعه على الخطورة التي قد يشكلها اجراء علاجي ما، وفق ما تستدعيه حالته الطبية والتدخل العلاجي حسب ما يضمن حياته بشكل طبيعي واعلامه بمختلف المخاطر التي قد تنتج عن التدخل الطبي والعلاج المحتمل، وضمان حقه وحرية الاختيار بين قبول التدخل العلاجي المقترح او رفضه، مع حقه في الاحتفاظ وضمان سرية المعلومات الخاصة بحالته الصحية، وكذا الحصول على ملفه الطبي التشخيصي والخروج من المستشفى وعدم مواصلة

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

العلاج، إن لم يكن مصابا بالأمراض المعدية او العقلية التي من شأنها تهديد المحيطين به.
(البكري، 2005، صفحة 244)

-تسهيل عملية الاتصال والتواصل بين المريض والطاقم الطبي وإدارة المستشفى، للكشف عن معدلات الرضا عن الخدمات المقدمة بالاستناد لسجلات الشكاوى والاعتراض والتذمر من الخدمات الصحية والقائمين عليها، وكذلك آليات التعبير عن الرضى من عدمه حول مستوى البيئة المادية للمستشفى والخدمات المرافقة كالنظافة والاطعام والايواء والتهوية والإضاءة والهدوء داخل المصالح الصحية.

2. المسؤولية الاجتماعية اتجاه العاملين:

يتمثل العاملين بالمؤسسات الصحية في مجمل الطاقم الإداري والصحي والعمال المهنيين الذين ينتمون للمؤسسة الصحية سواء كانوا في صلة مباشرة مع الخدمات الصحية ام في صلة غير مباشرة بها، ودون النظر لدوامهم العملي ان كان كاملا ام جزئي، ومهما كان مستواهم العلمي وخبرتهم المهنية. لذلك فان الامر يبدأ أولا من محاولة توفير مدخلات مقبولة من حيث المستوى والنوعية، عبر من عمليات الاستقطاب للمدخلات الجيدة وتوفير فرص التدريب والتكوين لمهنيي القطاع الصحي قصد رفع مستوى الأداء الفردي والكلي ضمن المؤسسة، من خلال توفير الأجور المناسبة والعوامل المحفزة للرفع الأداء، وتوفير كل السبل لمشاركة الكفاءات الطبية في برامج البحث العلمي والتطوير والاطلاع على أحدث الابتكارات العلمية في مجال وسائل التشخيص والعلاج واقتنائها، وتوفير اليد المورد البشري المؤهل لتشغيل وصيانة العتاد الطبي. بالإضافة لضرورة اعتماد أحدث آليات التسيير الاستراتيجي للمؤسسات الصحية من قبل القيادات الإدارية الجادة والديموقراطية القادرة على تولي زمام الإصلاح والاشراف على التحسين المستمر لنوعية ومستوى الأداء التنظيمي والرضا والاستقرار الوظيفي للكادر الصحي والمهني ضمن المؤسسات الصحية.

الشكل رقم 21: المسؤولية الاجتماعية لإدارة المؤسسة إتجاه العاملين بها



المصدر: من انجاز الباحثة.

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

"لابد أن تنجح المؤسسة في التوفيق بين الصالح العام والمصلحة الخاصة من خلال التوفيق بين ما هو صالح عام وما هي مصلحة شخصية. لابد من إدارة هذه المؤسسة بما يجعل كل شيء تفعله يحتمل ان يقوي مجتمعنا، او يزيد من رفاهيتها، ويزيد الشركة قوة، ويزيد رفاهيتها". (دراكر، 2013، صفحة 442)

الشكل رقم 22: مؤشرات المسؤولية الاجتماعية اتجاه الزبائن والعملاء



المصدر: من انجاز الباحثة

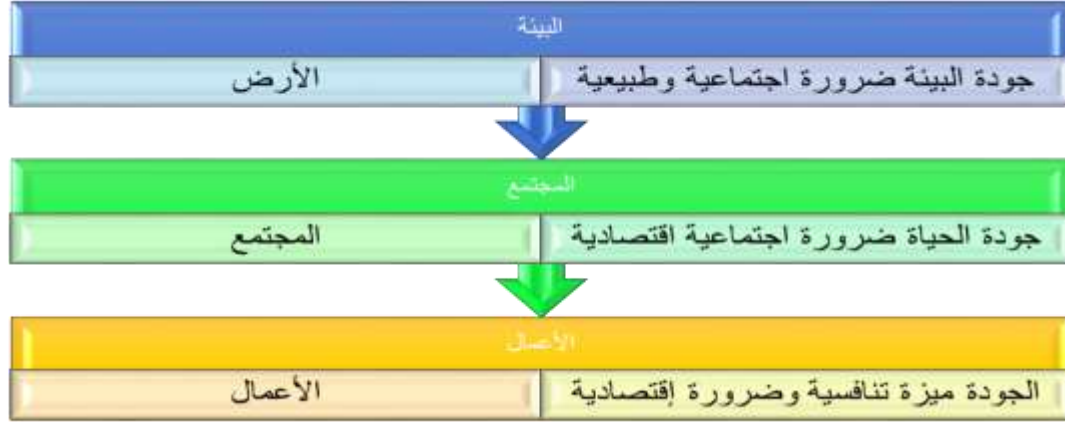
3. المسؤولية الاجتماعية اتجاه البيئة: باعتبار المؤسسات الصحية توجد في محيط مزدحم بالمؤسسات الأخرى ونظرا لحاجة الاعتماد المتبادل بين مختلف هذه المؤسسات وتأثرها بالبيئة المحيطة، فإن مختلف الهيئات والمنظمات المهتمة بالبيئة والصحة على غرار منظمة الصحة العالمية تتوحد جهودها واستراتيجياتها من أجل العمل على الحفاظ على البيئة وتدعيم الممارسات المشجعة على تحقيق التنمية المستدامة، الامر الذي يمكن مختلف المؤسسات الصحية من توفير وتقديم خدمات صحية جيدة لا تشكل تهديدا بيئيا وتتسم بالنظافة والحفاظ على البيئة من خلال توظيف الأساليب العلية في التخلص من المخلفات والنفايات الطبية بشكل ينعكس في سلوكيات كوادر المنومة الصحية والمواطنين على حد سواء حيث يعبر عن ارتفاع معدلات الوعي البيئي والمواطنة الصحية. (Lance, 2014, pp. 17-22)

"وقد تعالت الأصوات من خلال الكتابات الاكاديمية والجماعات البيئية الضاغطة من اجل ادخال البيئة في التخطيط الاستراتيجي للشركات واعتبار البيئة أحد معايير الأداء الاستراتيجي، شأنها شأن التكلفة والجودة والمرونة والاعتمادية. ومن ثمة مراعاة

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

المسؤولية البيئية في عملياتها المختلفة من أجل حماية الطبيعة والمجتمع". (نجم، 2006، صفحة 288)

الشكل رقم 23: بيئة المؤسسة هي الإطار الأكبر للبقاء والتطور



المصدر: (نجم، 2006، صفحة 279)

4. المسؤولية الاجتماعية اتجاه المجتمع: تسهم المؤسسات الصحية في تحقيق المنفعة الاجتماعية من خلال المساهمة في القضاء على العديد من المشاكل الاجتماعية وتأمين الحياة من الأوبئة والأمراض، وهنا يتسم المجتمع بالاستقرار الذي يخلق جو مشجع على الاستثمار من خلال: دفع الضرائب باعتبارها التزاما قانونيا ومساهمة اجتماعية تساعد الدولة على ضمان مصادر تمويل لمشاريع ترقية الصحة والحياة العامة وتعزيز المبادرات الخيرية التطوعية الخاصة بالصحة العمومية وتوفير مناصب الشغل والمساهمة في القضاء على الانحرافات الأخلاقية والمخاطر الصحية من خلال التوعية مثلا بمخاطر التدخين والمخدرات وتوفير مصحات معالجة الإدمان ومرافقة المدمنين صحيا ونفسيا وتشجيع الممارسات الرياضية والنوادي الترفيهية الصحية. (قريشي، 2021، صفحة 65)

كما ويجب على المستشفيات من باب التشارك وتقاسم المسؤولية الاجتماعية ان تقوم بالانخراط في مختلف الفعاليات المدنية الخاصة بتنمية ونشر الوعي المجتمعي من خلال عقد اتفاقيات وبرامج تعاون مشترك وتبادل الخبرات والمعارف بين مختلف المؤسسات الصحية العمومية والخاصة والهيئات والمنشآت والجمعيات ذات الصلة.

وعلى اعتبار ان المستشفيات تلعب دورا وقائيا تنص عليه اخلاقيات المهن الصحية ووفاء بمسؤولياتها الاجتماعية باعتبارها جزءا من النسيج الاجتماعي فإنها مطالبة بضرورة تنظيم حملات التطعيم والتحصين الموجه لحماية الافراد ووقايتهم من الامراض ، وكذا الاهتمام بإعداد نشرات وبرامج صحية تثقيفية وعرضها في مختلف المؤسسات التربوية لتعزيز التربية الصحية والتوعية الثقافية وكذا استغلال وتسخير مختلف الوسائل الإعلامية والاعلانية

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

يهدف توصيل المعلومة لجمهور المواطنين أينما كانوا على اختلاف أعمارهم ومستوياتهم. (بن عرامة و بليزك، 2020، صفحة 147)

الشكل رقم 24: مجال والتزامات المؤسسات الصحية المسؤولة اجتماعيا



المصدر: من إنجاز الباحثة

ثالثا: أساسيات المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية

1.3. خصائص المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية:

إن المسؤولية الاجتماعية نمط سلوكي أخلاقي يظهر التزام منظمات الأعمال تجاه المجتمع الذي تعمل فيه عن طريق إدارة عادلة تخدم أصحاب المصالح بشكل عام مع الاهتمام بقضايا البيئة المتعلقة بالتلوث البيئي، الفساد، الفقر، وينصب في النهاية لتحقيق رفاهية المجتمع مع تحقيق عوائد مربحة وبالتالي تضع منظمات الأعمال في المقدمة لمفهوم الميزة التنافسية وبالتالي تميزها. (الشملة و الصراف، 2018، صفحة 85)

ومن هذه الفقرة يمكن ان نستدل على ان هذه الخصائص تختلف من مؤسسة إلى أخرى وان كانت تتقاطع في مجملها مع خاصية الاستجابة لتوقعات الجمهور وأصحاب المصالح والزبائن، فإنها تختلف من حيث طبيعة تكوين المؤسسات في حد ذاتها فمثلا خصائص المسؤولية الاجتماعية بالنسبة للقطاع العام تختلف عنها بالنسبة للقطاع الخاص، وفي الدول المتقدمة تختلف عن تركيبها في الدول النامية «فالخاصية الرئيسية للمسؤولية الاجتماعية للشركات تتمثل في استعداد الشركة لإدماج الاعتبارات الاجتماعية والبيئية ضمن عملية اتخاذ

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

القرارات وان تكون مسؤولة عن أثار قراراتها وأنشطتها على المجتمع والبيئة، حيث يستوجب ذلك سلوك أخلاقي يتميز بالشفافية، مما يساهم في تحقيق التنمية المستدامة استجابة للقانون العام والذي يتفق مع المعايير الدولية للسلوك. (ايزو 26000، 2010، صفحة 06)

ويمكننا ان نعرض خصائص للمسؤولية الاجتماعية للشركات وفق معيار الأيزو 26000 فيما يلي: (ايزو 26000، 2010، الصفحات 06-09)

1- توقعات المجتمع: من خلال احترام سيادة القانون، كما ان القيم الأخلاقية السائدة في المجتمع تفرض صيغة الالتزام على نشاطات مختلف المؤسسات في إطار احترام الخصوصية الاجتماعية والثقافية للدول.

2- أصحاب المصالح: على كل مؤسسة تحديد الأطراف المعنية بأنشطتها والمتأثرة بقراراتها، حيث تتفاعل التزامات المؤسسة بمدى استجابتها للأطراف ذات المصلحة بها، وتستوجب على أصحاب القرار في المؤسسة الاستجابة لتوقعات ومتطلبات أصحاب المصلحة سواء كانوا افراد او تنظيمات أخرى او موردين او عملاء او مستهلكين او موردين وممولين...

3- تكامل المسؤولية الاجتماعية: يجب ان تكون جزءا متكاملًا يحظى بحيز هام ضمن إستراتيجية المؤسسة التنظيمية والذي يترجم في قرارات وأنشطة متوافقة مع المصلحة العليا للمجتمع، كما لا يمكن للأعمال الخيرية ان تنوب عن الالتزامات البيئية والأخلاقية والقانونية التي يستوجب العمل على تعزيزها ضمن المؤسسة.

4- العلاقة بين المسؤولية الاجتماعية والتنمية المستدامة: للتنمية المستدامة ثلاثة ابعاد هي: البعد الاقتصادي والبعد الاجتماعي والبعد البيئي، وتربط بينهم علاقات متبادلة، حيث تسعى المؤسسات لخدمة المجتمع دون المساس بأبعاد التنمية المستدامة، فالاستهلاك واستخدام الموارد يجب ان يحافظ على استدامة المجتمع ككل ولا يشكل تهديدا ولا يقيم ضررا لمستقبل الأجيال القادمة والمصلحة الدائمة للمجتمع.

من خلال الأبعاد الأربع سابقة الذكر يتضح بأن مواصفات المسؤولية الاجتماعية تركز على تفاعل مختلف المؤسسات ضمن محيطها الاجتماعي والاقتصادي والبيئي المحيط، فسعي المؤسسات للربح والإنتاجية والجودة، وتحقيق معايير التنافسية وكسب السمعة الحسنة والشهرة لا يمكن ان يتم بمعزل عن الاستجابة لمتطلبات البيئة والمجتمع في إطار أخلاقي لا

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

يحدد عن المعايير والقيم الوطنية والدولية للسلوك المتعارف عليها على ان لا تتعارض ولا تتصادم مع الخصوصية الثقافية لكل مجتمع.

الشكل رقم 25: مرتكزات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات



المصدر: من انجاز الباحثة

2.3. مبادئ المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الصحية:

قدمت المنظمة الدولية للتقييس مجموعة من المعايير وحددتها كمبادئ رئيسية للمسؤولية الاجتماعية حيث تقدمها تحت مسمى معايير الايزو (ISO 26000, 2010)

في سبعة مبادئ، ولكننا هنا وبالنظر لطبيعة الموضوع الذي يدرس مؤسسة عمومية ذات طابع خدماتي يتسم بالمجانبة في مجال الصحة، فإننا سنسقط هذه المبادئ مباشرة على المجال الاستشفائي موضحين ذلك بأمثلة تتلاءم مع أبعاد ومؤشرات المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية كما يلي:

المبدأ الأول الاستدامة: يقصد بها مراعاة حق الأجيال المستقبلية في الموارد المتوفرة حالي، لذلك لا بد من الاستعمال العقلاني للموارد والإمكانيات المتوفرة مع ضرورة البحث عن البديل وإمكانية تسخير البحث العلمي والتطور التكنولوجي من أجل خلق بدائل جديدة لا تنضب ولا تضر بمصالح وموارد المجتمع وأفراده مستقبلا، ومن أهم عوامل الحفاظ على المواد والالتزام بالمسؤولية في بعدها البيئي هو الحفاظ على البيئة بموادها الطبيعية النظيفة ولا يكون ذلك إلا من خلال الالتزام المسؤول بيئيا عبر وضع سياسات عملية للحفاظ على الطبيعة ونظافتها

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

من خلال الأسلوب العلمي للتخلص من النفايات الطبية بالنسبة للمستشفيات وإعادة تدويرها بلا يلاءم السير الطبيعي للمواد البيئية دون إخلال بالتوازن البيئي والصحي.

كما أن الاستدامة هي عامل رئيسي من عوامل النجاح في أحداث تغييرات في ظروف العمل في القطاع الصحي، لذلك تعمل منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية على آلية للتقييم الخارجي ترصد مدى استعداد البلدان لحالات الطوارئ في مجال الصحة العامة... وذلك كمؤشر على قدرة النظام الصحي على حماية الصحة والسلامة المهنية للعاملين الصحيين والمعنيين بالاستجابة للطوارئ. (WHO & ILO, 2021, p. 11)

المبدأ الثاني المساءلة: وتعني أن تلتزم المؤسسات عموما والصحية منها على وجه الخصوص بمسؤوليتها اتجاه البيئة والمجتمع الذي تتواجد فيه من حيث دورها وتأثيرها في الحياة الاجتماعية والصحية للأفراد، فالمؤسسات الصحية مثلا من الواجب عليها أن تراعي حق المجتمع في الرقابة على أدائها كمؤسسة صحية اجتماعية خدمتية، أو أداء الطاقم الطبي المنتهي لها ومستوى الخدمات الصحية التي تقدمها سواء كانت رقابة بقوة القانون تتولاها وزارة الصحة أو هيئة تسيير المستشفى أو المدير أو رئيس المصلحة الطبية، وكذا حق هؤلاء في مساءلة المؤسسة وطاقمها الطبي عن طبيعة المهام التشخيصية والعلاجية وأسباب النجاح وال فشل، وكذا أيضا الرقابة المالية لكيفية توزيع المكافآت والحصول على الترقيات واستخدام المعدات والأدوات الطبية واستخدامها وكذا الاستجابة للحاجات المرضى الطبية والعلاجية في حدود ما هو متوفر ومتاح من إمكانيات مادية وبشرية بالمستشفى.

وبالتالي يمكن القول بخضوع المستشفى للرقابة على أدائه الاجتماعي والبيئي من خلال مجموعة من التقارير والسجلات الدورية التي تكون ملزمة بها قانونيا وأخلاقيا واجتماعيا لتزويد وإطلاع المهتمين والمعنيين عليها والتي تساهم بشكل ما في اتخاذ القرارات ذات الصلة بالمؤسسة الإستشفائية المعنية خصوصا والقطاع الصحي ككل.

وهذه التقارير يجب أن تبنى على الخصائص التالية:

- أن تكون واضحة وقابلة للفهم من قبل كل الأطراف المهتمة بالصحة والخدمات الطبية.
- أن تكون صادرة عن هيئات متخصصة والأفراد ذوي العلاقة بمستخدمي المعلومات المتوفرة، مثلا التقارير الصادرة عن مصلحة الاستعجال الجراحية لا يمكن إصدارها من مهني مصلحة التحاليل الطبية، فكل مختص في مجاله.

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

- المصدقية بمعنى دقة التقارير والمقاييس المعتمدة في انجازها وتمثيلها الفعلي للآثار والخلو من التحيز في إعداد التقارير وإعطاء المعلومات.

- قابلية المقارنة بينها وبين تقارير مختلف المؤسسات الصحية سواء كانت تابعة للقطاع العمومي أو الخاص، على أن تكون في نفس الفترة الزمنية. (قدري، 2015، صفحة 45)

المبدأ الثالث الشفافية: أو المصدقية في عرض واقع وحال وإمكانيات المؤسسات الصحية وموظفيها كما هو الحال مثلا بالنسبة لأزمة وباء كوفيد 19 حيث أنه من الشفافية المطلوبة هي تصريح مديري المؤسسات الإستشفائية بالأعداد الحقيقية للمصابين بالوباء وحالات الوفيات مع اطلاع الوزارة الوصية بالإمكانيات الحقيقية المتوفرة دون محاباة وتضليل وذلك للعمل من أجل تحسين واقع المؤسسات الإستشفائية العمومية وتوفير الإمكانيات اللازمة في الوقت المناسب.

المبدأ الرابع السلوك الأخلاقي: ويقصد به أن تحتكم المؤسسة أيا كانت إلى المبادئ والأعراف والتقاليد المقبولة اجتماعيا والتي يجب أن تتسم بالأمانة والنزاهة والصدق والعدالة وهي محددات السلوك الأخلاقي المقبول والمطلوب اجتماعيا وهي مجموعة المبادئ والمعايير المتعارف عليها بأخلاقيات الأعمال أو أخلاقيات المهنة أو أخلاقيات المهن الطبية بالنسبة للوظائف التابعة لقطاع الصحة فمثلا في الصحة لابد من وجود ميثاق أخلاقيات الصحة التي تعمل إدارة المستشفى على تطبيقه والالتزام بلوائحه من اجل تعزيز مكانة المستشفى وسمعته والذي يترجم في سلوكيات الأطباء والممرضين والإدارة حيث نجد مثلا مبدأ احترام السر الطبي بالنسبة للمرضى من قبل هيئة التشخيص والعلاج وهو الأمر الذي يعد احد مرتكزات ميثاق أخلاقيات المهنة الطبية مثلا، كما أن مخالفة احد هذه المبادئ التي ينص عليها ميثاق أخلاقيات المهنة من شأنه تعريض المخالف أيا كان للمجلس التأديبي والعقوبات الإدارية والقانونية التي ينص عليها التنظيم المعمول به.

وضمن هذا الإطار لابد ان تتوافق سلوكيات الأفراد وأنشطة مختلف المؤسسات مع المعايير الأخلاقية العامة التي يجب ان "تسترشد بالمبادئ الثلاثة التالية: احترام القيم الإنسانية الجوهرية التي تحدد المعايير الأخلاقية المطلعة في جميع أنشطة الأعمال، احترام التقاليد المحلية، والاعتقاد بالسياقات التي تحدد ما هو صواب أو ما هو خاطئ." (نجم ، 2006 ، صفحة

(17)

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

وكمثال على ضرورة إلتزام العمل الطبي بمراعاة خصوصية الدين والثقافة الأخلاقية للمجتمع الذي تتواجد فيه نجد ان المادة 64 من الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية تنص على أنه: "لا يجوز للطبيب إجهاض امرأة حامل إلا إذا اقتضت ذلك دواع طبية تهدد صحة الأم وحياتها. ومع ذلك يجوز الإجهاض إذا لم يكن الحمل قد أتم أربعة أشهر وثبت بصورة أكيدة أن استمراره يهدد صحة الأم بضرر جسيم، على أن يتم إثبات هذا الأمر بقرار من لجنة طبية لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أخصائيين، يكون بينهم أخصائي ملم بنوعية المرض الذي أوصي من أجله بإنهاء الحمل، يقومون بإعداد تقرير يوضحون فيه نوع الخطورة المذكورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم فيها لو استمر الحمل. وفي حالة التوصية بضرورة الإجهاض يوضّح ذلك للمريضة وزوجها أو وليها، ثم تؤخذ موافقتهم الخطية على ذلك".

المبدأ الخامس احترام مصالح الأطراف المعنية: بما أن المؤسسات الصحية الإستشفائية هي مؤسسات تقدم خدمات صحية ذات بعد اجتماعي غير ربحي فأنها ملزمة قانونيا وأخلاقيا بمراعاة المصلحة العامة للأفراد والمجتمع، لذلك تعمل الوزارة الوصية على التقييم والإصلاح الدوري للمستشفيات والمؤسسات الصحية من خلال برامج جديدة وتكييفها المستمر مع متطلبات العصرنة والتحديث والعمل من أجل جودة الخدمات الصحية وترقية الخدمات العمومية الصحية إلى مصاف القطاع الخاص الذي يبقى الوجهة الأولى لمن يملكون الإمكانيات المادية فيما تبقى المستشفيات العمومية تتطلع لتقديم خدمات صحية أفضل والحفاظ على الأداء الاجتماعي للمستشفيات من خلال الإبقاء على مجانية العلاج قدر المستطاع.

المبدأ السادس احترام حقوق الإنسان: على المؤسسة أن ترسخ مبدأ العمل على احترام حقوق الإنسان وعدم التعدي عليها في إطار القانون الذي يوضح الحقوق والواجبات للجميع فالقطاع الصحي مثلا يحتكم للقانوني في حل المشاكل العالقة بين الأفراد طالبي الخدمة الصحية والعمال المؤسسة مقدمة الخدمة فمثلا لا يمكن بأي حال الحجر الصحي على الأفراد وتقييد حريتهم دون إذن مسبق من طرفهم أو من قبل ذويهم مع انه يكون أحيانا حسب الضرورة العلاجية ووفق ما يناسب الحفاظ على الأمن والسلامة العامة في حالة الخطر نتيجة الأوبئة والأمراض الخطيرة المعدية، لكن ذلك لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يتعارض مع حقوق الأفراد في المعاملة الحسنة والعادلة التي تحترم خصوصياتهم وحالاتهم الصحية والنفسية، ولعل هذا احد أهم الركائز التي تعمل المستشفيات الحديثة على ترسيخها من خلال تفعيل ممارسات الحوكمة الإستشفائية التي ترسخ قيم المصدقية والشفافية العدالة

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

والمساواة والأنسنة وأخلفة الإدارات والمؤسسات ومحاربة الفساد بما يتوافق ومؤشرات تعزيز المسؤولية اتجاه المجتمع والبيئة والأفراد.

المبدأ السابع احترام المعايير الدولية للسلوك: وفي نفس الوقت الالتزام بمبدأ احترام سيادة القانون، وفي الحالات التي يتعارض فيها تطبيق القانون مع القواعد الدولية للسلوك أو لا يتوفر تطبيقه، لأبد من الحماية الكافية للبيئة أو المجتمع، فإنه على المؤسسة أن تسعى كحد أدنى لاحتزام القواعد الدولية للسلوك إلى أقصى حد يمكن. (الحري، 2010، صفحة 05)

مع الإشارة إلى ضرورة مراعاة خصوصية المجتمع الجزائري مثلا فما هو مقبول طبيا لدى الغرب قد لا يكون مقبول اجتماعيا لدى مؤسسات الدولة وأفراد المجتمع، وكمثال على ذلك عمليات الإجهاض لأسباب ذاتية أو اجتماعية يقررها أحد الوالدين أو كلاهما وتكون غير المتعلقة بالحالات الصحية التي يقررها الطبيب فمثل هذه العمليات تعد غير شرعية ويعاقب عليها القانون الجزائري.

احترام سيادة القانون: إن القانون فوق الجميع مبدأ صارم في المنظومة السياسية لأي دولة وهو يعكس قوتها وشفافيتها وعدالتها، ولذلك فإن المؤسسات الصحية باعتبارها جزء من النسيج الاجتماعي فهي ملزمة قانونا بالامتثال و التطبيق الصارم للقوانين التي تسير القطاع الصحي، وضمن إطار مراعاة الخصوصية لكل قطاع فإن مشاريع قانون مهني الصحة وانفصالها عن قطاع الوظيف العمومي ضرورة يتطلبا القطاع بالنظر لطبيعة الأعمال التي يؤديها وبرنامج العمل الصحي الذي يتطلب المداولة الليلية والعمل 24/24 ساعة و7/7 أيام دون توقف، كما هو الحال بالنسبة للاستعجالات الطبية مثلا، بالإضافة للمرافقة الأمنية لموظفي القطاع الصحي بالنظر للضغوط وللتحديات اليومية التي يتعرضون لها، وهو ما جعل الدولة الجزائرية مؤخرا تشجع لقانون يسلط أشد العقوبات على المعتدين على موظفي القطاع الصحي أثناء تأدية مهامهم، خاصة مع تزايد الاعتداءات من قبل مدمني المخدرات والمسبوقين قضائيا، واستغلالهم للوضع المتردي في ظل وباء كورونا والتصاعد الرهيب للإصابات مع قلة الإمكانيات في المستشفيات التي تجعل الأطباء والممرضين يتعرضون لضغط كبير خارج نطاق سيطرتهم وقدراتهم.

الشكل رقم 26: مبادئ المسؤولية الإجتماعية



المصدر: من انجاز الباحثة بناء على (ISO 26000, 2010)

الجدول رقم 02: بنود ومجالات المسؤولية الاجتماعية الاستشفائية وفق ال ايزو 26000

مؤشرات وأمثلة عن التطبيق الفعلي في المؤسسات الصحية	مجال المسؤولية الاجتماعية
-القرارات المؤسسات الصحية يجب ان تتضمن اطارا للقواعد المهنية والمنظومة الأخلاقية على ان تتلاءم مع لتشريعات الخاصة بالمنطقة التي تتواجد فيها تلك المؤسسة الصحية	الحوكمة المؤسسية (الصحية) البند (6.2)
احترام حق المريض وعمال القطاع الصحي في الحياة والحرية والمساواة والعدالة امام القانون، وحقه في العمل والغذاء والصحة والتعليم	احترام حقوق الانسان البند (6.3)
عمليات التوظيف والترقية والفصل والعقاب وتدريب الموارد والتوفير البيئة المهنية السليمة التي تحافظ على صحة وسلامة العاملين، وكذا تنمية الموارد الصحية وتدريبها	ممارسات العمل البند (6.4)
من خلال حماية الموارد الطبيعية من الاستنزاف وتقليل التلوث وإدارة النفايات الطبية والوقاية من المخاطر البيئية والصحية	حماية البيئة البند (6.5)

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

احترام حقوق الملكية، ومكافحة الفساد والمنافسة الأخلاقية والالتزام بالعدل في العمل والتعامل وتعزيز المسؤولية الاجتماعية	ممارسات التشغيل العادلة البند(6.6)
الحفاظ على امن المريض وسلامته باحترام الجرعات الطبية وللأدوية ومدة الصلاحية، والشفافية والمصدقية في عرض الحقائق حول العمل الصحي والاطباء المهنية والتهديدات البوائية، والاحتكام للقانون في تسوية النزاعات والعمل على نشر الوعي البيئي والصحي	التركيز على قضايا المستهلك (المريض) البند(6.7)
التفاعل مع قضايا المجتمع من خلال المشاركة في حملات التوعية والتثقيف، والتنمية، والتوظيف والتعليم والاستثمار الاجتماعي وتوظيف الابتكار التكنولوجي.	مشاركة وتنمية المجتمع البند(6.8)

المصدر: (ISO 26000, 2010) يتصرف

3.3. أبعاد المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الإستشفائية:

إن أبعاد المسؤولية الاجتماعية في معظم الشركات والمؤسسات هي نفسها متمثلة في أربعة أبعاد وهي: بعد المسؤولية الاقتصادية، وبعد المسؤولية القانونية، وبعد المسؤولية البيئية، ثم أخيرا بعد المسؤولية الأخلاقية التطوعية، غير أن مؤشرات هاته الأبعاد هي نقطة الاختلاف بين المؤسسات الاقتصادية والمؤسسات الخدمائية، الصناعية والتجارية، العمومية والخاصة، وبالعودة لموضوع بحثنا حول القطاع الصحي فإن محتوى هذه الأبعاد العامة في حاجة لتكييف خاص مع طبيعة هذه المؤسسات الخدمائية ذات الطابع الصحي العمومي، وقد قمنا في هذا السياق بمحاولة إسقاط هذه الأبعاد على واقع المؤسسات الاستشفائية العمومية بالارتكاز على جملة من المؤشرات المتعلقة بخصوصية العمل الصحي.

الشكل رقم 27: هرم كارول للمسؤولية الاجتماعية



المصدر: (الغالي و العامري، 2010، صفحة 83)

1- بعد المسؤولية الاقتصادية:

يعنى بتوفير متطلبات السوق وتوفير متطلبات الأفراد العاملين في المؤسسة وتحقيق أهداف المؤسسة من فعالية وكفاءة والتنافسية في جودة الخدمات، فكلما كانت الخدمات والمخرجات في المستوى كلما اكتسبت المؤسسة سمعة ومكانة جيدة لدى المجتمع وزاد الإقبال عليها ، ففي القطاع الصحي العمومي الجزائري يعرف عنه التزامه بالطابع المجاني للعلاج عموما وفق الإمكانيات المتاحة ، فالمؤسسة الصحية العمومية ليست ربحية بل خدماتية مجانية، لذلك فالفحوصات والتحاليل الطبية في متناول الجميع عدا تلك غير المتوفرة على مستوى المؤسسات العلاجية العمومية فيتم إجراؤها على حساب المريض في مؤسسات خاصة، ومع ذلك فان الالتزام الاقتصادي للمؤسسات الصحية يعني توفير كل الإمكانيات المادية والمالية من أجور مناسبة ودورات تدريبية وتكوينية وتربصات علمية داخل وخارج الوطن، وبيئة عمل مناسبة متوفرة على الوسائل الطبية وتحديثها المستمر مع اقتناء الأكثر تطورا منها تكيفا مع التطور العلمي والتكنولوجي والتقني في وسائل التشخيص والعلاج، وهي تعتبر مسؤولية اقتصادية متعلقة بالتكاليف المالية والمادية يتحملها القائمين على المستشفى من وزارة وصية وإدارات عليا بالمؤسسات الإستشفائية، وكذا ضرورة توفير التحاليل الطبية والأدوية للمرضى من ميزانية الدولة الخاصة بالمستشفيات ، كما أن هذا الالتزام من شأنه الرفع من معدل الصحة والحياة لدى أفراد المجتمع، وهي أمور مساعدة على تحقيق الرفاهية للمواطنين وبالتالي منحهم حقوقهم في الصحة والعلاج وهي معايير تعبر عن الحالة الاقتصادية للدول أيضا فكلما كان مستوى الخدمات الصحية جيدا كلما عبر ذلك عن حالة الاقتصاد. كما تجدر الإشارة إلى ضرورة التزام المؤسسات الصحية بمعايير الإفصاح والشفافية في عرض البيانات الصحية الخاصة بالميزانية والتكاليف وفق قواعد الحوكمة الإستشفائية التي تعتبر أحد أهم الاستراتيجيات الحديثة للارتقاء بالخدمات الصحية.

2- بعد المسؤولية القانونية:

الامتثال للقوانين المنظمة للقطاع الصحي في تسييره، وكذا في تحديد حدود العلاقة بين الأطباء والمرضى من حيث الحقوق بالنسبة لممتني القطاع الصحي كالأطباء والمرضى كالأجر المناسب والحق في الراحة والتعويض عن ساعات العمل الليلية وواجب تقديم التشخيص والاهتمام والرعاية النفسية والصحية للمرضى. وفي حالة المخالفات يتم الاحتكام إلى النصوص التشريعية والقانونية المنظمة لقطاع الصحة والقانون الداخلي للمؤسسة الصحية.

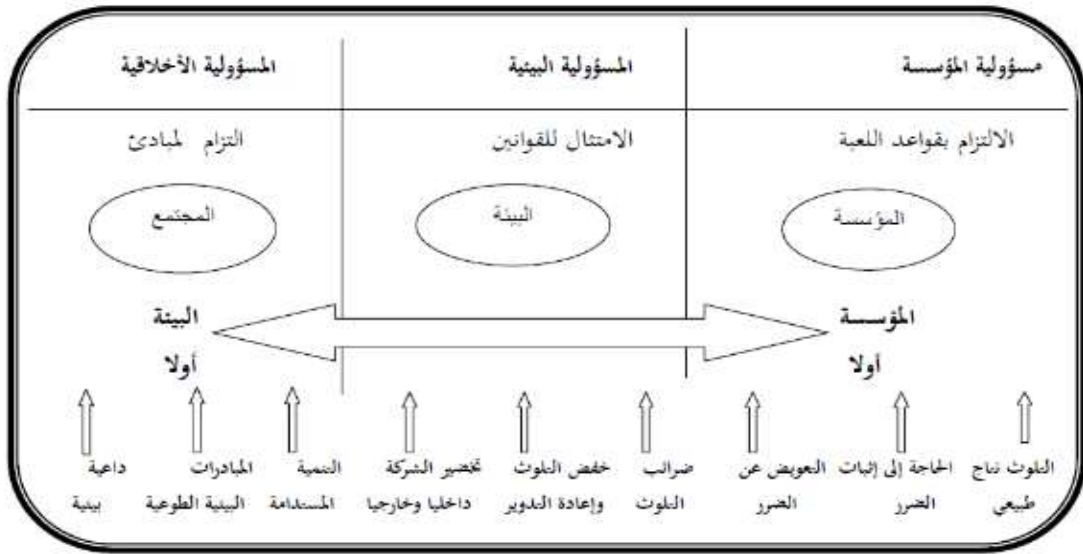
الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

3- بعد المسؤولية الإنسانية الخيرية:

بالنسبة لكارول تتعلق بالمبادرات والممارسات الإنسانية الطوعية التي لا تتطلب الإلزام القانوني لكنها نابعة من إنسانية الأفراد وتكون في إطار تفاعلهم مع محيطهم والآخرين ويمكن الإصلاح عليها بالمسؤولية البيئية حيث "تعرف البيئة بأنها المحيط الطبيعي والمجتمعي الأشمل الذي يؤثر علينا جميعا، وهي بهذه الدلالة ستكون أحد مرتكزات الأداء الاستراتيجي حيث ستكون البيئة شأنها شأن الجودة في الثمانينات في قلب الاهتمامات بالنسبة للشركات، وان الشركة البيئية هي الشركة التي ستكون أكثر استجابة لاهتمامات الزبائن وتحقيق هدفها الأعمق في النمو المستديم." (نجم، 2006، صفحة 289)

وتعرف المسؤولية البيئية على انها " بيان نوايا المؤسسة ومبادئها المرتبطة بأدائها البيئي والذي يوفر إطارا للعمل ووضع أهدافها واستراتيجياتها البيئية" (فولسين و جيمس، 2001، صفحة 81)

الشكل رقم 28: التدرج في المسؤولية البيئية والأخلاقية للمؤسسات.



المصدر: (نجم، 2008، صفحة 392)

إن ممارسات الحوكمة المؤسسية تنادي بالالتزام الأخلاقي للمؤسسات وكذلك الإلتزام المجتمعي ودعم البيئة والتنمية المستدامة. ففي تقرير كنج أربعة قد أحدث تغيرات جوهرية من أهمها حوكمة الأخلاقيات وأهمية تقييم الضوابط غير المرئية واعتبار أن المؤسسة جزء من المجتمع واستدامة التطوير كأحد العوامل في تطوير الأداء، فمبادئ الحوكمة المؤسسية

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

أصبحت ذات بعد اجتماعي حيث يجب على المؤسسات أن يكون لديها نظرة بعيدة المدى ذات نتائج إيجابية للمجتمع والبيئة من خلال تحسين مصادرها وتطوير مهارات العاملين.

من جانب آخر، تعد المسؤولية المجتمعية أحد مكونات أي نظام حوكمة فعال، حيث تتكون محاور المسؤولية المجتمعية من ثلاثة محاور وهي البيئة والمجتمع والاقتصاد فعلى سبيل المثال يركز محور البيئة على تخفيض كل من البصمة الكربونية والنفايات واستهلاك المياه فيما محور المجتمع يركز على دعم المجتمع وأصحاب المصلحة، أما محور الاقتصاد يركز على استدامة الريج ويندرج ضمن هذا المحور وجود امتثال وإدارة مخاطر وحوكمة فعالة فيما لا يمكن النظر لمحور لاقتصاد على انفراد دون الأخذ بعين الاعتبار المحاور الأخرى على اعتبار أنها محاور مكملة له ولها أثار إيجابية مستقبلية . (أيمن عبد الرحيم، مارس 2018، صفحة 21)

تعني المسؤولية البيئة مدى توافق سلوكيات وعمل المؤسسات مع حقوق البيئة واحترام خصوصيتها المادية والثقافية، فمثلا على مستوى المستشفيات لابد من التزامها بتسيير النفايات الطبية والتخلص منها وفق قواعد السلامة البيئية والمهنية التي لا تضر أحدا سواء أفرادا أو مؤسسات أو طبيعة، مع ضرورة استخدام محاليل ومعدات طبية علاجية صديقة للبيئة قدر الإمكان حتى لو كانت مكلفة ماديا لأن الحفاظ على البيئة من الأخطار والتلوث هو هدف أسمى لا ينظر إليه بمنظور التكلفة المالية بل وفق معيار الفائدة والمستقبلية.

4- بعد المسؤولية الأخلاقية والتطوعية في المؤسسات الصحية:

يشير جاد الرب إلى ان الاخلاقيات هي مجمل القيم والمعايير والمبادئ التي تحكم علاقة الفرد بالجماعة وترجم في سلوكيات واضحة. ولدى الإدارة العليا لكل مؤسسة مجموعة من القواعد العامة للسلوك تحدد طبيعة الحقوق والواجبات بين العاملين الداخليين ضمن المؤسسة والمتعاملين الخارجيين معها، وهذه الأطر الأخلاقية العامة للسلوك تستمد وقيم وعادات وتقاليده المجتمع الذي تتواجد فيه، ولذلك فهي تتوافق مع المصلحة العامة وتحظى بالتقبل من طرف المجتمع ولا تتعارض مع الدين ولا الخلفية الفكرية للمجتمع. (جاد الرب، 1995، صفحة 220)

كما يقصد بها مراعاة القيم والقواعد الأخلاقية للمجتمع من قبل المؤسسات والتنظيمات، فالمسؤولية الأخلاقية للمستشفيات مثلا تعزز ممارسات العدالة والمساواة في التعامل والنزاهة والمصدقية كمبادئ للسلوك العام ضمن المستشفى وهي من شأنها رفع نسبة القبول لدى

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

أفراد المجتمع، فإلى جانب البحث عن جودة الخدمات الصحية فإن المرضى يبحثون أيضا ويحتاجون لجودة المعاملة والتعامل معهم وهو ما يؤثر في تفضيلهم لمؤسسة علاجية على حساب أخرى، فالمعاملة الجيدة تعكس المستوى الراقى للأشخاص وهي غاية الجميع، وبالنسبة للتطوع ينعكس في الزيارات والاحتفاليات في المناسبات التي تقيمها دور الصحة لمرتابها أو المرضى والأطفال المعالجن المقيمين لديها، وكذا العمليات الكشفية وقوافل المساعدات الطبية والخيرية والأطباء الذي يقومون بزيارة المناطق النائية لتقديم خدمات علاجية مجانية للمحتاجين.

وفي نفس الإطار السابق فإنه من المفترض أن أساس الالتزام الأخلاقي هو انعكاس قوي لأخلاقيات المجتمع، ليس لكونه الخلفية المسبقة في تكوين أفراد المجتمع الذي سيكون منهم الأطباء والاداريين والمدراء، ومصدرا في تكوين أخلاقيات المهنة، بل لأن أي مؤسسة توجد في بيئة حية متفاعلة، حيث يجب اخذ قيم البيئة ومحددات السلوك الأخلاقي بعين الاعتبار في صياغة اهداف أي مؤسسة وتطبيق استراتيجيتها التنفيذية من أجل كسب قبول المجتمع وتعاونه وبالتالي الحصول على السمعة الحسنة. (نجم، 2006، صفحة 17)

ومن مؤشرات المسؤولية الاجتماعية أيضا في بعدتها الأخلاقي والبيئي يمكننا الإشارة بوضوح إلى انه مثلا وفي سياق ضرورة مراعاة التعامل الطبي مع خصوصية كل مجتمع والركون إلى الضوابط الأخلاقية التي تضبط البيئة الاجتماعية الخاصة بكل مجتمع فإنه مثلا بالنسبة ل " موت الرحمة الفعال بإعطاء المريض جرعة دوائية قاتلة يعد انتحارا من قبل المريض وقتل من قبل الطبيب على الأقل في بلداننا العربية وفي تعاليمنا الإسلامية.

أما الموت الرحيم السلبي في السماح للفرد بأن يموت، فهو ممارسة المريض لحقه في رفض العلاج وقبول الموت بكرامة. ومثل هذا الحق قد يتعارض مع حقه في الحياة الذي يعرضه عليه أوصياؤه". (نجم، 2006، صفحة 412)

والملاحظ من خلال المقارنة بين الابعاد المعتمدة للمسؤولية الاجتماعية ضمن موضوعنا مع أبعاد المسؤولية الاجتماعية المحددة في هرم كارول انه يضيف المسؤولية الإنسانية والخيرة بدل المسؤولية البيئية، ولكن يمكننا القول بأنها تتضمن نفس المعنى بما ان الفرد ملزم باحترام البيئة الإنسانية التي ينتمي لها على اعتبار ان احترام حقوق الإنسانية وعدم الاضرار بهم هي سلوكيات تعبر عن الجانب الخير والانساني الذي يعني مراعاة حقوق الاخرين والالتزام بالواجبات اتجاه البيئة الطبيعية والبيئة الاجتماعية.

رابعا: مرتكزات تفعيل المسؤولية الاجتماعية في القطاع الصحي

1.4. المتطلبات والعوامل الأساسية لتحقيق المسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الصحية

في إطار الاهتمام بالمنظومة الصحية وجودة الخدمات وتعزيز الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الاستشفائية، فقد قامت كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولي بصياغة "برنامج وطني للصحة المهنية للعاملين الصحيين يتضمن إجراءات تسهل امتثال مرافق القطاع الصحي بالقوانين التنظيمية واللوائح المتعلقة بالسلامة والصحة المهنية مع مراعاة ظروف العمل المحددة والمخاطر المهنية في هذا القطاع وتهدف لتوفير العمل اللائق وبيئة عمل صحية وأمنة لجميع العاملين الصحيين وبالتالي تحسين الإنتاجية والرضا الوظيفي والإبقاء عليهم في وظائفهم بالإضافة لكون هذه البرامج تسهم في تعزيز جودة الرعاية وسلامة المرضى" (WHO & ILO, 2021, p. 07)

حيث يعتمد الأداء الفعال الخاص بالمسؤولية الاجتماعية على الالتزام الموارد البشرية الصحية والإدارة من خلال: المراقبة الدقيقة والتقييم ومراجعة الأنشطة التي يتم القيام بها وتحقيق أهداف محددة والموارد المستخدمة وغيرها من الجهود التي تبذلها المؤسسة. وأثناء عملية المراجعة الدورية لابد من الإجابة على العديد من التساؤلات وتشمل:

-هل تم تحقيق الأهداف كما كان متصورا؟

-هل كانت الاستراتيجيات والعمليات متناسبة مع الأهداف؟

-ما الذي تم عمله ولماذا؟ وما الذي لم يتم عمله ولماذا؟

هل كانت الأهداف مناسبة؟

ما الذي كان من الممكن القيام به بشكل أفضل؟

-هل تم إشراك جميع الأشخاص المعنيين؟

وبناء على نتائج عمليات المراجعة ينبغي على المؤسسة او الشركة ان تحدد التغيرات في برامجها التي ستعالج أية عيوب وتحسن الأداء الخاص بالمسؤولية الاجتماعية. (ايزو 26000، 2010، صفحة 81)

هذا ويعد الإتصال مرتكز أساسيا في متطلبات توفير بيئة مشجعة على الالتزام التنظيمي والالتزام بالدور الاجتماعي للمؤسسة حيث ان الاتصال الداخلي والخارجي الجيد من شأنه:

-رفع مستوى الوعي داخل وخارج المنشأة باستراتيجيتها وأهدافها وخطتها وأدائها والتحديات التي تواجهها فيما يخص المسؤولية المجتمعية.

-المساعدة في الحلول وخلق حوار مع الأطراف المعنية.

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

- معالجة المتطلبات القانونية وغيرها للكشف عن المعلومات المتعلقة بالمسؤولية المجتمعية.
- إظهار كيف تفي المنشأة بالتزاماتها بالمسؤولية المجتمعية وكيف تستجيب لمصالح الأطراف المعنية وتوقعات المجتمع بصفة عامة.
- الإمداد بالمعلومات عن تأثيرات أنشطة ومنتجات وخدمات المنشأة شاملة تفاصيل حول كيف تتغير التأثيرات بمرور الوقت.
- المساعدة على اشراك وتحفيز العاملين وغيرهم لدعم أنشطة المنشأة في مجال المسؤولية المجتمعية.
- تيسير المقارنة مع المنشآت المناظرة والتي يمكن أن تحفز تحسينات الأداء فيما يتعلق بالمسؤولية المجتمعية.
- تعزيز سمعة المنشأة للعمل المسؤول والانفتاح والتكامل وقابلية المساءلة لتعزيز ثقة الأطراف المعنية في المنشأة. (ايزو 26000، 2010، صفحة 76)
- يجب ان تؤكد المنشأة انه يتم تطبيق مبادئ المسؤولية الاجتماعية في حوكمتها وتنعكس في هيكلها وثقافتها وعلى المنشآت أن تراجع إجراءاتها وعملياتها على فترات مناسبة لتحقيق من ان المسؤولية المجتمعية للمؤسسة مأخوذة في الاعتبار.
- قد تشمل بعض الإجراءات المفيدة ما يلي:
 - تطبيق ممارسات الإدارة القائمة لتناول المسؤولية المجتمعية للمنشأة.
 - تحديد سبل تطبيق مبادئ المسؤولية المجتمعية وقضاياها وموضوعاتها الجوهرية في مختلف أنحاء المنشأة
 - إذا كان مناسباً لحجم وطبيعة المنشأة أن تنشئ أقساماً أو مجموعات داخل المنشأة لمراجعة وتعديل إجراءات التشغيل لتصبح متوافقة مع مبادئ والموضوعات الجوهرية للمسؤولية المجتمعية
 - أخذ المسؤولية المجتمعية في الإعتبار عند إجراء العمليات للمنشأة
 - إدماج المسؤولية المجتمعية في ممارسات الشراء والاستثمار، إدارة الموارد البشرية والمهام التنظيمية الأخرى. (ايزو 26000، 2010، صفحة 75)

2.4. دور الموارد البشرية في الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الصحية:

حينما نتحدث عن الموارد البشرية لأي مؤسسة فإننا نقصد بالتأكيد مختلف الموظفين والعاملين ضمن هذه المؤسسة، على اختلاف مؤهلاتهم العلمية ورتبهم العملية، لأنهم القاعدة في تنفيذ المهام، وكذا تسيير البرامج المحددة لأساليب العمل من أجل تحقيق الرؤية الاستراتيجية لأي مؤسسة وتحقيق أهدافها وضمان استمراريتها لأن "بقاء المؤسسات المعاصرة يتطلب القدرة على توظيف أقدر الموارد وأرقاهم تعليماً وأكثرهم تكريساً لوقتهم في خدمة العمل، ولا يكفي جذب هؤلاء الأفراد والحفاظ عليهم، ووعدهم بمساعدتهم على تحقيق النجاح المادي والمعيثي والاقتصادي، فلا بد من منح هؤلاء الطاقات رؤية وشعور بوجود رسالة لهم، وإشباع رغبتهم في تقديم إسهام ذي مغزى لمجتمعهم، سواء في المؤسسة أو المجتمع العام. وبمعنى آخر، لا بد للشركة أن تتبنى المسؤولية العامة بدرجة أكبر حتى ترقى لمستوى المتطلبات التي لا بد لمدير المستقبل من الوفاء بها. (دراكر، 2013، صفحة 435)

وبالنظر لكوننا قد تطرقنا في الفصل السابق للحوكمة الصحية أو حوكمة المؤسسات الصحية، فإنه لا بد من التطرق لحوكمة الموارد البشرية باعتبار الموارد البشرية هي الرأسمال البشري والركيزة الأساسية لدعم الجودة ورفع الأداء وضمان الفعالية التنظيمية وتحقيق أهداف أي مؤسسة، ورغم أن هذا المفهوم حديث ولم يتم تداوله في أدبيات الإدارة والأعمال إلا في السنوات الأخيرة، فإنه يعبر بشكل واضح عن ضرورة مزج إيجابيات الحوكمة في إدارة وتسيير الموارد البشرية، وفي سنة 2016 قامت منظمة التقييس الدولية الايزو بإصدار مواصفة الحوكمة البشرية بعنوان ISO30408.

ولا يمكن إنجاز الخدمات الصحية إلا بالتعاون بين العاملين في المستشفى، وهو ما يحقق الجودة في إطار تضفر جهودهم كل في مجال اختصاصه، وتتجلى أهمية التنظيم والتنسيق بين مختلف النظم الفرعية للمستشفى أيضاً إلى جانب النظام العام، "فلو نظرنا إلى طبيعة المهام التي تؤديها وحدات التمريض في المستشفى والمهارات الإنسانية والتكنولوجية والمادية الموظفة في تنفيذها لرأينا أهمية تنظيم مجهودات العاملين في هذه الوحدات لتحقيق الفائدة الكلية للمستشفى، من حيث كفاءة إنجاز الأهداف وكفائتها، كما تتمثل أهمية التنظيم في المستشفى في تفادي ما قد يطرأ من صراعات تنظيمية على السلطة بين الجهازين: الإداري والطبي. (الإدارة الصحية، 2007، صفحة 343)

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

ومادامت إدارة الموارد البشرية تقوم بالأساس على الوظائف الأربع التالية: التنظيم، التخطيط، التوجيه والرقابة، فإنه من المهم الارتكاز لمبادئ الحوكمة في عملية صياغة الأهداف وتحديد الاستراتيجية وتنفيذها، فالحوكمة تركز بالأساس على تحسين ظروف العمل من خلال العمل على جودة الحياة الوظيفية من أجل تحسين نوعية المخرجات التنظيمية سواء تمثلت في رفع القدرة على الأداء من حيث الكم أو تحقيق الجودة بالنسبة للكيف في السلع أو الخدمات، واللامركزية في اتخاذ القرار بما يعني تمكين الموارد البشرية ومنحها فرص مشجعة للإبداع والابتكار، وضمان الشفافية والمصداقية والنزاهة في التعامل مع العاملين والمتعاملين، والمساءلة الموضوعية القائمة على الرقابة الصارمة، بالارتكاز أيضاً إلى محور أساسي جاءت به استراتيجية الحوكمة وهو توقع المخاطر والاستعداد لها وهو الأمر الذي يتيح للمؤسسة من تقليل المخاطر والتحديات بالنسبة لوجودها وأهدافها. إذ "يمثل الإهتمام والإنفاق على الموارد البشرية في المؤسسة استثماراً استراتيجياً، تجني ثماره في الأجلين القصير والبعيد، حيث تمثل العمالة مجالاً داخلياً من مجالات المسؤولية الاجتماعية، تلتزم المنظمة فيه بتوفير الخدمات اللازمة لتحسين جودة حياة العاملين ورضاهم الوظيفي، من أجل توفير مناخ مناسب يشجع على بذل المزيد من الجهد والعطاء، وكذلك الانتماء والولاء لصالح المنظمة وإدارتها، مما سيعترب عليه تحقيق منافع وعوائد اقتصادية مباشرة وغير مباشرة حاضراً ومستقبلاً". (فايدي، 14-15 نوفمبر 2016).

"ان فرص نجاح المنظمات في مواجهة تحديات القرن الحادي والعشرين تتوقف على حد كبير على قدرتها على تعظيم الاستفادة من الطاقات الكامنة في مواردها البشرية... فهذه الأخيرة هي المصدر الأساسي لتحقيق الميزة التنافسية." (زايد، 2003، صفحة 99)

إن كوادرات القطاع الصحي هم الفاعل ضمن استراتيجية تطوير القطاع والوفاء بالتزاماته اتجاه المجتمع، وتلقى على عاتقهم مسؤولية تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى والمساهمة في بناء الوعي الصحي لدى مختلف أفراد المجتمع في سلسلة متناغمة ومشاركة بين مختلف الهيئات والقطاعات، فالحق في الصحة مضمون للجميع دون تمييز وفق اللوائح العالمية لمنظمة الصحة، ولكن الفرق بين الدول وترتيبها في مجال تصنيف الرعاية الصحية المقدمة ومستواها يختلف من دولة لأخرى.

3.4. مساهمة ثقافة الجودة في تفعيل الالتزام بالمسؤولية للمؤسسات الاستشفائية:

لكل شركة أهداف محددة واضحة وبسيطة ومهمتها يجب ان تكون واضحة وكبيرة كفاية لتؤمن رؤية مشتركة، كما ان الأهداف التي تنتج عنها يجب ان تكون واضحة عامة وغالبا ما تكون معلنة. كما يرد على مسامعها هذه الأيام حديث عن ثقافة التنظيم ولكن مانعني به حقا هو الالتزام التي تقوم به المؤسسة نحو أهدافها وقيمها المشتركة. فبدون هذا الالتزام ليس هناك من شركة بل مجرد منقول. فعمل الإدارة يقتضي بالتفكير وبالتحضير لتحديد الأهداف والقيم. (دراكر، 2004، صفحة 324)

ولتفعيل الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الصحية، لابد من سيادة ثقافة الجودة ضمن التنظيم، وتعزز الثقافة التنظيمية سلوكيات الجودة وترجمها في سلوكيات من خلال كونها:

- الثقافة الواضحة تمنح الموظفين رؤية وفهم أعمق للطريقة التي يؤدي به العمل.
- يوفر الإطار الثقافي للجودة الاستقرار للعماله ويؤدي لتخفيض معدل دوران العمل.
- تنمي الإحساس بالانتماء والولاء والمسؤولية اتجاه المنظمة التي ينتمون إليها.
- تركز على الاهتمامات والمصلحة الجماعية بدل المصلحة والاهتمام الفردي.
- تعمل على وجود نظام اجتماعي مستقر يقلل من فجوه القيم والمعتقدات بين الأفراد.
- إيجاد نظام فعال للرقابة الذاتية والموضوعية الرسمية وغير الرسمية، الصارمة والحيادية على سلوكيات وعمل الافراد ضمن المؤسسة.
- هي جزء فعال لتحقيق الجودة وضمان تحسين الأداء دوريا.
- خلق بيئة فعالة للإبداع والابتكار وتشجيع روح المبادرة.
- عندما تكون الخدمة هي اهم شيء تقدمه المؤسسة، فإن ثقافة الخدمة تكون هي المعيار والمقياس الرئيسي للنجاح.

بدون وجود إطار مركزي لثقافة الجودة فان طاقات الموظفين ستتلاشى نظرا لغياب الإطار التنظيمي لها. (جاد الرب، مئة سؤال وجواب في القيادة الادارية، 2008، الصفحات 83-84) "ولأن الإدارة مرتبطة ارتباطا وثيقا بالالتزام بالناس بتجمعات مشتركة، فهي منغرسه في الثقافة ... فالتحديات الإدارية الأساسية في الدول المتطورة هي البحث والتأكد من مكونات تقاليدهم وتاريخهم وثقافتهم. فالفرق بين النجاح الاقتصادي الياباني والتراجع الهندي مثلا يفسر بأن المدراء اليابانيين استطاعوا غرس المفاهيم الإدارية المستوردة في ثقافتهم وتنميتها. (دراكر، 2004، صفحة 323)

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

"إن ثقافة المؤسسة تشبه بجيل الجليد التنظيمي حيث أن الجزء الظاهر منه يمثل الجوانب الرسمية العلنية وهي: الأهداف، التكنولوجيا، الهيكل، السياسات والإجراءات، المنتجات والمواد المالية، في حين يمثل الجزء المغطى أو المخفي كل الجوانب غير الرسمية غير العلنية وهي: المعتقدات، التصورات، الاتجاهات، المشاعر، الميول، القيم والمعايير..." (نجم، 2006، صفحة 87)

ويمكن ان تكون للقيم المتواجدة ولثقافة المؤسسة تأثير فعال في سهولة وسرعة إدماج المسؤولية الاجتماعية كاملة خلال المؤسسة. وفي بعض المؤسسات التي يكون فيها القيم والثقافة وثيقة القرب من قيم المسؤولية الاجتماعية قد تكون عملية الادماج مباشرة تماما. وفي البعض الاخر قد لا تعترف بعض أجزاء المؤسسة بفوائد المسؤولية المجتمعية وقد تقاوم التغيير. وقد يتم إشراك الجهود المنظمة على مدى فترة زمنية ممتدة في دمج منهج مسؤول مجتمعيًا في هذه المجالات. (ايزو 26000، 2010، صفحة 75).

وفي ذات السياق فقد أصبح من الضروري جدا "التنسيق بين ثقافة المؤسسة وثقافة المجتمع لنجاح المؤسسة واستمرارها، وكل خروج عن القيم والمعتقدات التي يؤمن بها الافراد ويتفق عليها المجتمع يشكل خطرا كبيرا على المؤسسة وسببا رئيسيا لأغلاقها، ومنه فمكانة البعد الثقافي في غدارة المؤسسات وتسيير الأفراد تحول إلى متغير رئيسي وسببا في نجاح الكثير منها بعد ان كان ينظر للمنظمة على أنها مكونة من بعدين بعد مادي تقني وبعد بشري، فظهرت فلسفة إدارية جديدة تعتمد على دراسة القيم والبعد الثقافي في المؤسسات" (توهامي، ليتيم، بوبكر، وبواب، 2013، صفحة 104)

4.4. معوقات وصعوبات الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الخدمائية الصحية:

على الرغم من السعي المتواصل من قبل منظمة الصحة العالمية، ومختلف الهيئات المعنية بترقية المنظومة الصحية، وتكريس ممارسات المسؤولية الاجتماعية ضمن القطاع الصحي، إلا أنه مازالت هناك العديد من المتطلبات والعوامل التي تتصف بعدم الفاعلية نتيجة غياب الالتزام الفعلي بمجموعة المبادئ والمعايير المحددة وفق معايير ايزو 260000، ولا يمكن بأي حال من الأحوال النهوض بالقطاع الصحي وترقية خدمات الرعاية والتشخيص إلا بتجاوز جملة المعوقات والصعوبات المحددة كالتالي:

-لطالما كان هناك شرح بين المأمول والواقع وبين النظرية والتطبيق وهو الذي لا يمكن تجاوزه إلا في إطار عملية الرقابة والمتابعة المستمرة قصد التقييم والتقويم

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

-مقاومة التغيير والتسيير وفق العقلية التقليدية القائمة على المركزية والجمود وعدم المبادرة
-غياب ثقافة المسؤولية وتحمل نتائج الأخطاء والمساءلة والمتابعة القانونية. الموضوعية.
-انعزال المديرين والمؤسسة عن المحيط الخارجي والمبادرات الصحية والبيئية الدائمة
واقصرها على المناسبات، ففي الوقت الذي تتسم فيه الخدمات الصحية في القطاع الخاص
بالميزة التنافسية مازالت الصحة العمومية تبحث عن التوضع وتحسين خدماتها.
-غياب القوانين الملزمة والمساءلة والعقاب بقوة القانون حول مدى التزام المؤسسات الصحية
بأبعاد المسؤولية الاجتماعية وأحيانا غياب التطبيق لهذه اللوائح ومتابعة تنفيذها.
-غياب الخبرة والمعرفة بالآليات الحديثة في مجال التسيير الصحي الناجح في ظل التركيز على
الإداري بدل العلمي التقني حتى في المناصب التي تحتاج تخصصات علمية.

-عدم الاهتمام بالجوانب الاجتماعية والأخلاقية

-قلة الموارد المالية والمادية المتوافقة مع احتياجات القطاع وطبيعة التطورات العلمية
والتكنولوجية في مجال وسائل العلاج والتشخيص والمتابعة الطبية.

خامسا: النظريات المفسرة للمسؤولية الاجتماعية

قبل عرض النظريات الخاصة بالمسؤولية الاجتماعية واسقاطها على المؤسسات
الاستشفائية باعتبارها مجال الدراسة، لابد أولا من التذكير بأن المسؤولية الاجتماعية مفهوم
جديد، وهو متزامن مع ظهور مفهوم الحوكمة وتعميمه على مختلف منظمات الاعمال.
فالمسؤولية الاجتماعية هي جزء تعبر عن التزام المؤسسة بتطبيق الحوكمة، التي يفترض ان
تستجيب لمتطلبات الموظفين والزبائن والموردين والمجتمع، والبيئة، لأن مفهوم الحوكمة شامل
في نطاق المؤسسات المنفتحة على محيطها الخارجي، والتي هي مطالبة وفقا لذلك بتنمية دورها
وأدائها الاجتماعيين.

1- النظرية النيوكلاسيكية (نظرية الأرباح) لميلتون فريدمان:

تستند هذه النظرية على أفكار آدم سميث وفق مبدئه " ما هو جيد للمؤسسة فهو جيد
للمجتمع" ويعتقد فريدمان عالم الاقتصاد الأمريكي ان المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات
تظهر في "القرارات الخاصة بتحسين المردودية والربحية لفائدة المساهمين، وان تعظيم قيمة
المساهم هو الهدف الاجتماعي المناسب للمؤسسات لأنه يعادل تعظيم الثروة الاجتماعية
للمؤسسة". (زيارة، 2009، صفحة 269)

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

وأراء فريدمان اتجاه المسؤولية الاجتماعية تعكس اتجاهه المتعلق بالدعوة للاقتصاد الحر ورأسمالية السوق حتى ان له كتاب بعنوان «الرأسمالية والحرية يؤكد فيه ان الهدف الاجتماعي للشركات هو مضاعفة الربح من خلال جمع الثروات وتعظيم الأرباح.

ويصرح ميلتون فريدمان أن "هناك شيء وحيد لاشيء غيره في منظمات الأعمال ومما تتحمله من مسؤولية اجتماعية هو استخدامها للموارد وتصميمها للأنشطة المطلوبة لزيادة الأرباح على الأمد الطويل وجعل ذلك قاعدة في انجاز أعمالها". (البكري، 2001، صفحة 24)

حيث تركز هذه النظرية على اعتبار ان ربح المؤسسة هو الهدف الأساسي الذي يهتم المجتمع ككل لأنها محددة وفق قانون يتضمن الواجبات والمسؤوليات الملقاة على كل طرف في المؤسسة ، وكلما زاد ربح المساهمين كلما عمت الفائدة على البقية، لذلك فالصيغة الاقتصادية للمؤسسة وسعيها للربح المادي يتعارض مع مضامين المسؤولية الاجتماعية. حيث توجد جملة من التعارضات بين المؤسسات الاقتصادية ومطالبتها بالالتزام اجتماعيا يحددها انصار هذه النظرية في:

- صعوبة المزج بين السعي للربح والأداء الاجتماعي.

- انعدام الخبرة لدى الهيئات الإدارية فيما يخص الجوانب الاجتماعية.

- صعوبة قياس المسؤولية الاجتماعية. (سعيدان، 2017، صفحة 32)

من خلال ماتم عرضه، يمكن القول أن تركيز هذه النظرية على الأرباح في ظل اقتصاد السوق الحر يمكن ان ينطبق على المؤسسات الصحية الخاصة فقط، لأنها فعلا تعمل من أجل الربح، حتى وان كانت تقدم خدمات صحية وتعمل جاهدة من أجل تحسين سمعتها واكتساب الميزة التنافسية لجذب المرضى، إلا انها تعتبر خدمات بمقابل مادي مقدر مسبقا ولا يمكن للمؤسسات الصحية الخاصة الاستمرار في حالة عدم تقاضيها للمال مقابل الخدمات التي توفرها لزيائنها، خاصة وان الموظفين يتقاضون أجور مقابل خدماتهم أيضا، لذلك فالمرضى مقابل ذلك يقدم المال للمؤسسة الخاصة التي تعمل بدورها على استثماره في تحسين ظروف العمل لموظفين وتحسين ظروف الرعاية الصحية لمرضاها أيضا.

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

وفي ظل مفهوم الربح المادي التي تستند إليه نظرية فريدمان فإن معدل الاستجابة للمسؤولية الاجتماعية سيقبل ويكون محصورا في الاستجابة للموظفين والمرضى مباشرة في حين ان الالتزام اتجاه المجتمع وفق هذا المنظور يتمثل في توسعة نشاط المؤسسات الصحية حيث يتم توظيف عمال آخرين وهو مايعتبر في صالح المجتمع كما ان تحسين الخدمات الصحية أيضا يعتبر احد أوجه المسؤولية الاجتماعية حسب تصور منظري هذه النظرية.

وترى كذلك هذه النظرية ان السعي للربح المادي يتعارض مع الأداء الاجتماعي الذي يعد مكلفا بالنسبة للمؤسسة ويفرض عليها تكاليف جديدة في حين انها تسعى لتقليل التكاليف ورفع نسبة الأرباح خلال الاستثمار في الخدمات الصحية فكلما كانت الخدمات جيدة كلما كانت التكلفة باهضة بالنسبة للمريض ومريحة بالنسبة لإدارة المستشفى لانها ستمكنهم من تغطية تكاليف تسيير المستشفى ودفع أجور الموظفين، وكلما تميزت الخدمات الصحية بالجودة زادت مداخيل المؤسسة كلما كان ذلك دافعا وحافزا بالنسبة للمستثمرين وأصحاب رؤوس الأموال للمساهمة لاستثمار أموالهم وتنميتها عبر المجال الصحي والمؤسسات والعيادات والمراكز الطبية المتخصصة وهو الامر الذي يلاحظ بالنسبة للعديد من التخصصات التي تبقى قليلة ونادرة وتسجل نقصا على مستوى المستشفيات العمومية ولكنها بالمقابل تتوفر على مستوى المجتمعات الصحية والمراكز الخاصة، ان تجهيز المؤسسات الصحية ذات الملكية الخاصة بالمعدات والتجهيزات الحديثة من شأنه جذب المرضى وبالتالي تحقيق الأرباح التي تسهم في شهرة المستشفى وبالتالي استقطاب اهتمام رجال الاعمال وأموالهم ودفعهم للمشاركة في رأس مال المؤسسة او تمويلها او الحرص على الحصول على المناقصات الخاصة بالبناء والتوسيع والامداد والتمويل والتموين.

2-نظرية الوكالة(التعاقد)

قدم كل من جونسون وماكلين نظرية الوكالة بالقول ان الوكالة هي "عقد يقوم بموجبه شخص او عدة أشخاص بتكليف طرف آخر بأداء بعض الخدمات نيابة عنه، والتي تحمل في مضمونها تفويضا لسلطة اتخاذ القرارات من قبل الموكل لصالح الوكيل". (Jensen & Meckling, 1976, p. 308)

يبدو من خلال ذلك ان جوهر نظرية الوكالة يستند إلى العلاقات التعاقدية التي تنشأ بين الموكل والوكيل على اعتبار أن الموكل هم المالكين والمساهمين في حين أن الوكيل هم الموظفين

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

والمديرين الذين يقودون المؤسسة ويتولون إدارة شؤونها وعلاقاتها الداخلية و الخارجية في إطار صلاحيات تفويض السلطة التي تمنح للمسير الذي يكون ملزما بالحفاظ على مصلحة صاحب رأس المال والمالك والمساهمين، ولا بد هنا من متابعة المسير من خلال صياغة آليات رقابية تضمن المراجعة الداخلية والخارجية للعمل التسييري والمحاسبي للمؤسسات.

وتشير نظرية الوكالة إلى طبيعة الخلافات التي يتحدث بين الوكيل والموكل (المسير والمالك) نتيجة التضارب والتعارض في طبيعة المعلومات المتوفرة لكل منهما.

إذ نجد ان ت نظرية الوكالة تقوم على تفويض السلطة بين المالك والمسير، ويمكن التعبير عن ذلك بأن الطاقم الإداري يرأسه المدير ونواب المدير للمصالح الإدارية والصحية هم مجلس الإدارة بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية في حين ان المالك هو الدولة مجسدة في الحكومة وممثلة في وزارة الصحة لذلك فوزارة الصحة هي المسؤول المباشر عن تعيين المدير الولائي للصحة و المدراء والمدراء الفرعيين للمؤسسات الاستشفائية العمومية، ولتجنب التعارض الذي ممكن ان ينشأ في ظل تضارب المصالح بين مدراء المؤسسات والنواب الفرعيين من جهة وبين الإداريين والحكومة من جهة أخرى يتم اختيارهم وتعيينهم وفق ما يسمى التعاقد وهو صيغة قانونية تحدد الواجبات والحقوق لكل طرف وتمنحه بعض الصلاحيات في إطار تفويض السلطة بعيدا عن مركزية القرار لاتخاذ القرارات المناسبة بالنسبة للتسيير الحسن للمؤسسة الاستشفائية التي هو على رأسها، وفي نفس الوقت باعتبار المدير معين وكذا النواب الفرعيين يمكن اعتبارهم مالك بالنيابة لانهم يسهرون على حماية مصالح الحكومة التي عينهم في تلك المناصب ومدراء المصالح هم من يسهرون على تنفيذ الإجراءات التي أمرهم بها المدير وفقا للصلاحيات الواسعة التي يمتلكها ويكون وفقا لذلك الموظفين العاديين هو المسير للعمل والأداء والمقدم للخدمات الفعلية باعتباره في احتكاك مباشر مع المواطنين وطلبي الخدمات الصحية والمتعاملين مع المؤسسة، ولهذا فعلى مجلس الإدارة والهيئات الإدارية العليا بالمؤسسة السهر على استقطاب الكفاءات البشرية وليس التوظيف فقط من أجل الموازنة بين الكف والكيف في المورد البشري للمؤسسة ولا يكون ذلك إلا من خلال توفر البيئة المشجعة للكفاءات على الانضمام إليها من ماديات متعلقة بالأجور والحوافز ووسائل العمل الإداري ومستلزمات العمل الصحي بالنسبة للسلك الطبي وشبه الطبي واقعيا وقانونيا أيضا، وفي ظل الصيغة التعاقدية بين المؤسسة والعاملين والمتعاملين معها لا بد من متابعة ومراجعة

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

ورقابة من أجل تقييم النتائج، فلا يكفي تقييم أداء موظفي المؤسسة من أجل الترقية والمردودية فقط بل لابد من تقييم نوعية الخدمات الصحية المقدمة ومستوى رضا المرضى عنها أيضا ومدى استجابتها لتوقعات ومتطلبات المجتمع والبيئة الخراجية أيضا لأن المؤسسة الاستشفائية نظام مفتوح مجبر على التعاطي مع المتغيرات المحيطة والتكيف معها، من خلال رفع معدل التغطية الصحية ونوعيتها والطاقة الاستيعابية للمستشفيات بما يتماشى مع الكثافة السكانية واحتياجات مختلف افراد المجتمع للتغطية الصحية والرعاية الأولية.

وكما من مسؤولية الدولة التنمية الصحية فالاستدامة أيضا هدف استراتيجي بالنسبة لمختلف مؤسسات الدولة بما فيها المؤسسات الصحية التي هي مطالبة بالحفاظ على وسائل ومستلزمات العمل باعتبارها ملكا للدولة والمجتمع والاجيال القادمة أيضا من أجل لضمان ديمومة العمل الصحي واستمرار تقديم الخدمات لجمهور المواطنين، وكل المتغيرات التي تناولناها إنما هي في الأصل مظاهر معززة لوفاء المؤسسات الصحية بمسئوليتها الاقتصادية والأخلاقية والقانونية والبيئية. وفي الأخير فان المؤسسة الاستشفائية مجبرة على توفير كل الاحتياجات الخاصة بالموظفين والمرضى والبيئة الخارجية من معلومات صحيحة والمشاركة في اتخاذ القرار والرقابة والمساءلة والعدالة وتوفير الإمكانيات المادية والمالية المساعدة للمؤسسة على تحقيق الجودة بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة والجودة في البيئة التنظيمية أيضا تحت إدارة طاقم إداري مؤهل وكفاء، لأن النتائج تكون على قدر الجهود المبذولة والإمكانيات المسخرة مع المتابعة لتجنب حالات الفساد والاختلاس والتعدي على أخلاقيات المهنة بالنسبة للجميع.

3- نظرية أصحاب المصالح: فريمان 1984

هناك علاقة وثيقة بين الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية، إذ تعد هذه الأخيرة إحدى مميزات وخصائص الحوكمة. فالحوكمة تعمل على جعل المؤسسات مسؤولة على القيام بمسئولياتها الاجتماعية والحفاظ على بيئة نظيفة ضمن البيئة الاقتصادية الحالية، ولأجل الحفاظ هذه المؤسسات على بقائها وتطورها لابد أن تتفاعل مع التوجهات الاجتماعية والبيئية الحديثة والظروف التنافسية الجديدة، وهذا ما أشار إليه تقرير 2002 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة للبيئة، ومجلس الأعمال العالمي من أجل التنمية المستدامة، ومعهد الموارد العالمي تحت عنوان: أسواق الغد: الوجهات العامة وآثارها على الأعمال والذي ربط بين المؤشرات

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

الاقتصادية، البيئية والاجتماعية من جهة وتطور الأسواق والتغيرات العالمية من جهة أخرى بغية اكتشاف التحديات المستقبلية والتكيف معها. (صديقي، 2019، الصفحات 13-14)

وبناء ذلك يمكن القول بأن هذه النظرية تندرج في إطار علاقة المؤسسة بمحيطها الخارجي حيث ظهرت كاستجابة لجملة التغيرات العالمية في ساحة العمل والاعمال خاصة في ظل تأثير أعمال الإدارة بالمتغيرات البيئية المحيطة فلم تعد المنظمات تقتصر في وجودها على تحقيق أهداف المؤسسة فقط من خلال تحديد العلاقات بين المالك والمسير، حيث يصح إدوارد فريدمان وزملائه انهم "يريدون تقديم إطار مفاهيمي جديد لإدارة الأعمال، هو الإدارة من أجل أصحاب المصالح، وليس من أجل مصلحة المؤسسة فقط، فعملية الإدارة إذن هي جملة من العلاقات بيم مجموعات وأطراف لها مصلحة من خلال النشاط الذي تؤديه المؤسسة". (Freeman & al, 2007, p. 03).

وتركز نظرية أصحاب المصالح على انه لابد للمؤسسات ان تهتم وتركز من حملة الأسهم والمساهمين إلى مجموعات غيرها لها علاقة بالمؤسسة. (Clement, 2005, p. 257)

وفي ظل هذه النظرية يعرف جيفري هاريسون أصحاب المصالح على أنهم الأفراد الذين يهتمون بأنشطة المنظمة ومخرجاتها التنظيمية وتتحدد أهداف المؤسسة وفقا لعلاقتها بهم حيث تتحقق أهدافها بناء على تفاعلاتهم مع المهتمين بوظائفها. (Jeffrey , 2013, p. 763)

ويحدد أصحاب المصالح سواء كانوا بالنسبة للمؤسسات الإنتاجية او الخدمائية ومنظمات الاعمال بأنهم: المالكون، العمال، الزبائن، المنافسون، الموردون، المجتمع، البيئة، الحكومات، جماعات الضغط. (الغالي و العامري، 2002، صفحة 2018)

وبتفسير المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية في ظل نظرية أصحاب المصالح يمكن لنا القول، بأن هذه النظرية هي الأكثر تطابقا مع المفهوم الدقيق للمسؤولية الاجتماعية والدور الاجتماعي للمؤسسات اتجاه الأشخاص والمؤسسات والهيئات التي تتعامل معها، والبيئة التي تتواجد فيها على اختلاف العلاقات التي تجمعها بأصحاب المصالح، وتجعل لهم عليها حقوق بمثابة واجبات بالنسبة لها فلكي تحافظ المؤسسة على وجودها واستمرارها لابد ان تستجيب لمتطلبات أصحاب المصلحة معها.

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

وستنطلق إليها بالتفصيل أكثر مع توضيح طبيعة المسؤولية الاجتماعية بالنسبة للمؤسسات الصحية ومن هم أصحاب المصالح ضمن هذا السياق وماهي مظاهر المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة اتجاههم، خاصة وان مفهوم المسؤولية الاجتماعية أصبح سائدا في ظل بروز النظريات التي تعتبر المؤسسة نسقا مفتوحا يؤثر ويتأثر بالبيئة والظروف الخارجية عكس النظرة الكلاسيكية التقليدية التي كانت تركز على الربح المادي واعتبار المنظمة نسقا مغلقا.

وتجمع نظرية أصحاب المصالح المفسرة للحوكمة والمسؤولية الاجتماعية بين مصالح أطراف البيئة الداخلية، واطراف البيئة الخارجية للمؤسسة والالتزامات الداخلية والالتزامات الخارجية، كما أنها حلقة الوصل بين الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية خاصة وأن الحوكمة في جوهرها تعد مسارا استراتيجيا لإدارة المؤسسات، والرفع من مسؤوليتها الاجتماعية في المكان الذي تتواجد فيه من أجل تحقيق الرضا الداخلي والخارجي، والحصول على صيت وسمعة جيدة لدى الزبائن، وبالتالي امتلاك الميزة التنافسية التي تجعلها وجهة وقطبا لذوي المصالح، مما قد يمنحها فرصا أكبر لجذب وإستقطاب أحسن المدخلات والموارد وأفضل الكفاءات لتحقيق أفضل الخدمات والمخرجات.

وقبل اسقاط محتوى هذه النظرية على المؤسسات الصحية، يجدر التأكيد أولا على كون المؤسسات الصحية ذات طابعين منها ما هو خاص حيث تعود ملكيته لفرد او مجموعة أفراد او عائلة، وتعمل على الوفاء بمسؤوليتها الاجتماعية من أجل تحسين سمعتها واكتساب الميزة التنافسية التي تمكنها من جذب التمويل والزبائن للحصول على الأرباح المالية مقابل الخدمات الصحية التي تقدمها، فيما يمكن ان تكون مؤسسات صحية خدماتية ذات طابع عمومي أي ملك للدولة وهي لا تعمل على الربح المادي لأن طابعها مجاني في الغالب بل تسعى لتوفير التغطية الصحية الشاملة وتحسين نوعية الخدمات التي تقدمها لمختلف أفراد المجتمع من أجل رفع معدل الرعاية الصحية التي تقدمها للمواطنين ومنحهم حقهم في الصحة والوقاية من الاخطار والتهديدات الصحية وضمان الأمن الصحي.

حيث يتمثل أصحاب المصالح ضمن المؤسسات الصحية في:

المالكين: بالنسبة للقطاع الصحي العمومي فالدولة هي المالك وهي المسير والمنظم للمؤسسات الصحية حيث تعمل على وضع آليات لمنع الفساد والرقابة والشفافية والحفاظ على منشآت

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

الدولة والأجهزة والعتاد الطبي وعصرنة وتحسين المنظومة الصحية استجابتها لمتطلبات المجتمع من حيث ترقية الخدمات الصحية وجودتها وبناء مؤسسات جديدة تتوافق مع الكثافة السكانية وتوفير الأطباء والطاقم شبه الطبي لتلبية احتياجات السكان والمواطنين.

العمال: مهنيي القطاع الصحي وهم ضمن مؤسسات القطاع الصحي عدة أصناف منهم الإداريين والتقنيين والعمال المهنيين والسلط شبه الطبي والسلط الطبي ، ولديهم حقوق وواجبات محددة بموجب قانون الوظيف العمومي وقانون الصحية وعلى عاتق المؤسسات الصحية ان تمنحهم رواتب واجور متوافقة مع أعمالهم ومستوياتهم، ومنحهم فرص عادلة في الترقية والتدريب والتكوين والعدالة في التعامل وتحسين شروط وظروف العمل وحقهم في الضمان والتأمين الاجتماعي والتقاعد والاجازات والعطل وحقهم في السكن وتوفير النقل.

الزبائن: المرضى وجودة الخدمات هم بالنسبة للمؤسسات الصحية يتمثلون في المرضى وطالبي الخدمات الصحية من متابعة وتشخيص وعلاج حيث يجب ان تكون سعر الخدمات التي يحصلون عليها محددًا بموجب القانون بالنسبة للمؤسسات الخاصة والحفاظ على الطابع المجاني والرمزي بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية العمومية لأن الدوة هي التي تتحمل ميزانية هذه الخدمات ، مع مراعاة شروط حفظ واستخدام المستلزمات والمعدات الطبية بما لايشكل خطرا او تهديدا لصحة العاملين بالمستشفى وكذا المرضى، وإدارة النفايات الطبية بشكل صحي وسليم.

المنافسون: تعد المؤسسات الصحية العمومية والخاصة متنافسة فيما بينهما من حيث توفير ظروف العمل المناسبة وتقديم الخدمات الصحية الراقية والاهتمام الأمثل بالموظفين والمرضى على ان تكون هذه المنافسة نزهة فعلى سبيل المثال لايجوز أخلاقيا توجيه المرضى من المؤسسة العمومية إلى المؤسسات الخاصة في حالة توفر نفس الخدمات الطبية والامكانيات العلاجية.

الموردون والممولون: من خلال التجهيز الدائم وضمان التمويل والتمويل بالاحتياجات اللازمة لتسيير المرفق الصحي سواء كانت الموارد المادية او البشرية من خلال توفير احسنها بأسعار مناسبة تتوافق مع الإمكانيات المتاحة وتسديد الالتزامات المالية اتجاههم.

الفصل الثالث: المسؤولية الاجتماعية والتزامات المؤسسات الاستشفائية

المجتمع: من خلال توفير وبناء المستشفيات والقاعات الصحية والاقسام الطبية وفق المعايير الصحية والهندسية المتعارف عليها ومنح ذوي الاحتياجات الخاصة حقهم في الرعاية والاهتمام الصحي والطبي المادي والمعنوي ومراعاة احتياجاتهم وظروفهم الخاصة مثلا من خلال توفير المصاعد والممرات الخاصة بهم والاستعداد الدائم للكوارث والمخاطر الصحية عبر التأهيل وتوفير المخزون الصحي ومنح المجتمع حقه في المعلومة الصحيحة دون زيف وتضليل والاستجابة لخصوصية المجتمع والعادات والأعراف مثلا من خلال الفصل بين قسكهم الرجال والنساء في كل مصلحة.

البيئة: من خلال الاستخدام الأمثل للموارد وضمان استدامتها مع ضرورة الاهتمام بانظافة المحيط وحمايته من التلوث عبر تعزيز المساحات الخضراء والحفاظ عليها وإدارة النفايات الصحية وفق الشروط البيئية المناسبة والأمنة

الحكومة: تمثل التنظيم الرسمي وتفرض على المؤسسات الصحية الاستجابة للتشريعات والقوانين المنظمة للقطاع الصحي والصادرة من قبل الدولة ممثلة في الحكومة والجهاز التنفيذي عبر الاستجابة لمعايير العدالة ومنح الفرص المتكافئة في التوظيف والترقية وتسديد الاشتراكات الخاصة بالضمان الاج والتقاعد والعطل الطبية والمرضية بموجب القانون وصرف ميزانية البحث والتطوير في مكانها ومنح فرص التكوين والتدريب للعمال وفق مقتضيات القانون والمصلحة.

جماعات الضغط: هي جماعات تتشكل وفق معايير رسمية وغير رسمية، إذ عادة ما يتكفل أفرادها ويلتفون حول هدف معين يسعون لتحقيقه، فيمارسون ضغوطا على المؤسسة التي يتواجدون بها لإرغامها على الاستجابة لمتطلباتهم، أو متطلبات الفئات التي يمثلونها وعادة ما تنحصر مطالبهم داخل المؤسسات الاستشفائية في المطالبة بتحسين ظروف العمل المادية والمعنوية بالنسبة لموظفي القطاع، والارتقاء بنوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين والمرضى. اما على الصعيد الخارجي فإن جماعات الضغط عادة ما تسعى لفرض الالتزام بقواعد وارشادات منظمة الصحة العالمية، والتعامل، والتفاعل، والتعاون مع الجمعيات الصحية، ومرافقة المرضى، والحوار مع النقابات الصحية والاعلام.

خلاصة الفصل

نستنتج من خلال ما تناولناه في هذا الفصل ان المسؤولية الاجتماعية مفهوم حديث، ظهر في ظل نظرية النسق المفتوح التي تعتبر المؤسسة مهما كانت طبيعتها انما هي جزء من النسيج الاجتماعي، لذلك فهي تتأثر بمختلف التغيرات والتفاعلات التي تميز بيئة الاعمال، هذه الأخيرة التي تتصف بعدم الثبات والتغير المستمرين في ظل تنامي المؤسسات وتطورها وتنوعها المتزايد خاصة مع تزايد حدة المنافسة والرغبة في البقاء، حيث لم تعد المؤسسات تحافظ على وجودها من خلال الربح المادي فقط، بل أصبح الامر مرتبط بالسمعة والقبول الاجتماعي أكثر من أي عامل آخر.

وقد تزامن ارتفاع الصيحات المطالبة للمؤسسات ومنظمات الأعمال بالاهتمام أكثر بالمسؤولية الاجتماعية من خلال أبعادها الاقتصادية والأخلاقية والقانونية والبيئية مع مسعى تعميم الحوكمة، وجعلها وسيلة لتوسيع الدور والأداء الاجتماعي للمؤسسات خاصة في النصف الثاني من القرن العشرين، وما المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية إلا تعبير عن أحد آليات تطبيق الحوكمة الصحية وتفعيلها.

تمهيد

أولاً: واقع المنظومة الصحية الجزائرية ومسعى إصلاحها

- 1.1. تطور النظام الصحي في الجزائر
- 1.2. المشاكل التي تعترض حوكمة المنظومة الصحية الجزائرية
- 3.1. تبني المقاربة التشاركية ونظام التمويل والتعاقدية لتطوير القطاع الصحي الجزائري

ثانياً: الهيئات المستحدثة من أجل تطوير القطاع الصحي بالجزائر

- 1.3. المدرسة العليا للمناجمنت والإدارة الصحية.
- 2.3. الوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات.
- 3.3. الوكالة الوطنية للأمن الصحي.
- 4.3. الوكالة الموضوعاتية للبحث في الصحة.
- 5.3. وزارة الصناعة الصيدلانية.

ثالثاً: متطلبات عصنة المنظومة الصحية وتفعيل الحوكمة الصحية وتعزيز المسؤولية

الاجتماعية للمستشفيات الجزائرية

- 1.1. تكوين وتدريب الموارد البشرية وكوادر القطاع الصحي.
- 2.4. توظيف الذكاء الصناعي والتكنولوجيات الحديثة ورقمنة القطاع الصحي.
- 3.4. تحقيق الأمن الصيدلاني والتمويل بمنتجات صحية ذات جودة.
- 4.4. ضمان أمن المرضى وحماية مهنيي الصحة من خطر العدوى في الوسط العلاجي وتحسين جودة الحياة.
- 5.4. تطوير البحث العلمي في مجال الصحة.
- 6.4. تفعيل الاتصال المفتوح والتفاعل مع المجتمع ومشاركته.

خلاصة الفصل

تمهيد:

ظهر مفهوم الحوكمة في الجزائر كاستجابة للتغيرات العالمية والتكيف معها، ومسايرتها وقد أخذت منحى اقتصادي في بداية ظهورها من أجل تحسين ظروف البيئة الاقتصادية وتحسين فرص الجذب والاستثمار الأجنبي، قبل ان يتبناه النظام السياسي الجزائري في جل خطابه، ويتم تداوله على مستوى مختلف الوزارات والادارات، بما في ذلك اعتبار الحوكمة الصحية فيما بعد كآلية لتحقيق مسعى عصرنة وتطوير المنظومة الصحية الجزائرية، وضمان الجودة، والتغطية الصحية الشاملة، وسنشير باختصار لبوادر ظهور وتطبيق للحوكمة في الجزائر عموما وفق ما ذكرته غلاي نسيمه كما يلي:

1- تشكيل الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد ومحاربه سنة 2006: وانضمت للشبكة العربية لتعزيز النزاهة ومكافحة الفساد التي تأسست سنة 2008

2- انعقاد اول مؤتمر حول الحكم الراشد للمؤسسات في الجزائر، جانفي 2007: وفيه تبلورت فكرة اعداد ميثاق جزائري للحكم الراشد للمؤسسة كاول توصية وخطوة عملية يتم اتخاذها.

3- انشاء مجموعة عمل لحوكمة المؤسسات سنة 2007: قام أصحاب المصالح في القطاعين العام والخاص تعمل بالاشتراك مع المنتدى العالمي لحوكمة المؤسسات و مؤسسة التمويل الدولية لوضع دليل حوكمة المؤسسات الجزائرية.

4- إصدار دليل حوكمة المؤسسات الجزائرية سنة 2009: حيث تم اصدار المدونة الجزائرية لحوكمة الشركات في 11 مارس 2009.

5- إطلاق مركز حوكمة الجزائر أكتوبر 2010: من اجل تحسين البيئة الاقتصادية وتعزيز قيم الشفافية والمساءلة والمسؤولية. (غلاي، 2015، الصفحات 76-77)

أولاً: واقع المنظومة الصحية الجزائرية ومسعى إصلاحها :

كان الوضع الصحي بالجزائر خلال التواجد العثماني يعرف تدهوراً كبيراً مع غياب شبه تام للهياكل الصحية، التي بدأ ظهورها مع قدوم المستعمر الفرنسي، هذه الهياكل تم توجيهها بالدرجة الأولى لخدمة الجيش الفرنسي والمعمرين، مع محاولة توظيفها لتثبيت الإستعمار وكسب ود الأهالي، وتعود أصول المنظومة الصحية الجزائرية لتلك التي أقامتها جبهة التحرير الوطني، هذه المنظومة الصحية عرفت الكثير من التغيرات والتطورات بعد الاستقلال، فتم اتخاذ عديد الإجراءات لتكييفها مع الأوضاع السياسية والإقتصادية والإجتماعية التي ميزت كل محطة من محطات التغير بالجزائر، ورغم الجهود التي بذلتها الدولة للنهوض بالقطاع الصحي والنتائج المحققة بالميدان، إلا أن النظام الصحي الجزائري لا يزال يتخبط بجملة من المشاكل التي حالت بينه وبين الكثير من أهدافه، مما يستدعي بدل المزيد من الجهود، وفي هذا الصدد طرحت الحوكمة الصحية بقوة للقضاء على مشكلات النظام الصحي والرفع من مستوى وجودة خدماته، وقد مر النظام الصحي الجزائري في تطوره التاريخي بالمراحل التالية:

1.1 المراحل التاريخية لتطور النظام الصحي في الجزائر:

1.1 النظام الصحي الجزائري قبل 1962م (خلال التواجد العثماني والفرنسي):

إن أهم سمة ميزت الوضع الصحي للشعب الجزائري قبل الاحتلال الفرنسي هي التباين وعدم الإستقرار في الحالة الصحية، فقد كانت البلاد عرضة للأوبئة والأمراض المعدية، ورغم أن الجزائر كانت بيئة صحية خالية من الأوبئة، إلا أن علاقتها بباقي الأقطار كالمشرق العربي وبلاد السودان، وجنوب المغرب الأقصى، إضافة لبعض المناطق الأوروبية، قد ساهم في نقل الكثير من الأمراض إليها. (خروبي بزا، 2011، صفحة 23)

وما زاد من تفاقم الوضعية الصحية، وصعوبة التحكم بهذه الأمراض والأوبئة، هو إنتشار الجهل والأمية الصحية، فغالبية الشعب كانت تجهل أبجديات الصحة ولا تلتزم بقواعدها، كما أن نقص الأدوية قد أسهم وبشكل كبير في تفاقم الوضعية، " فالجزائر في العهد العثماني لم

تكن توجد بها إلا صيدلية واحدة بالعاصمة، لم يكن لها أثر يذكر في الحد من الأزمات الصحية والأوبئة". (سعيدوني، 1985، صفحة 54)

وقد تناقص عدد سكان المدن بشكل كبير خلال التواجد العثماني، إذ بلغ عدد سكان العاصمة خمسين ألف، بعد أن عرفت العديد من الأوبئة، ففي سنة 1787م قضى وباء على أكثر من ستة عشر ألف نسمة من أهلها، ثم سنة 1817م عرفت البلاد وباء دام ثلاث سنوات قضى على أكثر من ثلاثة عشر ألف نسمة من سكان العاصمة. (سعيدوني، 1985، صفحة 24)

وما يمكن قوله حول هذه الحقبة الزمنية، أن التداوي فيها لعامة الشعب كان يتم عن طريق الأعشاب والنباتات المختلفة، في حين نجد أن الأوليغارشية التركية الحاكمة قد إهتمت بالصحة، وحصرها عليهم وعلى حاشيتهم، فكانوا ينتدبون أطباء أوروبيين من الأسرى، أما من حيث الهياكل الصحية، فكل ما كانت تحصيه الجزائر هو بعض الملاجئ والمصححات كذلك المصح الذي كان يتواجد بباب عزون وملجأ العجزة الأتراك، ومستشفيات خصصت للأسرى المسيحيين إذ تم إنشاء أول مستشفى سنة 1551م من طرف الراهب سيديستيان. (سعيدوني، 1985، صفحة 96)

وقد ظل الوضع على حاله حتى دخول الفرنسيين سنة 1830م، إذ عرف القطاع الصحي العديد من الإجراءات والتطورات التي كانت تتماشى وتطور الاحتلال على أرض الواقع وأهدافه المسطرة، ولم يولي المستعمر الفرنسي أي أهمية لتطوير ما كان موجودا من نظم صحية والتي كان قد أنشأها الأتراك، ولكنه عمد لمحاولة استعطاف الأهالي عن طريق تقديم خدمات صحية. بداية من سنة 1832م بدأ الإستعمار الفرنسي بتشديد المستشفيات بالمدن الكبرى بداية بالعاصمة ووهران وعنابة، ثم سنة 1934م بجاية، وسنة 1935م مستغانم وقالمة سنة 1937م، والبليدة سنة 1838م، وبحلول سنة 1945م كانت الجزائر تحصي 38 مستشفى. (خروبي بزاوة، 2011، الصفحات 27-28).

وحتى سنة 1950م، إعتد المستعمر سياسة مختلفة كرد فعل على المقاومة الشرسة التي لقيها من قبل السكان، فحاول إعتداد سياسة ظاهرها إنساني تعتمد الإهتمام بتطوير المنظومة الصحية أساسا لها، وذلك بإتخاذ بغض الإجراءات على رأسها تشجيع هجرة الأطباء الأوروبيين

للجزائر، وإنشاء دوائر صحية، والعمل على تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي، وإنشاء عيادات للأهالي.

وفي منطقة البحر الأبيض المتوسط، كان المهنيون الصحيون، ولا يزالون، يتلقون تدريباً بلغات مختلفة، بما في ذلك الإنكليزية والفرنسية والإيطالية، مما يؤثر على الاتصال بين الأشخاص، وبين مقدمي الرعاية الصحية والسكان الذين يتلقون الخدمات. وكانت شبكات المستشفيات والمرافق الصحية مصممة أساساً لتلبية احتياجات العسكريين، وموظفي الخدمة المدنية من البلدان المستعمرة. وفي بعض البلدان، أنشئت مستشفيات لمختلف المجتمعات المحلية، بما فيها الفرنسيون، ومسلمي الشعوب الأصلية، بمعايير مختلفة في المعدات الطبية الحيوية والموظفين. (World Health Organization, July 2006, p. 03)

وإستمر المستعمر في إدخال التحسينات على المنظومة الصحية، التي كانت قائمة على خدمة أفراد الجيش الفرنسي، والمعمرين، وكذلك الخدم، والمتعاونين من الجزائريين، ومع اندلاع الثورة التحريرية سنة 1954م أعدت جبهة التحرير الوطني لإقامة نظام صحي خاص بها، كان يسهر على تقديم الخدمات الصحية للجاهدين والأهالي في بعض الأحيان.

ورغم الظروف الصحية الصعبة، وقلة الموارد المادية والبشرية، إلا أن المنظومة الصحية لجبهة التحرير الوطني أدت الدور المنوط بها، فكانت تعمل على التشخيص والعلاج وإجراء العمليات الجراحية إن تطلب الأمر ذلك، إضافة لنشاطها الوقائي والتكويني الذي كان يضمن لها الإستمرارية، وقد كانت هذه المنظومة اللبنة الأساسية التي قامت عليها المنظومة الصحية الجزائرية بعد الإستقلال.

2.1. النظام الصحي الجزائري بعد 1962م:

عشية الاستقلال، اتسمت الحالة في معظم بلدان البحر المتوسط بضعف المؤشرات الصحية، وبندرة حادة في الموارد البشرية المخصصة للصحة، وتفاقت بسبب رحيل المهنيين الأجانب المؤهلين، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى اعتماد النظم الصحية الوطنية على القوى الاستعمارية السابقة في مجال تثقيف الموظفين الصحيين وتنمية الموارد البشرية، وكان الافتقار إلى الموارد البشرية اللازمة للصحة، وما زال يتفاقم بسبب الاختلالات في اختلاط المهارات،

وبسبب الهجرة الداخلية والخارجية للمهنيين. (World Health Organization, July 2006, p. 03). وقد عرف النظام الصحي الجزائري بعد الإستقلال الكثير من التحولات والتغيرات، كما مر بالعديد من المراحل، لكل مرحلة ما يميزها، ويمكن تبيانها على النحو التالي:

أ- المرحلة الأولى من 1962 إلى 1973: وتعرف هذه المرحلة بمرحلة إعادة تنظيم المنظومة الصحية، فقد ورثت الجزائر نظام صحي منهار يعاني على جميع المستويات، سواء من ناحية الهياكل أو الكوادر الطبية، فالجزائر قد ورثت عن المستعمر الفرنسي الكثير من المشاكل الاقتصادية، والإجتماعية، وعلى رأس هذه المشاكل تلك الخاصة بالنظام الصحي، فالوضعية الصحية للسكان غداة الإستقلال أقل ما يقال عنها أنها كانت جد متدهورة، إذ عرفت هذه الفترة هجرة جماعية للأطباء والممرضين الفرنسيين، مع تدمير شبه كلي للمنشآت الصحية التي شيدها المستعمر، فبلغ عدد الأطباء المهاجرين 2200 طبيب و2700 ممرض. هذا الأمر أسهم في إدخال البلاد بأزمة صحية نتيجة لانتشار الكثير من الأمراض والأوبئة، فالمنظومة الصحية الجزائرية كانت عاجزة على تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الطبية، إذ لم تحصي سنة 1964م سوى 1301 طبيب، موزعين على القطاع العام بـ 966 طبيب، والقطاع الخاص بـ 335 طبيب. (غرايبي، 2016، صفحة 245)

كما كان النظام الصحي متمركزا في المدن الكبرى كالجزائر العاصمة ووهران وقسنطينة، وكان يتركز على خدمات الطب العمومي في المستشفيات، والعيادات في البلديات التي تقوم بتقديم المساعدات الطبية المجانية، إلى جانب مراكز الطب المدرسي التابعة لوزارة التربية والتعليم. (حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، 2008، صفحة 132).

وقد تدعم القطاع الصحي بإنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964م، وتم إنشاء وزارة الصحة سنة 1965، وقد كانت قبل ذلك مندمجة في وزارات أخرى، مع إصدار مرسوم ينظم مهنة الأطباء والصيدالة سنة 1966م، إضافة لتدعيم المنظومة الصحية بالهيكل القاعدية، وهذا من خلال تطبيق مخططين للتنمية عرفتهما المنظومة الصحية هما:

المخطط الثلاثي 1967-1969: ونص على إنشاء 10 مستشفيات و109 عيادة متعددة الخدمات و82 مركز صحي.

المخطط الرباعي 1970-1973: وتضمن إنجاز 600 سرير، منها 200 سرير بالمستشفيات الجامعية، و100 عيادة متعددة الخدمات، و100 مركز صحي و10 مراكز تكوين. (براحيل، 2009، صفحة 95)

كما تجدر الإشارة لصدور المرسوم 69 المؤرخ في 9 جويلية 1969، المتعلق بإجبارية التلقيح ومجانيتها، مما ساهم في مكافحة الأمراض المعدية مثل الشلل والملاريا بشكل كبير.

ب- المرحلة الثانية من 1973 إلى 1980:

كما هو معلوم أن التوجه الإقتصادي والسياسي للدولة قد اتخذ في هذه المرحلة من الاشتراكية نهجاً له، وفي ظل الضغط الكبير الذي كانت تعرفه المنظومة الصحية نتيجة للزيادة بعدد السكان من جهة، ومحدودية الموارد والإمكانيات من جهة ثانية، اضطرت الدولة الجزائرية لإقرار مجانية الطب لمجابهة ما كانت تعرفه البلاد من أوبئة وأمراض، ومسيرة ما يقتضيه التوجه الإشتراكي، كما أكد على ذلك دستور سنة 1976م في مادته 67، التي نصت على أن لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع مجال الطب الوقائي. (جبهة التحرير الوطني، 1976، صفحة 30). وتجدر الإشارة إلى أن الدولة في هذه المرحلة قد تركت المجال مفتوح أمام الأطباء الخواص والصيدلة، من خلال إصدار جملة من القرارات سنة 1979م، تقضي بالسماح للأطباء الأخصائيين العاملين بالمراكز الجامعية الإستشفائية الاختيار بين القطاع العام والخاص، كما ترك المجال مفتوح أمام الأطباء الذين استجابوا لنداء الخدمة الوطنية (خروبي بزازة، 2011، صفحة 42)

ج- المرحلة الثالثة من 1980 إلى 2009:

إن أهم حدث ميز هذه المرحلة، هو انعقاد المؤتمر الرابع للجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني في ديسمبر 1980م لملف الصحة، وحاولت السلطة من خلاله تضييق الخناق على القطاع الخاص الذي بدأ ينمو وينافس القطاع العمومي، كما حاولت إعطاء دفعة جديدة للنظام الصحي العمومي، من خلال العمل على تطويره. وأهم قرارات هذا المؤتمر:
- إنشاء نظام صحي اشتراكي.

- ضرورة مساهمة النظام الصحي في تحقيق التنمية والتطور الإقتصادي والإجتماعي.
- ضرورة مشاركة القطاعات الأخرى في وضع سياسة صحية فعالة.
وتبعاً لنص المادة 51 من دستور 1989م التي تنص على كون الرعاية الصحية حق للمواطنين وتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية المعدية ومكافحتها، (دستور 1989، 1989)
كما سعت الدولة الجزائرية إلى إصلاح المنظومة الصحية وعصرنتها، عن طريق تركيز الجهود على الوقاية من الأمراض، عن طريق الرفع من مستويات التلقيح التي بلغت فيما يخص مرض السل 99%، والشلل 91%، والحصبة 88%، والتهاب الكبد الفيروسي 90%، هذا إضافة إلى العمل على تدعيم طب الأم والطفل حديث الولادة من خلال فتح مراكز للصحة الجوارية تهتم بالعملية. (المنظمة العالمية للصحة، 2009، صفحة 16)

وسنة 2007 وبموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19ماي 2007 والمنشور في الجريدة الرسمية الجزائرية الصادرة يوم 20ماي 2007 العدد (33)، قامت السلطات العمومية الجزائرية بتطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية، بهدف الفصل بين مهام المستشفيات الجامعية والمؤسسات التي تقدم علاجاً قاعدياً، حيث تم تأسيس الطب الجوارى لتقريب العلاج من المواطن، وتم تقسيم المؤسسات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية، التي تشمل قاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات، التي غالباً ما تكون متمركزة في البلديات وفي القرى والمداشر والمناطق النائية التابعة لها، وذلك في إطار سياسة اللامركزية التي تسعى لضمان الرعاية الصحية لكل المواطنين وتقريب المستشفى من المريض. (ذهبية، 2017، الصفحات 269-270)

وفي سنة 2009، تم إصدار القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين بسلك متصرفي مصالح الصحة، والموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية، والممارسين الطبيين العاميين، والمتخصصين في الصحة العمومية.

د- المرحلة الرابعة من 2010 إلى يومنا هذا:

لقد تضاعف الدور الحاسم للحكومات الوطنية في تطوير النظم الصحية، كجزء من المهام السيادية، بما في ذلك الهياكل الأساسية للنظام الصحي، وتدريب القوة العاملة الصحية اللازمة

الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية

في جميع ميادين الطب، والصحة العامة، إذ قامت الحكومات بتطوير المدارس الطبية والمستشفيات الرئيسية، وكان تعليم الموظفين الصحيين، ولا يزال يحظى بدعم كبير من الحكومات، سواء كانت مركزية أو محلية. وينعكس هذا الوضع أيضاً في بنية الإنفاق الصحي في البلدان المرتفعة الدخل، حيث يأتي 70% أو أكثر من إجمالي الإنفاق الصحي من مصادر التمويل العامة، ويعزى ارتفاع حصة تمويل الرعاية الصحية الاجتماعية والعامة إلى مستوى الحماية الاجتماعية الذي يكاد يكون عالمياً في العديد من البلدان. (World Health Organization, July 2006, p. 01).

وتميزت هذه المرحلة بعمل الدولة الجزائرية على الرفع المستمر للميزانية المخصصة للصحة بهدف تحسين التكوين لكوادرها البشرية، وتزويد هياكلها بالتجهيزات الحديثة، كل هذا لتحسين جودة الخدمة الصحية والارتقاء بها. وقد تم التقدم في وتيرة إنجاز المشاريع والهياكل الصحية بشكل ملحوظ، حيث استلم القطاع سنة 2012م عدد كبير من الهياكل الصحية منها: (غرايبية، 2016، صفحة 249)

بالنسبة للمستشفيات: 14 مستشفى جامعي.

- 68 مؤسسة استشفائية متخصصة.

- 200 مؤسسة استشفائية عمومية.

- 778 مؤسسة استشفائية + تابعة للقطاع الخاص.

- 1513 عيادة متعددة الخدمات.

- 5836 قاعة علاج.

وفيما يخص العيادات التابعة للقطاع الخاص:

- 5904 عيادة تابعة للأطباء المتخصصين الخواص.

- 6206 عيادة للأطباء العاملين الخواص.

- 4909 عيادة جراحة أسنان تابعة للخواص.

- 9000 وكالة صيدلانية خاصة.

الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية

هذا وسنة 2014م، تم تخصيص ميزانية 619 مليار دينار جزائري لإنجاز الهياكل الصحية من مستشفيات، وعيادات متعددة الخدمات، حيث تقرر إنجاز 172 مستشفى، و45 مركب صحي متخصص، و377 عيادة متعددة الاختصاصات، و1000 قاعة علاج، و17 مدرسة تكوين شبه طبي. (غرايبيّة، 2016، صفحة 249)

وقد تحسنت الظروف الصحية عموما في الجزائر، خاصة في العشرين سنة الأخيرة حيث تراجع عدد الوفيات من الأطفال والامهات سواء أثناء الولادة او بعد الولادة، وتقرير منظومة الأمم حول الجزائر سنة 2020 يكشف لنا بعض الاحصائيات المعبرة عن ذلك.

الجدول رقم 03: وفيات الأمومة والأطفال حديثي الولادة في الجزائر.

السنة	سنة 2001	سنة 2019
نوع الوفيات		
وفيات الأمومة	113.8 (لكل 100000 مولود حي)	48.5 (لكل 100000 مولود حي)
وفيات الأطفال	15.7 (لكل 1000 مولود حي)	12 (لكل 1000 مولود حي)

المصدر: (تقرير منظومة الامم المتحدة، 2020، صفحة 29)

كما تمت إعادة النظر في قانون الصحة، حيث صدر قانون جديد للصحة في الجزائر، وهو القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو، 2018 والمنشور في الجريدة الرسمية العدد 46 الصادر بتاريخ 29 يوليو 2018، ويضم 450 مادة قانونية متعلقة بتنظيم وتسيير العمل الصحي والمؤسسات الصحية والعمل الصيدلاني والمؤسسات الصيدلانية.

وعلى الرغم من أن الاقتصاد الجزائري عانى من انكماش كبير قدر بنحو 4.6% من الناتج المحلي الإجمالي عام 2020، بسبب انخفاض عائدات المحروقات الناجم عن انهيار أسعار النفط بسبب وباء كوفيد-19، ورغم ضغوط الاقتصاد الكلي، حافظت الحكومة على سياستها الاجتماعية، وزادت من ميزانية الاستثمار العام بحوالي 10% لعام 2021 كما تم إطلاق خطة إنعاش اقتصادي في نهاية عام 2020، تحدد ثلاثية محاور للنمو: ريادة الأعمال والاستثمار الأجنبي المباشر، والتنمية الصناعية. (تقرير منظومة الامم المتحدة، 2020، صفحة 09)

الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية

وفي الوقت الذي تراجعت فيه المداخيل نتيجة الكود الاقتصادي جراء جائحة كورونا، إلا الدولة الجزائرية لم تقلص من الفاتورة المالية المخصصة لتسيير القطاع الصحي، وتحسين الخدمات الصحية، حيث يكشف لنا قانون المالية لسنوات 2018، 2019 و2020 و2021 و2022 عن ارتفاع الميزانية المخصصة لقطاع الصحة، الأمر الذي يعكس مدى الأولوية والاهتمام الذي تحظى به المنظومة الصحية في مخططات الدولة والحكومة.

الجدول رقم 04: الميزانية المخصصة لقطاع الصحة من سنة 2018 إلى سنة 2022

السنة	الاعتمادات المالية المخصصة لوزارة الصحة ضمن قوانين المالية الأولية
السنة المالية 2018	392.163.373.000 دج
السنة المالية 2019	398.970.409.000 دج
السنة المالية 2020	408.282.838.000 دج
السنة المالية 2022	439.422.008.000 دج

المصدر: (قانون المالية الجزائري، 2018، 2019، 2020، 2021، 2022)

ولابد من الإشارة هنا، إلى أنه بعد استحداث وزارة الصناعة الصيدلانية سنة 2021، فقد خصص لها غلاف مالي في قانون المالية لسنة 2022، قدر بـ 527.000.000 دينار جزائري.

2.1. المشاكل التي تعترض حوكمة المنظومة الصحية الجزائرية:

سبقت الإشارة إلى أن مفهوم الحوكمة في الجزائر كان في بادئ الأمر مرتبط بمعايير الحكم الراشد لتسيير المؤسسات، ليتطور فيما بعد إلى توظيف وتبني مفهوم وممارسات الحوكمة، ومادامت المؤسسات الصحية جزء من النسيج الاجتماعي والاقتصادي الجزائري، فهي تعاني تقريبا من نفس المشاكل التي تعاني منها أغلب المؤسسات والشركات الجزائرية، بما فيها العمومية والخاصة، التي تبقى دائما في مواجهة مع تحديات النمو والتطوير، وصعوبات البقاء والاستمرار، والجدول الموالي يكشف لنا عن ذلك.

الجدول رقم 05: تحديات الحكم الراشد في المؤسسة الجزائرية

تحديات النمو	صعوبات البقاء	
لابد من الفصل بين وظيفة المدير والمسير ما يعني لجودة العلاقات مع الأطراف الخارجية الاخرى	لان الملاك هم المسيرين فهناك تداخل وهو يمتد للعلاقات مع الأطراف الخارجية.	العلاقات بين الأطراف الفاعلة في المؤسسة
قواعد التسيير تسمح بضبط نتائج المؤسسة، لكن مدى صحتها هو السؤال المطروح.	ضعف قواعد التسيير لا يسمح بضبط دقيق لنتيجة المؤسسة.	الوضعية الصحية لنتائج المؤسسة
هي مشاكل متوقعة ومعالجتها قد تثير اضطرابا في سيرورة المؤسسة.	هي مشاكل غير متوقعة عادة، يمكن ان تقود المؤسسة للخطر.	حالات الانتقال والخلافة
للمؤسسة قدرة على وضع استراتيجية لكن لابد من دعم تناسقها مع مصالحها.	المؤسسة غير قادرة على توقع المستقبل، لأن اهتمامها ينحصر في ضمان بقائها.	التناسق بين الاستراتيجية ومصالح المؤسسة

المصدر: (ميثاق الحكم الراشد للمؤسسة في الجزائر، 2009، صفحة 23)

"إن طبيعة الدولة الريعية على المستويات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية جعل اقتصادياتها غير منتجة تغيب عنها آليات إعادة توزيع الثروات وأنظمة الحماية الاجتماعية من جهة، وتساهم من جهة أخرى في تعطيل الحريات وتدجين منظمات المجتمع المدني، والمنظمات النقابية والسيطرة على قراراتها، ناهيك عن انتشار الفساد المالي والإداري في المؤسسات الحكومية، في ظل غياب آليات المحاسبة والمساءلة والجهات المعنية بتنفيذها". (إعادة النظر في نموذج التنمية، 2015، صفحة 13)

ورغم ما تشترك فيه الدول النامية من الإمكانيات البشرية والمادية والطبيعية التي تزخر بها وسعيها الدائم لتحسين واقعها السياسي والاقتصادي والاجتماعي، عبر مختلف برامج الإصلاح والتنمية التي تحاول مسايرة الحركة العالمية، واسترضاء شعوبها للحفاظ على شرعيتها، وقوتها عبر التكيف مع متطلبات المواطنين واحتياجاتهم، إلا أنها مازالت متأخرة بأشواط عن اللحاق بالركب العالمي، خاصة في ظل السياسات والخطط المستوردة دوما، والتي لا تراعي خصوصية

المنطقة والمجتمعات العربية، ومع ذلك يمكن القول أن الدولة الجزائرية لم تدخر جهداً للرقى بالمنظومة الصحية وتطويرها، إلا أن هذه الأخيرة لا تزال تعاني الكثير من النقائص والمشكلات التي تحول بينها وبين أهدافها، ومن بين مشكلات المنظومة الصحية الجزائرية نجد:

-صعوبة الحصول على الرعاية الطبية المتخصصة، كون معظم الأطباء المتخصصين يتمركزون بالمدن الكبرى، مع عجزهم على تلبية الطلب المتزايد للسكان على الخدمات الصحية، هذا إضافة لغياب التكامل في تقديم الخدمات الصحية بين القطاع العام والخاص، وهذا لغياب إطار قانوني يضبط القطاع الخاص ويقيه مكملاً للقطاع العام، فارتفاع مستوى الأجور بالقطاع الخاص وجودة الحياة الوظيفية مقارنة بالقطاع العام قد أسهم في الهجرة الجماعية للأطباء من القطاع العام نحو القطاع الخاص، وقد أثر ذلك سلباً على القطاع العام وأدائه، كما أن التوزيع الغير متكافئ للمنشآت والمؤسسات الإستشفائية قد أثر كثيراً على نوعية الخدمات الصحية " فنجد أن العاصمة تحصي 1051 عيادة عمومية 2207 عيادة خاصة، لنجد أن هذا العدد يقلص بولاية أدرار إلى 27 عيادة عمومية و09 عيادة خاصة أما بولاية تندوف فنجد 5 عيادات عمومية و2 خاصة، في حين نجد أن إليزي لا تحصي سوى عيادة عمومية واحدة." (بلخيري، بخوش، وقاسمي، د.ت، صفحة 308)

-الأعطاب المتكررة بالتجهيزات الطبية ومشكلة صيانتها، فالدولة الجزائرية لم تدخر جهداً في تجهيز مؤسساتها الإستشفائية بأحدث التجهيزات والمعدات، لكن المشكل الذي يبقى مطروحاً هو مشكل الصيانة في ظل الأعطاب المتكررة للتجهيزات والمعدات، وهذا نتيجة غياب اليد المؤهلة، وكثرة الإستخدام أحيانا أخرى، وقد أصبح لزاماً على الدولة إعادة النظر في هذه النقطة التي تتسبب في الكثير من الحالات في شلل بعض المؤسسات الإستشفائية، وذلك من خلال تكوين تخصصين في صيانة وإصلاح المعدات الطبية والتقنية وإحاقهم للعمل بالمؤسسات الإستشفائية.

-النقائص فيما يخص الاستقبال في جميع الهياكل الصحية، وصعوبة الإقامة بالمستشفيات نتيجة الوضعية المزرية التي تعرفها بسبب الإهمال، وتردي حالة المرافق الصحية، فالقطاع العمومي وخاصة المستشفيات باتت تعرف حالة من الإهمال المنقطع النظير، مما أثر سلباً على

الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية

سمعتها، ودفع بالكثير من المواطنين للتوجه نحو القطاع الخاص وتفضيله على القطاع العام رغم مجانيته، وذلك هروباً من ظروف الإقامة المزرية غالباً، وسوء المعاملة أحياناً.

-اللا مساواة الصحية والتي تظهر جلياً في توزيع المنشآت الصحية وتمركزها بالمدن الكبرى الأهلة بالسكان، فالعاصمة لوحدها تحصي 55% من الهياكل الصحية، في حين لا تتعدى نسبتها 22% بالشرق، و20% في الغرب، وتنخفض هذه النسبة لتبلغ 2% بالجنوب الشرقي، و1% بالجنوب الغربي، وإضافة لهذا التفاوت بتوزيع الهياكل الصحية، تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من تفاوت بتوزيع الموارد البشرية فنجد أن معدل الأطباء بالجزائر العاصمة هو طبيب لكل 416 مواطن، وطبيب لكل 1766 مواطن بالهضاب العليا، وطبيب لكل 2109 مواطن بالجنوب، وقد أثر هذا التفاوت مستوى ونوعية الخدمات الصحية المقدمة.

-مشكلة التسيير، إذ أن تسيير المستشفيات والمؤسسات الصحية يتم إسنادها لأشخاص لا علاقة لهم بالقطاع الصحي، وهي نقطة يجب إعادة النظر بها من خلال إسناد تسيير المؤسسات الإستشفائية لأبناء القطاع، فإدارة المؤسسات الإستشفائية من قبل شخص إداري متخصص في مجال الإدارة والتسيير يخلق صراع بين الإداريين والأطباء الذين يرون أحقيتهم في تسيير المؤسسات الإستشفائية لدرابتهم التامة بالأمر الطبية وخبايا المستشفيات.

-ضعف الرقمنة والتفاعل الشبكي ففي ظل "أزمة كوفيد 19" على سبيل المثال، ونظراً لضعف الرقمنة في القطاع الصحي لم تستطع المستشفيات والمخابر ان تعطي نتائج "RT-PCR" في الوقت المناسب، وفي بعض الحالات سجلت النتائج تأخر بشهر كامل نتيجة كثرة العدد أيضاً، وهو ما أدى إلى تدمير المواطنين، وخلق عدم الثقة بينهم وبين المؤسسة الصحية المقدمة للخدمة. (بريش، 2021، صفحة 249).

-مركزية اتخاذ القرار والتسيير الاستشفائي، رغم تعدد الوحدات الهيكلية بين الوزارة الوصية ومديريات الصحة الولائية، ومدراء المؤسسات الصحية، إلا أنها في الغالب تعكس علاقة خضوع مزدوجة للرؤساء والمدراء المباشرين وغير المباشرين، والخضوع التام للإدارة المركزية نتيجة ثبات منهجية التسيير المخولة بموجب التشريع والمتعلقة بالمستخدمين، وقواعد الرقابة والمحاسبة. (دريسي، 2015، صفحة 145)

-سوء تسيير المرافق الصحية العمومية، وإهدار المال العام، وتضخيم الفواتير، وعدم الالتزام بمعايير الإفصاح والشفافية مما يساهم في غياب آليات الرقابة والمحاسبة والمساءلة.

-اضطراب تقديم الخدمات الصحية الأساسية، مما يهدد بتقويض المكاسب التي تحققت في تحسين نواتج الصحة ورأس المال البشري على مدى سنوات نتيجة الطوارئ الصحية المفاجئة كالأوبئة، وندرة الأدوية، حيث توقف علاج العديد من الامراض غير السارية، في ظل الارتفاع الكبير على الرعاية الحرجة والنقص في أسرة المستشفيات والاختبارات والمعدات الطبية ومعدات الوقاية الشخصية، في الوقت الذي يجب فيه تقوية خدمات الرعاية الأولية للوقاية من الامراض والتكفل بالمرضى. (تقرير البنك الدولي، 2021، صفحة 57)، حيث عانت المستشفيات الجزائرية من تدني خدمات الاستعجالات وتدهورها بالنسبة للحالات غير الوبائية كما توقف اجراء العمليات الجراحية، وسجلت جل المستشفيات والصيدليات نقصا في الأدوية الخاصة بالأنفلونزا ومخدر العمليات الجراحية وأدوية مرضى السرطان...

-ضعف الرقابة الصحية الجديدة، فعلى سبيل الذكر تضاعفت عمليات الاشهار التلفزيوني للمكملات الغذائية بشكل رهيب، رغم أنها من المفروض لاتباع إلا بوصفة طبية، ولا يسمح بتداولها نتيجة الاستشفاء الشخصي والمنزلي، لما لها من عواقب وخيمة على الصحة، كما انه في بعض الأحيان يتم الترويج لبعض منها على أساس أنها مكملات غذائية فقط، في حين أن تركيبها دوائية محضة، ولا يمكن اقتناؤها إلا بتوصية من الطبيب. وذلك حسب تصريحات للعديد من المتخصصين عبر القنوات التلفزيونية والجرائد. كما تم في ماي 2022 اكتشاف شركة وهمية تقوم بإنتاج وتوزيع الأدوية المغشوشة ومقرها في قسنطينة، ناهيك عن الالاف من جرعات وأقراص الدواء التي يتم بيعها في السوق السوداء واستهلاكها وتداولها بين المدمنين، والسؤال الذي يبقى مطروحا من أين تحصلوا عليها؟ وفي نفس الإطار تطلعنا الاخبار عن توجيه 20 اعذار للصيدليات بسبب مخالفات تخزين واحتكار الادوية أثناء جائحة كورونا. ناهيك عن المضاربة فيها وبيعها بأضعاف أثمانها الأصلية.

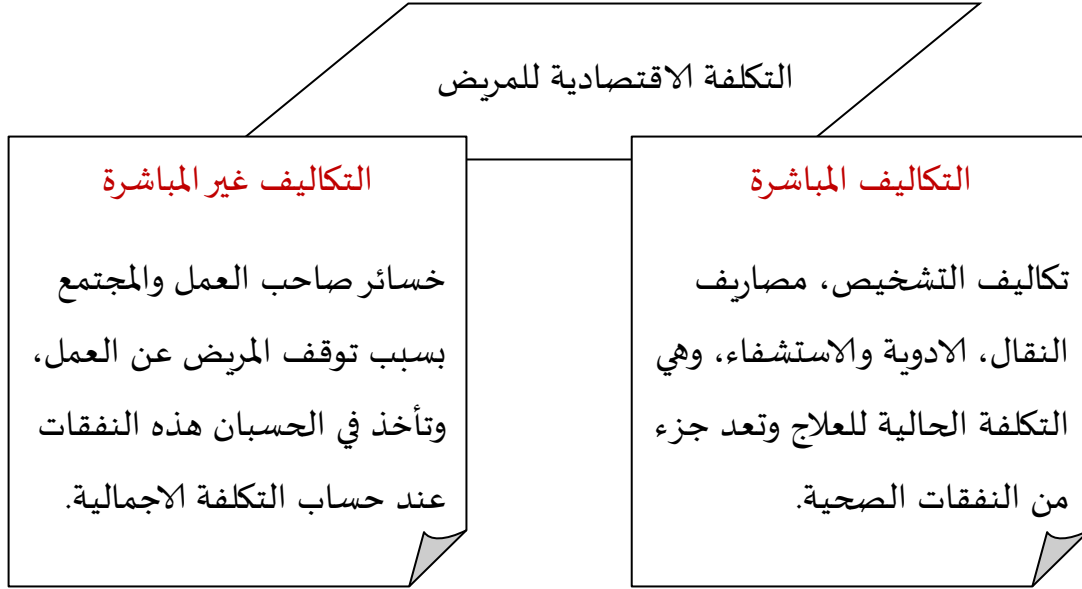
إن جل المشاكل سابقة الذكر، تعبر بالدرجة الأولى عن خلل في الدهنيات ومقاومة التغيير وعدم الإلتزام بالقانون، حيث يمكن القول ان الطابع المجاني للخدمات الصحية أفقدها جودتها. كما أن الصيغة العمومية للمؤسسات الاستشفائية وغياب المتابعات وغياب ثقافة الجودة والالتزام والمواطنة نتيجة ضعف نوعية الخدمات الصحية المقدمة، ونقص مؤشرات جودة الحياة الوظيفية قلة من الانضباط الأخلاقي والقانوني لدى كل من العاملين والمتعاملين مع هذه المؤسسات في كثير من الأحيان، ولهذا تعمل الدولة على تغيير نمط تسيير المنظومة الصحية من خلال اعتماد الرقمنة ونظام التعاقدية لعصرنة القطاع الصحي وتحسين آليات تمويله، وتفعيل آليات التقييم والرقابة والمساءلة في بعدها القانوني والاجتماعي.

3.1. تبني المقاربة التشاركية ونظام التعاقدية لتمويل وتطوير القطاع الصحي الجزائري:

تعاني معظم الجمعيات في الدول النامية، ومنها الجزائر من ضعف الوعي في مدى مساهمتها في الحد من الفساد في القطاع الصحي وإصلاحه، فقد أصبح من الضروري اليوم التخفيف من السلطة المركزية، وإعطاء الحق للأطراف الفاعلة للمشاركة في تحسين المستوى الصحي المحلي، مع ضرورة توفر المرونة والشفافية في العمل التشاركي، والثقة المتبادلة بين جميع الأطراف، والتمتع بحس المسؤولية المجتمعية اتجاه قضايا التنمية الوطنية، وضرورة إعطاء أولوية للمجتمع المدني في المساهمة في صنع القرارات الصحية والسياسة الصحية العامة للدولة. (بوعمرىون، سبتمبر 2017، صفحة 698)

وفي سياق عمل الحكومة على تطوير المنظومة الصحية أصبح لزاما عليها العمل على ترشيد استخدام الموارد وتخفيض التكاليف، فالتكلفة الاقتصادية للمرض هي تجميع كل أنواع التكاليف التي تسبب بها المريض وهي لا تقتصر على التكلفة المالية المقدمة من طرف المريض للطبيب وشراء الأدوية فقط، بل تتضمن أيضا التكاليف المشغلة في المستشفى المعالج فيه، وضياح الدخل الافتراضي للمريض ومن حوله نتيجة عجزه عن العمل أثناء المرض. (العلواني، 2014، صفحة 37). والشكل الموالي يوضح التكلفة الاقتصادية المباشرة وغير المباشرة للمريض.

الشكل رقم 29: تكلفة المريض في اقتصاديات الصحة



المصدر: (العلواني، 2014، صفحة 38)

في إطار اصلاح المستشفيات باشرت وزارة الصحة والسكان كخطوة أولى في 27 ديسمبر 2020 بإنشاء هيئة قطاعية للتعاقد قبل تفعيل الهيئة المتعددة القطاعات التي تجمع الصحة بالضمان الاجتماعي، ويؤدي النظام التعاقدي دورا حاسما في تحسين نجاعة المنظومة الصحية من خلال تحسيس الفاعلين بمسؤولية الانتقال من ثقافة الوسائل إلى ثقافة النتائج التي يمكن قياسها على أساس اتفاق تعاقدي يكرس إلتزام رسمي يضمن واجبات والتزامات متبادلة لكل طرف. (إصلاح المستشفيات، جانفي 2021، صفحة 07) علما ان أساس النظام التعاقدي هو الفوترة الرقمية للتكاليف بين القطاعين العام والخاص بالاشتراك بين كل الأنشطة القطاعية ذات الاهتمام المشترك بالخدمات الصحية.

"ويشمل تمويل النظام الصحي جمع الإيرادات وتجميع المخاطر المالية وتخصيص الإيرادات (الشراء الاستراتيجي للخدمات)، ويستلزم تحصيل الإيرادات جمع الأموال لدفع تكاليف الرعاية الصحية، وتمثل آليات تحصيل الإيرادات في الضرائب العامة، المساعدات الإنمائية للصحة،

الاسهامات الإلزامية في كشوف المرتبات، أقساط التامين، النفقات المباشرة للأسرة، ولكل نظام صحي طريقة محددة لتحصيل الإيرادات وتجميع الأموال. (خلاصي ع.، 2020، صفحة 28)

وتعد مسألة تمويل النفقات الصحية والتحكم في زيادتها من أهم تحديات السياسة الوطنية لأن تغير الخريطة الصحية للمرض والنمو الديموغرافي وطور المنشآت القاعدية الصحية وارتفاع عدد المستخدمين في المجال الصحي، وتوسع مجالات التغطية الصحية، تعد عوامل زيادة النفاق العام على القطاع الصحي، وهي قضية معقدة نظرا لارتباط الصحة بالعديد من المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والسياسية وحتى الاجتماعية. (خلاصي، 2017، صفحة 203)

ولتمويل الانفاق الوطني للصحة، ينص القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018، والمتعلق بالصحة على أن أهداف انشاء الحسابات الوطنية للصحة هي: تقييم حجم التمويل المستخدم (العمومي والخاص)، تحديد قدرات مختلف مصادر التمويل ومساهمتها وتقييمها (الدولة، صناديق الضمان الاجتماعي، الأسر، الجماعات المحلية، المؤسسات الاقتصادية...)، تحليل توزيع هذه المصادر بين مختلف مقدمي الخدمات (عمومي، شبه عمومي، خاص). حيث نجد الفصل الرابع من قانون الصحة الصادر سنة 2018 بعنوان: تمويل المنظومة الصحية الوطنية ينص في المواد من 329 إلى المادة 334 على التوالي على أن:

المادة 329: تضمن الدولة تمويل القطاع العام للصحة طبق للتشريع والتنظيم المعمول بهما بعنوان الوقاية والتكوين والبحث الطبي والتكفل الصحي بالمعوزين والأشخاص في وضع صعب.

المادة 330: تضمن هيئات الضمان الاجتماعي مساهمة بعنوان التغطية المالية لمصاريف العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم من طرف المؤسسات العمومية للصحة على أساس تعاقدية مع الوزارة المكلفة بالصحة.

المادة 331: تشارك الجماعات المحلية في تمويل الصحة ف إطار برامج الاستثمار وبرامج الوقاية وحفظ الصحة والتربية من أجل الصحة.

المادة 332: تساهم المؤسسات الاقتصادية في تمويل الصحة في إطار أعمال مبرمجة بعنوان طب العمل وترقية الصحة، حسب كفاءات تحدد عن طريق التنظيم.

المادة 333: تشارك التأمينات الاقتصادية في تمويل الصحة بعنوان تعويض مصاريف التكفل الطبي، لاسيما بالأضرار الجسدية ومنتجات الصحة الأخرى. تحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 334: يمكن أن يطلب من المستفيدين من العلاجات المساهمة في تمويل نفقات الصحة ضمن احترام أحكام هذا القانون. إن المساهمة في تمويل نفقات الصحة لا يمكن أن يشكل عائقا أمام الحصول على العلاجات، لاسيما في حالات الاستعجالات. تحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 335: تحدد أعمال العلاجات ونشاطات الصحة ضمن هياكل ومؤسسات الصحة عن طريق مدونة الأعمال المهنية للصحة، تحدد كفاءات تطبيق هذه المادة عن طريق التنظيم.

المادة 336: يحدد الوزير المكلف بالصحة، بالاتصال مع الوزراء المعنيين، أسعار الخدمات غير تلك المتعلقة بالأعمال والنشاطات الطبية التي تقدمها مؤسسات الصحة العمومية والخاصة.

المادة 337: تسهر الدولة على التوازن المالي للقطاع العمومي للصحة، قصد الاستجابة لحاجات المنظومة الوطنية للصحة.

المادة 338: تنشر سنويا الموارد المعبأة لتمويل المنظومة الوطنية للصحة، وكذا النفقات المرتبطة بها على شكل حسابات تدعي "الحسابات الوطنية للصحة".

ومن أجل تكييف النظام التسيير للقطاع الصحي مع مستجدات الوضع الاقتصادي والمالي لا بد من تبني آليات واستراتيجيات حديثة للتسيير، لتحقيق أفضل الغايات من خلال الاستغلال الأمثل للامكانيات والموارد المتوفرة، وهنا تعد حوكمة القطاع الصحي هي الآلية الضرورية لإصلاح المنظومة الصحية وتحسينها وعصرنتها، حيث تصبح في ظل نظام الحوكمة

الصحية أكثر عدلا وقابلية للمساءلة واحسن كفاءة، عبر توظيف الرقمنة والتكنولوجيا لتعزيز وتطوير النظام الصحي، وتحسين نوعية الخدمات الصحية، والارتقاء بها لمصاف الجودة، واعتبار التسيير بالأهداف كأداة أساسية لترشيد النفقات والتحكم فيها، من خلال اعتماد الحسابات الوطنية للصحة كآلية رقابية للانفاق والتمويل الصحي. (دحمان، 2016، صفحة 253).

ويتيح النظام التعاقدي للمنظومة الصحية إمكانية التحكم في النفقات من خلال:

- تشخيص التكاليف وفوترتها.
- عقلانية الانفاق، حيث ان النظام التعاقدي بين النظام الصحي والممولين هو وسيلة الانتقال من منطق البحث عن الموارد، إلى منطق البحث عن النتائج (أي التسيير بالأهداف).
- تخفيض التكلفة السنوية للسيرير في ميزانية التسيير، من خلال استعمال المؤشرات الصحية، مثل متوسط مدة الإقامة، نسبة شغل الأسرة،
- التسيير العقلاني للموارد البشرية. (نسيمة، 2017، صفحة 38)

وقد تم تفعيل العلاقات التعاقدية وتوسيعها بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة خلال جائحة كوفيد19، وما أنجر عنه من اكتظاظ على مستوى المصالح الاستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية، الأمر الذي دفع بوزارة الصحة لإيجاد صيغة تعاقدية جديدة من أجل التكفل بالنساء الحوامل قيد الولادة ممن يمتلكن تأميننا صحيا، ويخضعن لاقتطاعات الضمان الاجتماعي، ويمتلكن بطاقة الشفاء عبر توجيههن للولادة في المؤسسات الخاصة المتعاقدة مع مؤسسة الضمان الاجتماعي، على ان يتكفل الضمان الاجتماعي بتكاليف عمليات الولادة القيصرية، وذلك من أجل تخفيف الضغط والعبء الصحي على المستشفيات العمومية والطاقتم الطبي وشبه الطبي في ظل جائحة كورونا. وتعمل الدولة حاليا على توسيع نظام التعاقد مع المؤسسات الصحية الخاصة، من خلال البحث عن صيغة تعاقدية لتوسيع حجم ونطاق المؤسسات الصحية الخاصة المتعاقدة مع هيئات الضمان الاجتماعي، وكذا زيادة

التخصصات الطبية والجراحية المتاحة للمرضى، عبر فتح المجال للمواطنين في الاستشفاء واجراء العمليات الجراحية في هذه المؤسسات.

ويرتكز نظام التعاقد واستخدامه على استراتيجية شراء الخدمات، وهو ما من شأنه أن يزيد في فعالية النظام الصحي، لتحقيق أهدافه الخاصة بالمساواة والعدالة في تلقي الخدمات الصحية، والفعالية، والاستمرارية في تمويل الصحة، وتحسين أداء المؤسسات الصحية، ورفع مستوى الخدمات الصحية المتعلقة بالتشخيص والعلاج والوقاية التي يستفيد منها المواطنين مع ضمان التسيير العقلاني، وعدم إهدار المال العام، وتضخيم الفواتير عبر الرقابة الالكترونية وإمكانية المساءلة. (علواني، 2016، صفحة 455)

ورغم ما يعنيه النظام التعاقدي من آليات تمويلية لشراء وتلقي الخدمات، وتقييم ثمنها وتكلفتها، إلا انها في الأصل إن أحسن تطبيقها بعدالة وموضوعية، ومنهجية مبنية على الواقع لا تتعارض مع الطابع الاجتماعي للدولة، الذي يؤكد على توفير وضمان التغطية الصحية الاجتماعية لجميع المواطنين، حيث يصبح من هو قادر على دفع التكاليف دافعا لها، ومن يستحق فعليا الدعم الصحي من الدولة حاصلًا عليه بوجه القانون والاستحقاق.

وفي ذات الاتجاه، تعمل الدولة على زيادة وعاء الانتساب لمؤسسات الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء، وغير الاجراء، والتجار والخواص، عبر عملية فرض إجبارية تقنين السجل التجاري، ومنحهم فرصة الاشتراك في الصندوق وفق مهلة زمنية حددتها بموجب تاريخ القانون، وذلك لزيادة لتفعيل الرقمنة والرقابة المالية والشفافية، وتقييم الجباية الضريبية، وتوجيه جزء معين منها لبرامج التنمية الصحية، والتغطية الصحية، وتعويضات الأدوية، والعمليات الجراحية والعطل المرضية، وحوادث العمل والأمراض المهنية، خاصة وأنها مرتبطة مباشرة بصندوق التقاعد أيضا، الذي له نسبة من الاقطاعات الضريبية التي تصب في خانة تغطية نفقات التقاعد والضمان الاجتماعي، وهناك اشتراكات تتكفل بها تعاضدية الموظفين عبر مختلف القطاعات من أجل ان تكون تغطية التعويض 100% .

"ويتطلب نجاح استراتيجية التنمية دعم اجتماعي واسع لتحسين الفعالية الديناميكية الشاملة، حيث لابد من الاعتراف بدور الدولة الأساسي والفعال جنباً إلى جنب مع الفاعلين التنمويين الآخرين، من أجل الاستجابة للأزمات المتعددة التي تهز الاقتصاد الدولي، وتأثر على مصار التمويل، بحث ان هذه الأدوات والسياسات المعتمدة لمعالجة أزمة معينة لا تؤدي إلى تفاقم آثار أزمات أخرى". (إعادة النظر في نموذج التنمية، 2015، صفحة 13)

وتأتي المقاربة التشاركية في إطار الاستدامة، لأنها تقوم على مشاركة مختلف فعاليات المجتمع المدني، واستشارتهم لتبني رؤية متعددة الأوجه من شأنها ضمان اتخاذ القرارات المناسبة، في ظل توفر المعطيات الصحيحة والكاملة جراء مشاركة مختلف المهتمين بالقطاع الصحي، وضمان استمرارية الخدمات الصحية العلاجية والوقائية المقدمة لعموم المواطنين.

كما كشف مدير النشاطات الطبية وشبه الطبية البروفيسور رشيد بلحاج أن الجزائر بصدد فتح ورشات إصلاحية عميقة للقطاع الصحي، تركز على عصنة القطاع ووضع الملف الرقمي للمريض، والهدف بعيد المدى هو الحد من توجه الجزائريين للعلاج خارج الوطن، من خلال الاهتمام أكثر بالولايات الداخلية والجنوبية، عبر تعزيز جودة الحياة الوظيفية لكوادر القطاع الصحي، للتمكن من تحقيق خدمات صحية ذات جودة. حيث تم رفع التجميد على العديد من المشاريع الصحية الخاصة ببناء واستحداث مراكز علاج ومستشفيات عمومية ومتخصصة عبر مختلف ربوع الوطن، كما باشرت الوزارة مختلف الدراسات من أجل بناء مستشفى كبير في العاصمة وفق المعايير الدولية.

وفي هذا الإطار، فقد باشرت الدولة الجزائرية بالفعل جملة من المشاورات وجلسات المناقشة بخصوص آليات ترقية الخدمات الصحية، وتحسين الظروف المهنية للعمال والظروف العلاجية للمرضى، وتوفير كل الإمكانيات والمستلزمات الطبية اللازمة لتسهيل العمل الطبي وعصرنته، بما يتوافق مع المعايير والخدمات الصحية الدولية. حيث قامت الوزارة الوصية بعقد الملتقى الوطني حول تجديد المنظومة الصحية يومي 8 و 9 جانفي 2022، وضم ما يزيد عن 140 من الفاعلين والمهتمين بالشأن الصحي، وتمت فيه مناقشة تشاركية جدية لكل

الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية

ما من شأنه تجديد وعصرنة النظام الصحي في الجزائر، حيث ضم الملتقى 8 ورشات للمناقشة، ونتج عن كل ورشة جملة من التوصيات التي تعمل الدولة ووزارة الصحة حاليا على تفعيلها واقعيًا وتبنيها، وبخصوص جلسات المناقشة المقسمة لورشات نجد أن: (وزارة الصحة الجزائرية، جوان 2022)

الورشة الأولى: بعنوان ترقية وحماية الصحة، وتضمنت مناقشة مجالات: تطوير أنشطة الصحة العامة، الأمن الصحي، الثقافة الصحية، الصحة والبيئة، الوعي البيئي، والتداخل بين القطاعات في تنفيذ البرامج الصحية.

الورشة الثانية: الحوكمة وتسيير المؤسسات الصحية، وتضمنت مجالات المناقشة: اللامركزية، استقلالية التسيير وتحديثه، مراجعة النظام الأساسي وتصنيف الهياكل الصحية، متطلبات الإدارة الحديثة، الرقابة والتدقيق.

الورشة الثالثة: المهن ومهنيي الصحة: تسيير المسار المهني، وتضمنت مجالات المناقشة: القوانين الأساسية والمسار المهني، علاقات العمل، الخدمة المدنية، الحوافز، توحيد الكوادر والنشاط التكميلي.

الورشة الرابعة: التكوين واثمين الموارد: تمت ضمنه مناقشة مجالات: التكوين الاولي والتكوين المستمر، إعادة النظر في البرامج التكوينية، اثمين الخبرة المكتسبة، توجيه ودعم مشاريع البحث.

الورشة الخامسة: تمويل أنشطة المؤسسات العمومية للصحة، وفيه تمت مناقشة: تنوع الموارد المالية، وآليات توزيعها، ترشيد الإنفاق الصحي، النظام التعاقدى، المشاركة المالية لمرتفقي الصحة طريقة التحصيل وتوزيع الموارد.

الورشة السادسة: الأدوية، المعدات الصحية، نوقش فيها: توفير المنتجات الصحية، السلامة الصحية للمنتجات الصيدلانية، الدراسات السريرية، الصيدليات، اقتناء المعدات وصيانتها.

الورشة السابعة بعنوان: تنظيم العلاج، وفيها نوقشت مجالات: تسيير الطوارئ الطبية، الطبيب المرجعي، تنظيم شبكة العلاج، الخريطة الصحية، الرعاية المنزلية والاستشفاء، تنظيم القطاع الخاص والصحة في الجنوب، والهضاب العليا.

الورشة الثامنة بعنوان: المنظومة الصحية للمعلومة الصحية والرقمنة: وفيها نوقشت مجالات: الاستراتيجية القطاعية للرقمنة، الملف الطبي الالكتروني للمريض، التطبيب عن بعد، شبكة انترنت آمنة.

وفي سياق ذي صلة، أشرف وزير الصحة عبد الرحمان بن بوزيد يوم 8 جوان 2022 بمقر الوزارة على فعاليات تنصيب اللجنة المشتركة متعددة القطاعات المكلفة بالنظام التعاقدى الجديد، بإعتبارها أولى مخرجات وتوصيات الملتقى الوطني حول تجديد المنظومة الصحية الذي انعقد يومي 8 و9 جانفي 2022، حيث يعد هذا النظام بمثابة الركيزة الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية الوطنية، وسيحدد أدوار وصلاحيات مختلف الفاعلين والمتدخلين في قطاع الصحة. وتقوم هذه اللجنة بالتشاور والتنسيق من أجل لوضع ترتيبات تعاقدية تضي الطابع الرسمي على الاتفاقات بين الجهات الفاعلة الملتزمة بشكل متبادل. (وزارة الصحة الجزائرية، جوان 2022)

ثانيا: الهيئات المستحدثة من أجل تطوير القطاع الصحي بالجزائر

1.2. المدرسة العليا للمناجمنت والإدارة الصحية:

كان في السابق اسمها المدرسة الوطنية للصحة العمومية، وبمقتضى مرسوم التنفيذي رقم 09-162 المؤرخ في 2 ماي 2009 أصبح اسمها المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة، وبموجب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 04 مارس 2014 المنشور في الجريدة الرسمية عدد 35 المؤرخة في 17 مارس 2014 ويتضمن 11 مادة تخصص التنظيم الداخلي للمدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة التابعة لوزارة الصحة، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. وتتمتع تكويننا متخصصا في المناجمنت التسيير الاستشفائي لمدة سنتين من التكوين النظري والتطبيقي ل 90 طالبا، ليكفل هذا التكوين

الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية

بمنصب وظيفي بالمؤسسات الصحية برتبة متصرف رئيسي لمصالح الصحة، ويتم الالتحاق بالمدرسة عبر اختبار كتابي، والأخر شفهي، على ان يكون المترشحون متحصلين على شهادة الليسانس في العلوم القانونية او الاقتصادية او المالية او التجارية او علوم التسيير والحقوق. وتتولى المدرسة المهام التالية:

- ضمان تكوين متخصص ذي مستوى عال في مختلف فروع التسيير والمناجمنت لمؤسسات وهياكل الصحة.
- ضمان تكوين متواصل لمهنيي الصحة في ميدان تسيير مؤسسات الصحة.
- القيام بأعمال تحسين المستوى وتجديد المعلومات في ميدان المناجمنت لفائدة مستخدمي التأطير.
- المشاركة في تنمية التقنيات الحديثة للمناجمنت في مؤسسات وهياكل الصحة.
- القيام بتطوير البحث في مجال المناجمنت في المؤسسات الصحية والمساهمة فيه.
- انجاز دراسات و منشورات ذات صلة بمهامها قصد ترقية الإدارة الصحية.
- إقامة علاقات تبادل وتعاون مع الهيئات والشبكات الوطنية والدولية للتكوين والخبرة والبحث العاملة في مجال النشاط الطبي والإدارة الصحية.

2.2. الوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات

تم إنشاء لأول مرة وزارة منتدبة مكلفة بإصلاح المستشفيات بقرار رئاسي مؤرخ في 16 جويلية 2020 في إطار سياسة أولوية إصلاح المستشفيات من قبل الدولة، وتم تنصيب الوزير المنتدب المكلف بإصلاح المستشفيات البروفيسور إسماعيل مصباح يوم السبت 18 جويلية 2020 على رأس هذه الوزارة، ولتكريس مسار الإصلاح وترسيخ مقاربة التشاركية والشفافية، فإن أول عمل قامت به الوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات هو إرساء قواعد الحوار والتشاور مع كل الأطراف المعنية بمسار إصلاح المستشفيات، ومختلف الشركاء الاجتماعيين. وقامت في هذا الإطار منذ 8 أوت 2020 بأكثر من 60 لقاء، مس على وجه الخصوص:

- نقابات قطاع الصحة: تم التشاور مع 13 ممثل عن نقابات وطنية معتمدة تعمل في مجال الصحة وممثلة لكل فئات القطاع.
- الشركاء الجمعويين: يمثلهم 28 من جمعيات وفيدراليات ذات طابع وطني، معتمدة، وتعمل في مجال الصحة، البحث ومساعدة المريض.
- مجالس الأخلاقيات: ممثلة في مجالس أخلاقيات الأطباء، مجالس أخلاقيات أطباء الأسنان، ومجالس أخلاقيات الصيدالة.
- ممثلي الأجهزة والهيكل العمومية: مركز البحث في الانثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية CRASC، مركز البحث في الاقتصاد المطبق من أجل التنمية CREAD، والمركز الوطني للدراسات والتحليل من أجل السكان والتنمية CENEAP.
- الخبراء في مجال الصحة: مختلف الخبراء والشخصيات المعروفة بكفاءتها في مجال الصحة العمومية. (إصلاح المستشفيات، جانفي 2021، الصفحات 3-4)

3.2. الوكالة الوطنية للأمن الصحي:

تم بموجب المرسوم الرئاسي رقم 20-158 المؤرخ في 13 مارس 2020 إستحداث الوكالة الوطنية للأمن الصحي، والتي تزامنت مع تفشي جائحة وباء كورونا، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتنص المادة 03: على أن "الوكالة مؤسسة للرصد والتشاور واليقظة الاستراتيجية والتوجيه والإنذار في مجال الأمن الصحي، وتكلف الوكالة بالتشاور مع الهيئات المعنية بإعداد الاستراتيجية الوطنية للأمن الصحي، والسهر على تنفيذها، وتضمن الوكالة تنسيق البرامج الوطنية للوقاية من التهديدات وأخطار الازمات الصحية ومكافحتها، وهي تتولى مهمة المستشار العلمي لرئيس الجمهورية في مجال الأمن الصحي وإصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية."

كما تنص المادة 05 من نفس المرسوم الرئاسي على أن "للكوكالة أجهزة للاستشارة والتوجيه العلمي واليقظة الاستراتيجية، تتشكل من شخصيات علمية وخبراء ومتخصصين مشهود لهم بالكفاءة في مجالات اختصاصهم، كما تتوفر على هيكل إدارة وتسيير. توضح صلاحيات الوكالة وتنظيمها وسيورها بموجب نص خاص."

4.2. الوكالة الموضوعاتية للبحث في الصحة:

تطبيقا لأحكام المادة 13 من القانون رقم 15-21 المؤرخ في 30 ديسمبر 2015 المعدل، والمتضمن القانون التوجيهي حول البحث العلمي والتطوير التكنولوجي يهدف المرسوم التنفيذي رقم 21-98 المؤرخ في 1 مارس 2021 إلى وضع مخطط تطوير متعدد السنوات لتنفيذ البرامج الوطنية للبحث العلمي والتطوير التكنولوجي الثلاثة ذات الأولوية المحددة كما يلي:

- البرنامج الوطني للبحث حول الأمن الغذائي.
- البرنامج الوطني للبحث حول صحة المواطن.
- البرنامج الوطني للبحث حول الأمن الطاقوي.

وبالنسبة لسنة 2021 سيتم انتقاء 50 مشروعا من بين المشاريع المتنافسة في مجال برنامج صحة المواطن، والمشاركة فيه مفتوحة لكل من الأساتذة الدائمين، والباحثين الجزائريين والأساتذة الباحثين الاستشفائيين الجامعيين داخل الوطن وخارجه، وممثلي قطاعات النشاطات المختلفة بالجزائر، المتحصلين على بكالوريا +5 سنوات جامعية على الأقل مثل: مهندس دولة، ماستر، طبيب، ...

وتتلخص ميادين ومحاور برنامج البحث حول صحة المواطن فيما يأتي: (البرنامج الوطني للبحث في صحة المواطن، مارس 2021، الصفحات 4-5-6)

- أ- الامراض غير المتنقلة
- ب- الامراض المتنقلة
- ت- التأثيرات البيئية
- ث- تقييم المخاطر والتسيير البيئي
- ج- صحة الأم والطفل
- ح- السكان والنمو الديموغرافي
- خ- الشيخوخة لدى الساكنة
- د- الأمن الصحي للأغذية
- ذ- الصحة العقلية

- ر- النظافة في المستشفيات: النظافة والمحيط الاستشفائي، الأمراض المرتبطة بالعلاج، خطر الحوادث المرتبطة بالدم والسوائل البيولوجية.
- ز- لدغات العقارب والأمراض الحيوانية المنشأ
- س- علم الأدوية
- ش- نقل وزرع الأعضاء
- ص- الرقمنة والصحة: الصحة الالكترونية، المحاكاة الرقمية في الصحة، الملف الالكتروني للمريض، تأثير الرقمنة في مجال الصحة، التطبيب عن بعد، الروبوتيك، الرقمنة: الممارسات الجيدة، تطوير أرضية للتطبيب عن بعد حول السحاب الالكتروني، وتطوير التطبيب عن بعد لفائدة سكان الجنوب والهضاب العليا.
- ض- التسيير في الصحة: اقتصاد الصحة والمناجمنت، الجودة والامن والتقييس الاستشفائي، تنظيم الاستعجالات، التعاقد، الاستشفاء المنزلي، مسار العلاج، الهندسة الاستشفائية، التغطية الصحية في الجزائر، عروض العلاج، أمن المرضى.
- ط- البيو تكنولوجيا وصحة الانسان.

5.2. وزارة الصناعة الصيدلانية:

تم إنشاء وزارة الصناعة الصيدلانية بناء على المرسوم الرئاسي رقم 20-163 المؤرخ في 23 جوان 2020، وكانت وزارة منتدبة من جانفي 2020 إلى جوان 2020، وجاءت في إطار استراتيجية التأهب للمخاطر في مجال ندرة الادوية وتوزيعها، وإنتاج اللقاحات وتحقيق الأمن الدوائي، من خلال توطين الأدوية وتجنيسها ونتاجها محليا، حيث تم الاتفاق مع مخابر عالمية لإنتاج اللقاحات قصد انتاجها في الجزائر.

وفي سياق ذي صلة، أشرف وزير الصناعة الصيدلانية عبد الرحمان بن باحمد يوم 28 جوان 2022 على افتتاح فعاليات اليوم الدراسي حول "الصناعة الصيدلانية الجزائرية: سيادة صحية، سيادة صيدلانية" الذي تنضه الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية ANPP والاتحاد الوطني للمتعاملين الصيادلة UNOP على مستوى المركز الدولي للمؤتمرات عبد اللطيف رحال، ويعد الملتقى فرصة لإجراء حوار مثمر بين كافة الشركاء المتخصصين والاجتماعيين

والاقتصاديين. وتعمل الوزارة على ضبط وتنظيم السوق ومنح الأولوية لرفع الإنتاج الوطني للصناعة الصيدلانية للارتقاء بالقطاع لمصاف القطاعات الاستراتيجية التي تعزز الامن الصحي والصيدلاني للجزائر وتدعم استقلاليتها، من خلال ترقية التصنيع لتوفير المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية المستخدمة في الوقاية والكشف والعلاج وصولا إلى الإنتاج المحلي لمختلف اللقاحات لاسيما اللقاح المضاد لفيروس كوفيد19، إذ تم تغطية 70% من الاحتياجات الوطنية من المواد الصيدلانية. وفي سياق التوجه نحو توطين انتاج الأدوية والصناعة الصيدلانية بالجزائر تم الإعلان عن دخول حيز التشغيل لأول وحدة جزائرية لإنتاج الانسولين في الجزائر يوم 5 جويلية 2022 بكفاءات 100% جزائرية. وفي نفس الاتجاه ولتعزيز مكانة الصناعة الصيدلانية الجزائرية يتم حاليا الترويج لترشيح الجزائر لاحتضان مقر الوكالة الافريقية للأدوية AMA.

أما عن استراتيجية عمل وزارة الصناعة الصيدلانية فهي تتضمن أربعة اطر رئيسية هي:
(وزارة الصناعة الصيدلانية، 2022)

1- ضمان توفير المواد الصيدلانية بشكل مستمر لاسيما الأدوية الأساسية:

من خلال انشاء مرصد وطني لليقظة وتوفير المواد الصيدلانية، والمتابعة المستمرة لبرامج الاستيراد والإنتاج الوطني، بالإضافة إلى تحديد قائمة الأدوية الأساسية وتقييم الكميات اللازمة للاستيراد انطلاقا من حاجة السوق وحالة المخزون، وكذلك إعطاء أولويات التسجيل وتحديد أسعار المواد الصيدلانية المنتجة محليا.

2- انشاء إطار تنظيمي ووضع أدوات تضمن النوعية، الفعالية والأمن:

في سياق ذلك تم تدعيم الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية بالإمكانيات المادية والبشرية، كما ان لجان التصديق على الادوية وعلى المستلزمات الطبية ترافق اللجنة القطاعية الاقتصادية للأدوية ولجنة الخبراء العياديين. ويمكن ضمان نوعية وفعالية وأمن المواد الصيدلانية عبر تنظيم يخص الممارسات الحسنة للإنتاج، ووضع مخطط تفتيش لمختلف المؤسسات الصيدلانية، بهدف تفعيل المراقبة وتتبع مسار كل الأدوية بما فيها الأدوية ذات المؤثرات العقلية.

3- الضمان الاقتصادي لإتاحة المواد الصيدلانية لكل المواطنين: عبر وضع إجراءات جديدة لتحديد الأسعار، وإعطاء الأولوية لتسجيل الأدوية الجنيسة ومواد العلاجات الحيوية المماثلة، وكذا تسيير أنجع لبرامج استيراد المواد الأولية.

4- تأسيس الصناعة الصيدلانية الوطنية كقطاع مولد للثروات: من خلال تسريع عملية منح الاعتماد للمؤسسات الصيدلانية، وتشجيع المناولة المحلية، بالإضافة إلى تطوي جانب التصدير من خلال توجيه العديد من مشاريع الاستثمار إلى الإنتاج المحلي. وضمن نفس التوجه الاستراتيجي يذكر أن المجمع العمومي صيدال يستفيد من مخطط تطوير بغرض تأسيس قطب عمومي ضامن للسيادة الصحية.

ثالثا: متطلبات عصرنة المنظومة الصحية وتفعيل الحوكمة الصحية وتعزيز المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات الجزائرية

لم تعد التنمية المحلية هي الهدف التي تتقاطع فيه معظم مؤسسات والمنظمات الحكومية وغير الحكومية، بل أصبحت استدامتها هي المرتكز الأساسي لتنمية الدول وتطويرها، مع مراعاة حق الأجيال القادمة في مصادر التمويل والتنمية، سواء كانت التنمية في بعدها الاجتماعي من خلال رفع معدلات التشغيل والتنمية والرعاية الصحية وتعزيز العلاقات الاجتماعية وترقية الخدمات، أو البعد الاقتصادي من خلال تعزيز مؤشرات النمو الاقتصادي، أو البيئي من خلال محاربة التلوث والمحافظة على الطبيعة وموارها المائية والتنوع البيولوجي... ، ولهذا فقد صار من الواجب على كل قطاع ان يراعي في خطته المستقبلية واستراتيجياته التنموية هذه الابعاد والعناصر الثلاث، في اطار حتمية التفاعل مع البيئة الدولية المحيطة.

وفي ظل هذا المنظور، تعمل الدولة الجزائرية في إطار الخطط التشاركية بين مختلف القطاعات والمؤسسات، من أجل ترقية المنظومة الصحية الجزائرية، باعتبارها السبيل الأول لتحقيق الأمن الصحي، وترقية الخدمات الصحية، وبالتالي تحقيق التنمية الصحية التي تعود بالنفع المباشر على الحياة الاجتماعية للأفراد، في سياق التفاعل والاستجابة للبيئة الاقتصادية والسياسية والتكنولوجية العالمية الديناميكية أيضا. وفي هذا الاتجاه قامت الجزائر ممثلة في

وزارة الصحة والوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات بتحديد جملة من الميكانيزمات الاستراتيجية ذات الطابع المستجد والمستجيب لطبيعة التغيرات العلمية والتقنية في مجال عصرنة الخدمات الصحية وتحسين الرعاية الأولية، من خلال العمل على تعزيز وتحسين المؤسسات الصحية مركزة بالدرجة الأولى على مراكز ومصالح الاستعجالات الطبية الجراحية لأنها الوجهة الأولى للمريض، بالإضافة على عملها الدائم على بناء هياكل قاعدية صحية جديدة وتوسعة وترميم القديمة منها، وتحسين الخدمات الصحية، وتوفير بيئة ووسائل عمل محفزة ومشعة لكوادر القطاع الصحي من أجل بدل أقصى طاقتهم للنهوض بالقطاع، وتحسين المنظومة الصحية الجزائرية، وذلك في إطار سعيها للعمل على تحقيق أهداف التنمية المستدامة لأفاق سنة 2030 من خلال:

1.3. تكوين وتدريب الرأسمال البشري

في إطار الدور الكبير الذي تلعبه الموارد البشرية الصحية في النهوض بالقطاع الصحي وعصرنة المنظومة الصحية الجزائرية ووعي الدولة بذلك، تعمل وزارة الصحة إلى جانب وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، من أجل رفع حجم التخصصات الطبية للطلبة عبر مختلف الجامعات وزيادة المقاعد البيداغوجية الجامعية في مجال السلك الطبي في اغلب الولايات وزيادة نسبة القبول في التخصصات الصحية والطبية، وفتح مدارس شبه الطبي ورفع طاقات استيعابها وتكوين المسيرين في الإدارة الصحية وتخصص الطب حيث لا بد من "الاهتمام بتطوير القوى العاملة البشرية المدربة والمؤهلة لقياس أداء النظم الصحية وتكثيف البعثات الخارجية، ودورات التدريب الداخلي بالتعاون مع الهيئات والمؤسسات الدولية المتخصصة والجامعات المرموقة في مجالات تطوير النظم الصحية واقتصاديات الصحة ونظم البحوث الصحية والسياسات الصحية. (بوراس، جوان 2020، صفحة 373)

"وعليه فمن الضروري اعتبار الموارد البشرية كميّار أساسي للتغيير والحوار والتشاور مع كل الأطراف المعنية كاختيار استراتيجي لتحديد المناهج والأهداف وورقة طريق إصلاح المستشفيات." (إصلاح المستشفيات، جانفي 2021، صفحة 08)

2.4. توظيف الذكاء الصناعي والتكنولوجيات الحديثة ورقمنة القطاع الصحي:

يتم تحقيق المقاربة التشاركية من خلال فتح باب الحوار بين جميع الفاعلين والجمعيات الصحية والمواطنين لمعالجة انشغالاتهم في ظرف وجيز عبر منصة إلكترونية رقمية تتولى تسييرها وزارة الصحة. (بريش، 2021، صفحة 250) وذلك لتقليل من الممارسات الإدارية البيروقراطية وتعطيل مصالح المريض.

وتعمل وزارة الصحة على وضع الملف الإلكتروني للمريض وتحيينه بحث يتضمن كافة البيانات الخاصة بالمريض سواء ما تعلق منها بمعلوماته الشخصية او الطبية من أجل تسهيل العمل الطبي ضمن المؤسسات الصحية الاستشفائية العمومية والخاصة.

كما تم استخدام التواصل عن بعد للربط بين مختلف مصالح المؤسسات الصحية والاستشفائية عبر الوطن خلال جائحة كورونا، وذلك لمناقشة وضعية الوباء وتبادل الخبرات بين أطباء الداخل والخارج، كما استعملت تقنية "زوم" في تنظيم الاجتماعات بين لجنة كوفيد التي يترأسها وزير الصحة ونخبة من الأطباء في مختلف التخصصات ومدراء الصحة ووزراء الصحة في دول أخرى، من أجل اعداد بروتوكول صحي يتماشى مع المعطيات الموجودة في الجزائر. (بريش، 2021، صفحة 255)

وضمن مسعى العصرية وتعميم التعامل الرقمي تم استحداث بطاقة "الشفاء" الالكترونية و تحتوي على شريحة الكترونية تحمل البيانات الشخصية للمؤمن له وذوي الحقوق ورقم الضمان الاجتماعي، والتي تمكن المريض من اقتناء الأدوية باستخدام بطاقة الشفاء عند الصيدلي الذي يمتلك جهاز حاسوب يكون متصل بقاعدة البيانات المركزية على مستوى وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي ووزارة الصحة، وهذه البطاقة تتيح للمريض الاستفادة من دفع الفارق فقط في قيمة الأدوية القابلة للتعويض بنسبة 80% بالنسبة لأغلبية المؤمنين، وهناك من يصل إلى نسبة تعويض 100% في حال انخراطه في تعاضدية العمل الذي ينتهي إليها، أو فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، كما تتيح بطاقة الشفاء للمؤمنين فرصة الفحص الطبي المجاني عند العيادات المتعاقدة مع مصالح الضمان الاجتماعي، وكذا الاستفادة من النظارات الطبية من محلات صنع وبيع النظارات المتعاقدة مع مصالح الضمان الاجتماعي،

ومؤخرا في سنة 2020 تم إدخال خدمة متميزة جديدة للمؤمن لهم حاملي بطاقة الشفاء، وهي التكفل بالولادة للنساء الحوامل في المؤسسات الخاصة عبر بطاقة الشفاء حيث يتكفل الضمان الاجتماعي بتحويل مبلغ الولادة القيصرية في المستشفى الخاص، كما أتاحت منذ 2015 إمكانية التحميل الإلكتروني عبر موقعها لعدد من الاستمارات والوثائق الخاصة التي من شأنها تقليل الوقت وتقريب الإدارة من المواطن حتى وهو في بيته فقط عبر ولوج الانترنت دون عناء التنقل إلى مصالح الضمان الاجتماعي، كما يمكن ملاً استمارات التصريح عن بعد بالنسبة لأرباب العمل.

وقد قامت مؤخرا مصالح الضمان الاجتماعي أيضا مع بداية سنة 2020 بإدخال خدمة "الهناء" وهي الخدمة التي يقوم من خلالها المؤمن له بفتح حساب خاص له يحتوي رقم هاتفه وكلمة سر مؤقتة عبر التسجيل بالانترنت في البوابة الإلكترونية للضمان الاجتماعي، ليقوم بعدها بالتوجه إلى مركز الضمان الاجتماعي الذي ينتمي إليه من أجل منحه وثيقة تفعيل الحساب على المنصة تحتوي رقمه السري الشخصي، وتسمح هذه الخدمة الجديدة للمؤمن له اجتماعيا بالاطلاع ومتابعة مراحل سير ملفه الطبي المتعلق بالعطل المرضية أو عطلة الأمومة أو التعويض عن العلاج وشراء الأدوية. (قريوة، 2021، صفحة 668)

كما قام الأطباء بإصدار أول تشخيص رقمي وارسال البيانات عبر منصة رقمية إلى معهد باستور مما ساهم في تقليص مدة التشخيص بالنسبة لداء للمحتمل اصابتهم بداء كورونا من 40 دقيقة إلى دقيقتين و45 ثانية مما ساهم في مضاعفة إنتاجية معهد باستور أثناء جائحة كوفيد19، وتم حينها أيضا استعمال تقنية الامضاء الإلكتروني لأول مرة في الجزائر في المجال الصحي.

وفي نفس السياق الخاص بعصرنة المنظومة الصحية وتوظيف الذكاء الصناعي والرقمنة، تم الإعلان من قبل وزير الصحة يوم الخميس 20 ماي 2021 عن استحداث الأرضية الرقمية بعنوان "مستشفى" لمتابعة الحالة الصحية للمرضى والعلاج، حيث اعطى اشارة انطلاق خدمة الأرضية الرقمية للمستشفى بالمؤسسة العمومية جيلالي رحموني كمؤسسة نموذجية في هذه العملية، وذلك في إطار برنامج إصلاح المنظومة الصحية الذي يهدف "إلى ضمان حماية صحية

ناجعة للمواطن وكذا استجابة لتطلعات التغيير التي لطالما عبر عنها مهنيو الصحة وممثلو المجتمع المدني". (وكالة الانباء الجزائرية، 2021)

وضمن نفس الاتجاه أيضا، تم اطلاق برنامج رقمنة القطاع الذي شرعت الوزارة في تنفيذه من خلال اطلاق أول نموذج لبطاقة علاج المواطن ضمن الأرضية الرقمية للمستشفى، وتتضمن الأرضية الرقمية قاعدة بيانات تحمل الملف الطبي الإلكتروني للمريض الذي يشمل جميع أداءات العلاج والتحليل المخبرية وبرنامج اللقاحات حيث سيتم تحديث هذه البطاقة التي تحمل جميع البيانات الصحية للمواطن في نسختها الأولى انطلاقا من الرقم الصحي التعريفي الوحيد للمريض، مما سيمكن المواطن من الولوج الى معلوماته الشخصية عن طريق البوابة الالكترونية للمريض و، وهو ما سيمكن المواطنين وممارسي الصحة من الاتصال أو الاطلاع أو برمجة أو الاستفسار حول الملف الطبي عن بعد ودون عناء التنقل. وسيتم تعميم التجربة على مستوى جميع المؤسسات الصحية في أقرب الآجال بهدف تقليل الوثائق وتقديم خدمة عمومية ذات نوعية وتمكين طبيب العائلة من بطاقة العلاج. وستحول بطاقة العلاج الالكترونية ذات التعريف الصحي الوحيد إلى بطاقة شخصية على شاكلة بطاقة الشفاء. (www.sante.gov.dz)

كما تم ربط الصيدليات العمومية للمستشفيات بالصيدلية المركزية، عبر نظام معلوماتي وطني يسمح بالرقمنة والتحليل المتزامنين لمخططات التوريد ذات الصلة ببرنامج الاستيراد والإنتاج، مما يسمح بضمان رؤية واضحة لحالة مخزون المواد الصيدلانية ووضع برامج تقديرية سنوية للاستيراد تفاديا لندرة الأدوية، وتعد هذه المنصة أداة صيدلية اقتصادية في خدمة اليقظة الاستراتيجية الفعالة. (وزارة الصناعة الصيدلانية، 2022)

3.4. تحقيق الأمن الصيدلاني والتمويل بمنتجات صحية ذات جودة:

تبنت الدولة الجزائرية في المجال الصحي استراتيجية بعيدة المدى تسعى من خلالها لتحقيق الاكتفاء الذاتي من الأدوية والمستلزمات الطبية وتوطينها وصناعتها محليا، لتعزيز أمنها الصحي والصيدلاني، وتدعيم قوتها الاقتصادية والاجتماعية، بالنظر لما سيقبله الإنتاج المحلي من

تكاليف ويوفره من أموال، يمكن توجيهها لتعزيز الأمن والسيادة الصحية وتنمية الصناعة الصيدلانية، وتعد المؤسسة الوطنية صيدال رائدة في مجال نتاج الأدوية واللقاحات، وفي هذا الاطار تم استحداث وزارة الصناعة الصيدلانية سنة 2021 وخصص لها اعتماد مالي سنة 2022 بلغ 527.000.000 دينار جزائري كمرحلة أولية باعتبار الوزارة في عامها الأول.

4.4. ضمان أمن المرضى وحماية مهنيي الصحة من خطر العدوى في الوسط العلاجي وتحسين جودة الحياة

تعمل وزارة الصحة على المستوي المركزي و مصالح الوقاية والابوئة ضمن المؤسسات الاستشفائية العمومية على تبني خطط مواجهة الأمراض والحفاظ على بيئة عمل آمنة وصحية سواء بالنسبة للمرضى او كوادر القطاع الصحي، كما النظام الداخلي للمؤسسات الصحية يتضمن مواد والتزامات يقوم بها عمال السلك الإداري والطبي وشبه الطبي من أجل تنظيم العمل الصحي وضمان مطابقتة للنظم العالمية في مجال تسيير النفايات الطبية، وإدارتها والتخلص من اللوازم والمعدات التي من شأنها تهديد الوسط العلاجي ولها إمكانية المساهمة في انتقال العدوى أن لم يتم التخلص منها بطرق علمية مدروسة ومحددة مسبقا من طرف منظمة الصحة العالمية.

كما أن استراتيجية مواجهة التهديدات الصحية تتطلب التعاون بين مختلف الفاعلين سواء من داخل المؤسسة الصحية او من خارجها، ويحدد قانون الصحة الجزائري الإطار القانوني لمواجهة مثل هذه الاخطار المفاجئة التي تهدد الامن الصحي واستقرار المنظومة الصحية ككل، حيث تنص المادة 35 من قانون الصحة لسنة 2018 على انه: يتعين على الوالي ورئيس المجلس الشعبي البلدي ومسؤولي الهيئات العمومية والخاصة في أطار اختصاصهم وبالاتصال بمصالح الصحة، تنفيذ التدابير والوسائل الضرورية بشكل دائم لمكافحة الأمراض المتوطنة وتفادي ظهور الأوبئة والقضاء على أسباب الوضعية الوبائية.

اما المادة 36 فتقر بأن برامج الوقاية في الصحة تتركز على شبكات رصد الامراض المتنقلة وغير المتنقلة والانداز منها، قصد التمكن من الكشف المبكر عنها والتصدي السريع لها، وعلى سجلات الرصد بالنسبة للأمراض غير المتنقلة.

وفي سياق حماية العاملين أثناء تأدية مهامهم نجد ان القسم السادس من قانون الصحة لسنة 2018 معنون ب: حماية الصحة في وسط العمل، فالدولة بمقتضى القانون ملزمة بالسهرة على حماية الصحة في وسط العمل، حيث "تهدف الصحة في وسط العمل إلى: ترقية الراحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعمال في كل المهنة والحفاظ على أعلى درجة لها، الوقاية من كل ضرر يلحق بصحة العمال جراء ظروف عملهم، حماية العمال في شغلهم من الاخطار الناتجة عن وجود عوامل مضرّة بصحتهم، وقاية العمال وحمايتهم من حوادث العمل والامراض المهنية، تنصيب العمال في منصب عمل ملائم لقدراتهم الفيزيولوجية والنفسية وإبقاؤهم فيه. (المادة 98 من قانون الصحة 2018)

ومن خلال محتوى هذه المواد القانونية ومواد أخرى ضمن قانون الصحة الجزائرية، يمكن لنا أن نستشف الإجراءات المبذولة من قبل الدولة لترسيخ وحماية الحقوق الصحية للأفراد في مرفق عملهم، لاسيما موظفي القطاع الصحي، والعمل على حمايتهم ووقايتهم من الأخطار المهنية والوبائية التي يمكن ان تعترضهم نتيجة العمل الصحي في مختلف المؤسسات الصحية والمستشفيات سواء كانت عمومية أو خاصة، نظرا لاحتكاكم وتعاملهم المباشر مع الحالات المرضية، وذلك من خلال توفير كل معدات والوقاية والسلامة الأمنية والصحية في المستشفيات ومراكز الصحة والعيادات العمومية، إذ يجب تتوفر مثل هذه المؤسسات على مخزون كاف من مختلف المستلزمات والمعدات الطبية الوقائية، مثل الأقنعة والألبسة الواقية والقفازات ومحاليل التطهير والتنظيف، وتزويد عمال القطاع الصحي باحتياجاتهم من هذه المواد والمعدات الأساسية أثناء العمل الصحي ومضاعفتها في حالة الأزمات الوبائية وظهور أمراض معدية.

5.4. تطوير البحث العلمي في مجال الصحة

ويهدف برنامج البحث في صحة المواطن الذي ترعاه وزارة التعليم العالي بمرافقة وزارة الصحة في إطار سياسات منظمة الصحة العالمية إلى تحقيق الأهداف التالية: (البرنامج الوطني للبحث في صحة المواطن، مارس 2021، صفحة 04)

- أ. تقليص العبء المزدوج لمعدلات الاعتلال والوفيات بسبب الانتقال الوبائي من خلال الاهتمام بالوقاية والرعاية والبحث والمراقبة.
- ب. تقليص عبء الأمراض المتنقلة وأمراض النساء وأمراض فترة ما قبل الولادة.
- ت. ترقية الصحة ببعدها المتعدد القطاعات.
- ث. ضمان علاج صحي منصف وفعال ونوعي.
- ج. رفع تحديات التحول الديموغرافي الذي يتميز بالشيخوخة السريعة للسكان والذي ترافقه زيادة سريعة في عدد السكان.
- ح. مواجهة فعالة ضد الأوبئة والأمراض المستجدة، أو تلك التي تظهر من جديد ذات نسبة خطورة متغيرة، في إطار جهاز المراقبة الصحية.
- خ. التكيف مع المتطلبات الجديدة للوقاية من الأمراض ومكافحتها بمقتضى اللوائح الصحية الجديدة.

وفي ذات الخصوص، لابد من الاهتمام بالبحوث والدراسات التي تتعلق أيضا بتحسين الجودة وإدارة المخاطر وتكامل الخدمات الصحية، كما لابد من التقييم الدوري عبر قياس رضى المواطنين المستفيدين من الخدمات الصحية، من أجل التحسين المستمر للمرافق الصحية العمومية ونوعية الخدمات التي تقدمها، بالإضافة لمعرفة وقياس أثر التكنولوجيا والرقمنة في تحسين نوعية الخدمات وترقية الاتصال، وقياس مستويات الأداء والجودة وسلامة المرضى ومدى النجاح في تطبيق مبادئ التسيير العمومي الجديد والإدارة الصحية. (بوراس، جوان 2020، صفحة 373)

6.4. تفعيل الاتصال المفتوح والتفاعل مع المجتمع ومشاركته:

إن تمكين المواطنين والمؤسسات الصحية من الاتصال بهدف تعزيز الالتزام المجتمعي، ونشر الوعي البيئي، والصحي، والوقائي يتم من خلال تفعيل شبكة الاتصالات المفتوحة بين المؤسسات الصحية للمجتمع المدني والفاعلين المحليين التي من شأنها تعزيز الشفافية والمساءلة في قطاع الصحة، حيث تكون وزارة الصحة والإدارة الصحية ملزمة بإطلاع المواطنين على المعطيات الحقيقية، والنتائج المحققة، والمشاكل المتوقعة، وهو ما سيمكن المواطنين من ممارسة حقهم الرقابي على مؤسسات الدولة وموظفيها. إذ لابد من مشاركة الجميع في صنع القرار، وهذا يستلزم الإعراف بالأطر التشاركية للمجتمع المدني إلى جانب غيره من الفاعلين، فيكونون شركاء في تحديد القضايا، والسياسات، والأهداف المسطرة، وتنفيذ ما تم تخطيطه من برامج، وهذا ما سيزيد فرص الحصول على المعلومات، وضمان إنسيابها بالشكل المطلوب مما يسمح بتفعيل الحوار بين الموظفين، وأصحاب العمل والدولة، والمجتمع المدني. (إعادة النظر في نموذج التنمية، 2015، صفحة 14)، الذي يعد شريك جد مهم في تحقيق الأهداف على جميع المستويات، إذ ساعد في تقديم الدعم لصالح المواطنين خلال أزمة كوفيد التي أصابت الكثير من المنظومات الصحية بالشلل التام، وجعلت الدول عاجزة، وهذا بتقديم وسائل الحماية وتوزيعها بالمجان على جميع فئات المجتمع، وخاصة الفئات الهشة بالمجتمع.

وفي هذا الشأن، يقول "بيترابغين" الذي يعد واحد من مؤسسي المنظمة العالمية للشفافية، أنه يجب على المواطنين أن يكونوا مدافعين عن الإصلاحات التي تباشرها الدولة، فالإدارة السياسية لا يجب أن تكتفي وحدها بمجابهة الفساد، بل يجب على المجتمع المدني أن يساندها ويقف إلى جانبها، وهذا ما سيسهم في تعزيز الشفافية والرفع من مستوياتها. (بيترابغين، 2005، صفحة 121)

لكن وبالرجوع لواقع المجتمع المدني بالجزائر نجد أن مشاركته في حوكمة السياسة الصحية تقتصر على الجانب الوقائي فقط، وهو ما يدل على محدودية هذا الدور، إذ تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من غياب شبه تام لمظاهر المشاركة، مما إنعكس سلبا على مشاركة المجتمع المدني، وتهميش منظماتها فيما يخص السياسة الصحية للدولة الجزائرية التي وقفت عاجزة

الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية

عن خلق شراكة تجمع الفاعلين بالمنظومة الصحية مع منظمات المجتمع المدني رغم دورها الفعال في رفع مستويات الوعي الصحي للمواطنين، والذي إتضح جليا خلال الإنتشار الواسع لكورونا وما نتج عنها من هلع لدى المواطنين بسبب ضعف الوعي الصحي. وبناءً على ما سبق ذكره وجب التعامل مع المجتمع المدني وتنظيماته بإعتبارهم شريك حقيقي في صنع وتنفيذ السياسة الصحية، وعدم الإكتفاء بالعمل بشكل منفرد لتجويد السياسة الصحية القائمة. (كيم وكواشي، جانفي 2021، الصفحات 712-714)

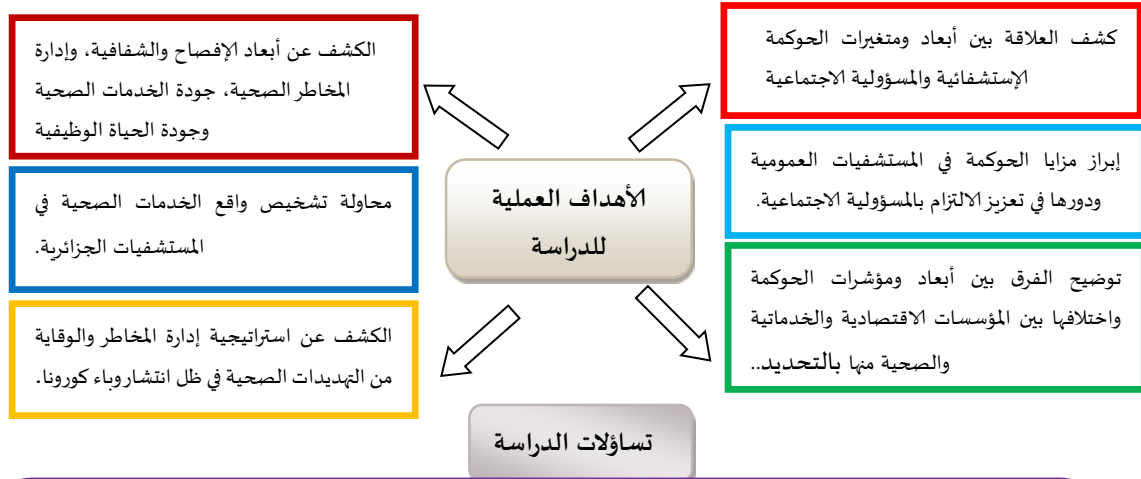
خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل، تم التطرق بالتفصيل لمنظومة الصحة الجزائرية والمراحل التاريخية لتطورها، وتحسين نوعية التغطية الصحية للسكان، وزيادة حجم المنشأة الصحية القاعدية لتقريب الصحة من المواطن، حيث عملت الدولة على توفير خدمات الرعاية الصحية حتى في المناطق النائية، من خلال قاعات العلاج ومؤسسات الصحة الجوارية إلى جانب المؤسسات الاستشفائية العمومية في مختلف البلديات، والمستشفيات الجامعية في المدن الكبرى، كما تسعى الدولة جاهدة لرفع الطاقة الاستيعابية للمستشفيات، ومضاعفة حجم موظفي السلك الطبي وشبه الطبي، مع ضمان فرص أكبر وأحسن من أجل تدريبهم وتكوينهم، لكنها ورغم هذه الأهداف والإجراءات تعاني من جملة من المشاكل التي تم عرضها في هذا الفصل، وقصد تجديد المنظومة الصحية، فقد عقدت الوزارة الوصية العديد من اللقاءات التشاركية مع منظمات المجتمع المدني، والهيئات المهتمة بالشأن الصحي، والمتخصصين، والنقابات الصحية في إطار المقاربة التشاركية لتعزيز الحوكمة الصحية والشفافية، من أجل مسعى واحد هو صياغة استراتيجية واقعية لتحسين متطلبات العمل الصحي، وضمان جودة الخدمات الصحية، حيث تم في هذا الخصوص، استحداث العديد من الهيئات والوكالات الصحية على غرار الوزارة المنتدبة لإصلاح المستشفيات، ووزارة الصناعة الصيدلانية، والوكالة الموضوعاتية للبحث في الصحة،

مخططات تلخيصية للشق النظري من الدراسة

بعد انتهائنا من الجزء النظري لدراستنا الموسومة بالحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسات الاستشفائية العمومية، نقدم هذا العرض التلخيصي الذي يحتوي على أهم ما جاء في الفصول النظرية، وذلك من خلال جملة من المخططات التوضيحية والأشكال التلخيصية لأبرز المحتويات النظرية للفصول.

أولاً: أشكال تلخيصية لما جاء في الفصل الأول حول الإطار التصوري والمفاهيمي للدراسة.



1. ما مستوى تطبيق الحوكمة بالمؤسسة الإستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل؟

2. ما مستوى الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بشير منتوري بالميلية، جيجل؟

3. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل؟

ويتفرع عن هذا التساؤل الرئيسي أربع تساؤلات فرعية هي:

1- ما طبيعة العلاقة بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية

2- ما طبيعة العلاقة بين إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

3- ما طبيعة العلاقة بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية

4- ما طبيعة العلاقة بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية

المسؤولية الاجتماعية إجرائيا

هي التزام المؤسسات الصحية بأخلاقيات المهن الطبية في إطار الضوابط القانونية المنظمة لعلاقات الإدارة والموظفين والمرضى، والتي تحدد جملة الحقوق والواجبات لكل منهم، وتضبط العمل الصحي ودور المؤسسات الصحية في نشر الوعي والمحافظة على البيئة من خلال إدارة وتسيير النفايات الطبية، مع ضرورة الاستجابة لاحتياجات ممثلي البيئة الداخلية من موظفين ومرضى بتوفير متطلبات تحقيق احتياجاتهم الشخصية والمهنية ماليا وماديا من خلال التحديث المستمر لوسائل العمل وضمن استدامتها والمساهمة في التنمية المجتمعية.

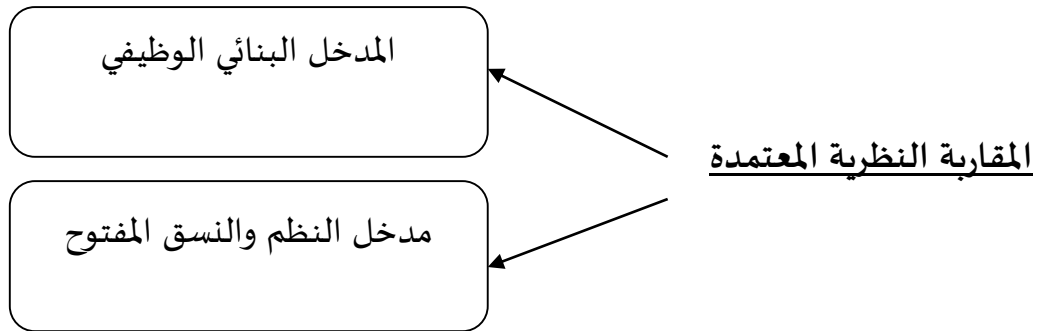
الحوكمة الصحية إجرائيا

الحوكمة الصحية تعني نموذج استراتيجي مستحدث لتطوير العمل الاستشفائي وتحسين الخدمات الصحية، من خلال تفعيل عوامل الإفصاح والشفافية لتعزيز المصداقية وخلق الثقة بين المؤسسة والعاملين فيها والمتعاملين معها، وتفعيل دور إدارة المخاطر الصحية لمواجهة التهديدات الصحية المفاجئة وضمن الأمن الصحي عبر السعي لتوفير أحسن الإمكانيات والشروط المهنية لخلق جودة الحياة الوظيفية وهي التي من شأنها تحفيز العاملين لتحقيق مزيد من الجودة في الخدمات الصحية.

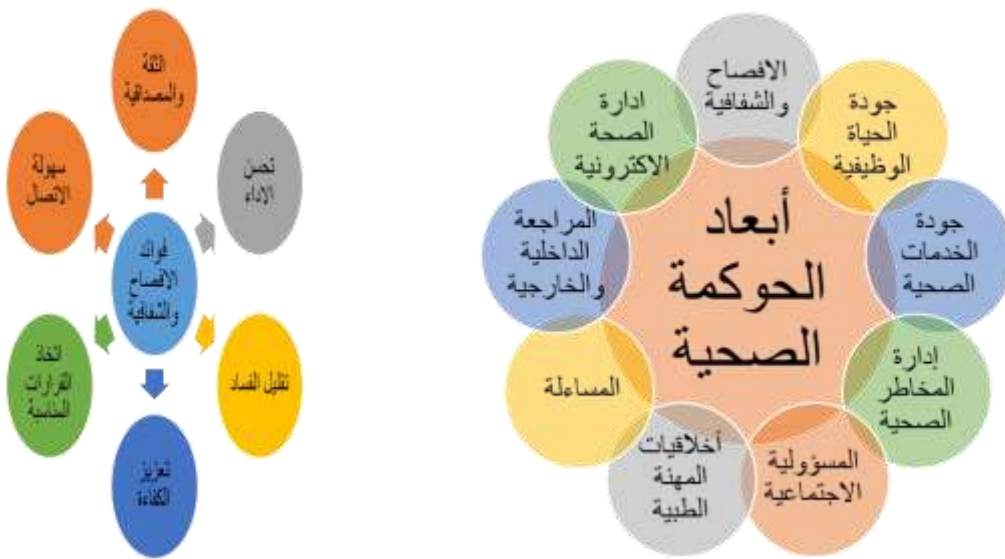
الدراسات السابقة	(أقطي ومقراش، 6-7 ماي 2012)	(شيخاوي ، 2015-2016)	(الجزار ، 2019)	(العابيد ، 2016-2017)
الهدف	اختبار أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية	كشف العلاقة إحصائية بين القيم التنظيمية السائدة في الجامعة والممارسات السليمة لمعايير الحوكمة.	البحث عن مدى قدرة لجنة الطوارئ المركزية على إدارة وتقييم المخاطر في مستشفى الشهيد محمد يوسف النجار وفق أولويات إطار سندي الدولي	البحث عن مستوى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة) حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية
متغيرات وأبعاد الدراسة	أبعاد الحوكمة: الشفافية، مجلس الإدارة وإدارة المعلومات، لجان التدقيق، وإدارة المكافآت. أبعاد أخلاقيات المهنة الطبية: بالرقابة الذاتية، الولاء الوظيفي، دقة ووضوح الدور، وتطوير المهارات	أبعاد الحوكمة: الشفافية، المشاركة، المساءلة، حقوق ذوي المصلحة، الانضباط.	-فهم مخاطر الكوارث -تعزيز سبل إدارة مخاطر الكوارث من أجل تحسين التصدي لها -الاستثمار في الحد من مخاطر الكوارث لزيادة القدرة على مواجهتها - تعزيز التأهب للكوارث بغية التصدي لها بفعالية "وإعادة البناء بشكل أفضل"	عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون ، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب ، غياب الاتصالات والمعلومات

ميدان الدراسة	المؤسسة الإستشفائية العمومية بجيجل	كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الاقتصادية لخمس جامعات هي: جامعة بومرداس، البويرة، البليدة، الأغواط، وتيزي وزو.	مستشفى الشهيد محمد النجار	المركز الاستشفائي الجامعي باتنة، المؤسسة الاستشفائية العمومية عقي الحكيم بقالملة، المؤسسة العمومية الاستشفائية بشر بن ناصر ومستشفى الدكتور سعدان، والمؤسسة العمومية الاستشفائية طولقة
العينة	عشوائية مقدره ب114 مفردة من الأطباء والممرضين	تمثلت في 223 مفردة من أساتذة	تمثلت في 60 مفردة من موظفي المستشفى ميدان الدراسة	500 مفردة من العاملين في المستشفيات المذكورة
	<u>(قريشي، 2017- 2018)</u>	<u>(سعيدان، 2016-2017)</u>	<u>(المطري، 2018)</u>	<u>(الخالدي، 2015)</u>
الهدف	البحث عن الدور الذي تلعبه جودة الحياة الوظيفية في تحسين الخدمة العمومية المقدمة من طرف الإدارة المحلية لولاية قسنطينة	الكشف عن واقع التزام المؤسسات الاستشفائية العمومية بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصلحة: العاملين، المرضى، المجتمع المحلي، البيئة والمجتمع الايعاد: المرضى، الأطباء، المجتمع	الكشف عن واقع أبعاد المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية في السعودية، وعلاقة المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية بمستوى جودة الخدمات الطبية	معرفة مدى تأثير التزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمة الصحية المدركة في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان
الايعاد	متغيرات البعد التنظيمي لجودة الحياة الوظيفية: النمط القيادي المتبع، التكنولوجيا المستخدمة، نمط الاتصال) متغيرات البعد الوظيفي: طبيعة ومحتوى العمل، نظام الأجور والحوافز، التكوين) متغيرات البعد النفسي والاجتماعي: العلاقات في العمل، التوازن بين العمل والحياة الخاصة، الظروف المادية للعمل	أبعاد المسؤولية الاجتماعية: اتجاه المرضى اتجاه العاملين، اتجاه المجتمع البعد الأخلاقي للعمل: اعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف	المسؤولية القانونية المسؤولية الأخلاقية المسؤولية البيئية المسؤولية الاقتصادية	أبعاد المسؤولية الاجتماعية: البعد الاقتصادي البعد القانوني البعد الأخلاقي. البعد الانساني
مجتمع الدراسة	مستخدمي الإدارة المحلية لولاية قسنطينة (البلديات، الدوائر والولاية	السلك الطبي وشبه الطبي والاداريين واخذ الباحث من كل طبقة ما نسبته 20%	المستفيدين من جودة الخدمات الطبية في مدينة الأمير سلطان الطبية بمدينة الرياض.	المرضى في المستشفيات الخاصة في عمان.

العينة	بلغ عدد مفردات العينة 391 مفردة.	عينة طبقية عشوائية تتمثل في مفردة 100 مقسمة طبقيا بالإضافة إلى عينة أخرى من المرضى مقدره ب20 مفردة	420 مفردة تم اختيارهم بأسلوب العينة العشوائية البسيطة.	تمثلت 463 من المرضى في المستشفيات الخاصة في عمان.
--------	----------------------------------	--	--	---



ثانيا: أشكال تلخيصية لأهم ما جاء في الفصل الثاني حول حوكمة المؤسسات الصحية



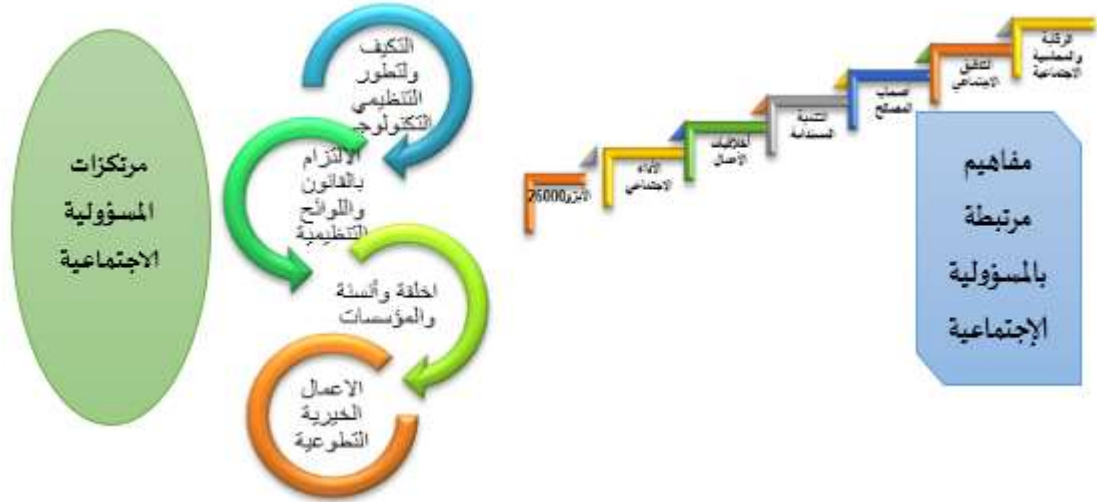
معوقات تطوير القطاع الصحي والجودة الخدمية



نظام حوكمة المؤسسات الصحية

المخرجات (الحوكمة والمسؤولية)	العمليات التنفيذية		المدخلات (الإمكانات والموارد)
<ul style="list-style-type: none"> -الثقة والمصداقية -الإفصاح والشفافية -الرقابة والمساءلة -العدالة والمساواة -الجودة والفعالية -الاستقرار والرضى -المخاطر والاستعداد -اللامركزية وتفويض السلطة 	<ul style="list-style-type: none"> المحددات الخارجية البيئة الخارجية أصحاب المصالح والمساءلة الاجتماعية 	<ul style="list-style-type: none"> المحددات الداخلية البيئة الداخلية الهيكل التنظيمي الرقابة الداخلية 	<ul style="list-style-type: none"> -توفير كل المتطلبات المادية والمعنوية للعاملين والمتعاملين -استقطاب أحسن الكفاءات ومنحها أفضل الظروف المشجعة على الأداء وتحسين بيئة العمل الصحي. -الالتزام بالمعايير والإجراءات التي تقرها منظمة الصحة العالمية. -وضوح استراتيجية الدولة من أجل الحوكمة الصحية ومتطلباتها المادية والمالية والقانونية
	<p>تفاعل الخدمات علاجية ووقائية وضمن جودة الخدمة الصحية للمرضى وجودة الحياة الوظيفية للمهنيي الصحة</p>		
	<h3>التغذية العكسية</h3>		
<p>وهي القيام بعمليات المتابعة والتقييم والتقويم لمجمل العمليات التنفيذية من حيث النوعية والفعالية والكفاءة بالنسبة لمدخلاتها وكيفية تحويلها لجعل المخرجات تتميز بالجودة، وهي في نفس الوقت تصبح بمثابة مدخلات جديدة يتم تقييمها وتقويمها بهدف تقديم خدمات صحية عالية الجودة وتنافسية تحقق رضى جميع أصحاب المصالح.</p>			

ثالثا: أشكال تلخيصية لأهم جاء في الفصل الثالث حول المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات





الجانب الميداني من الدراسة

تمهيد

1. مجالات الدراسة.

1.1. المجال الجغرافي.

2.1. المجال البشري.

3.1. المجال الزمني.

2. منهج الدراسة.

3. عينة الدراسة.

1.3. حجم العينة وطريقة اختيارها.

2.3. وصف خصائص عينة الدراسة.

4. مصادر وأدوات جمع البيانات.

1.4. مصادر جمع البيانات.

2.4. أدوات جمع البيانات.

5. إختبارات أداة الدراسة.

1.5. صدق المحكمين الصدق الظاهري

2.5. صدق الاتساق الداخلي معامل بيرسون

3.5. ثبات الأداة ألفا كرونباخ

6. أساليب التحليل المعتمدة في الدراسة

1.6. أسلوب التحليل كمي.

2.6. أسلوب التحليل الكيفي.

خلاصة

تمهيد:

إن الحديث عن القيام ببحث علمي في مجال العلوم الاجتماعية مهما كانت طبيعته يتطلب الاطلاع على مختلف الأدبيات والنظريات الخاصة بموضوع الدراسة، من أجل تكوين صورة نموذجية لما سيتم البحث فيه، وتحديد أهداف البحث أو صياغة الافتراضات الخاصة بالتعمق في الموضوع المرحلة الأولى، ففي مجال الدراسة الميدانية الخاصة بموضوع الدراسة الراهنة مثلا، تكون هذه المرحلة قبل عملية النزول بالأفكار المجردة للواقع واخضاعها للتجريب، من خلال طرح العديد من الأسئلة للكشف الإمبريقي عن اجابات عينة البحث حول تأكيد وجود العلاقة بين الظواهر من عدمه، وذلك وفق اجاباتهم على الأسئلة والمؤشرات المحددة في أداة الدراسة، سواء كانت استبيان أو مقابلة. او حتى ملاحظة او دراسة حالة، ولتكون الدراسة الميدانية ذات مصداقية لا بد لها من الارتكاز على جملة من الإجراءات المنهجية الدقيقة، والتي تعد بمثابة الهيكل النموذجي للبحث الميداني، وهي السبيل لضمان الموضوعية والمصداقية العلمية.

كما ان الهدف من اجراء أي دراسة للظواهر الاجتماعية هو بالأساس انعكاس لدور العلم وأهميته في تحسين الحياة الإنسانية، والسعي لحل المشاكل الاجتماعية. فلا يكفي على سبيل المثال في البحث الميداني وصف الظاهرة وخصائص عينة الدراسة فقط، بل لابد من فهم تأثير هاته الخصائص على اتجاه إجابات المبحوثين حول سؤال ما أو ظاهرة ما، وفهم العلاقة بين الأبعاد والمؤشرات، وهو الأمر الذي يمنحنا قدرة على التحليل والتفسير لكشف طبيعة الارتباطات بين المسببات والنتائج لأي ظاهرة سوسولوجية جديدة بالدراسة الميدانية، وتهدف لتقديم الإضافة في البحث العلمي من خلال القدرة على الضبط والتحكم، وحتى التنبؤ أحيانا وفق الميكانيزمات التي تتيحها لنا عملية البحث العلمي، وفق القواعد والإجراءات المنهجية العلمية المتعارف عليها في البحث السوسولوجي.

وبناء على ما سبق فان فصل الإجراءات المنهجية يعد بمثابة المدخل المنهجي للبحث الميداني وفيه نعرض مجالات الدراسة ومنهجها وعينة البحث، بالإضافة لتحديد مصادر وأدوات جمع البيانات، ثم إختبارات أداة الدراسة، والأساليب الكيفية والإحصائية المعتمدة.

1. مجالات الدراسة: تعد مجالات الدراسة لأي بحث سوسولوجي بمثابة المحددات الواقعية للدراسة، إذا ان كل بحث لابد ان يخضع لتحديد دقيق وتوضيح مفصل لطبيعة المكان والزمان الذي ستجرى فيه الدراسة الميدانية، بالإضافة لضرورة تحديد العينة ذات صلة مباشرة بموضوع البحث، وهي المجال البشري أو مجتمع البحث المعني بالدراسة الميدانية.

1.1. المجال المكاني: يقصد به الحيز الجغرافي للمؤسسة المعنية بالدراسة الميدانية، وكما هو محدد في عنوان البحث الراهن والموسوم «الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية»، فإنه يبدو جليا ومن الوهلة الأولى ان المجال المكاني للدراسة يتمثل في المؤسسات الصحية ذات الطابع العمومي.

1.1.1. التعريف بالمؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية:

يتضمن المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيورها، والذي تم بموجبه تحديد قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وعلى مستوى ولاية جيجل فقد نص المرسوم على ثلاث مؤسسات عمومية استشفائية وهي: المؤسسة العمومية الاستشفائية بجيجل، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالطاهير وأخيرا المؤسسة العمومية الاستشفائية بالميلية.

ويعرف المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في ماي 2007 بمقتضى المادة 2، المؤسسة العمومية الاستشفائية بأنها "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، وتحدد الامكانيات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة". (الجريدة الرسمية، 2007، صفحة 10)

وبالتالي يمكن القول بأنه المؤسسة الاستشفائية العمومية هي كل مؤسسة تعنى بتقديم الخدمات الصحية الخاصة بالكشف والتشخيص والمتابعة الطبية والعلاج وتكون تابعة للدولة وتحت وصاية وزارة الصحة، مما يعني عموميتها لجميع أفراد المجتمع، بالإضافة إلى تميزها بالطابع المجاني في أغلب الأحيان والمبلغ الرمزي أحيانا مقابل الحصول على الخدمات هذه المؤسسة الاستشفائية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

وتقع المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري في بلدية الميلية التابعة إقليميا لولاية جيجل، أنشئت سنة 1984 وكان عدد الأسرة وقتها 240 سرير، وحسب الاحصائيات المتوفرة عن المؤسسة فقد تطور عدد الأسرة من 256 سنة 2018 إلى 264 سنة 2019.

2.1.1. مديريات ومصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية:

وفق المرسوم التنفيذي 07-321 المؤرخ في أكتوبر 2007 فان المؤسسات الصحية تنقسم إلى ثلاث أنواع وهي:

1-المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH).

2-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية(EPSP).

3-المؤسسات الاستشفائية المتخصصة(EHS)

وتجدر الإشارة أولا إلى ان كل المؤسسات الاستشفائية العمومية على المستوى الوطني تخضع لنفس الهيكل التنظيمي الخاص بتوزيع المصالح الإدارية والصحية، (انظر الملحق رقم 02)، وذلك بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المحدد للهيكل التنظيمية الخاصة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية، كما ان مهام ووظائف كل مصلحة محددة بمقتضى مراسيم تنفيذية.

وتتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة او مجموعة بلديات، وتمثل مهامها في:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

-ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

-ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين. (الجريدة الرسمية، 2007، صفحة ص، ص 10، 11)

يتكون الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية من أربع مديريات ولكل مديرية عدة مصالح ومكاتب، وهي منظمة وفق القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية (الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، 7 مارس 2010، صفحة 20)

*مدير المؤسسة: يعين بقرار من وزير الصحة وتنتهي مهامه بنفس الشكل، ومن مسؤولياته:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمثيل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع اعمال الحياة المدنية.
 - هو الأمر بالصرف في المؤسسة.
 - يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعد حسابات المؤسسة.
 - يعد مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة.
 - ينفذ مداولات مجلس الإدارة.
 - يعد التقرير السنوي عن النشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة.
 - يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته.
 - يعين جميع مستخدمي المؤسسة بإستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم.
 - يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين.
- أ-مكتب الاعلام الآلي:** يشرف عليه مهندس في الاعلام الآلي وهو تابع لمكتب المدير، توكل إليه مهام الاشراف على صيانة عتاد الاعلام الآلي والبرمجيات، وتكوين العمال والموظفين، ومتابعة الشبكة المحلية للمستشفى، والتحكم في تزويد المصالح بشبكة الانترنت.
- ب-مكتب التنظيم العام:** يتولى المهام التالية:
- إرسال واستقبال الفاكسات من المصالح خاصة منها من وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، توزيع البريد على المصالح الصحية منها الطبية والإدارية ومختلف الوحدات الإدارية، توزيع مختلف التعليمات الإدارية والطبية على جميع المصالح، الاشراف على ضبط قوائم المناوبة الخاصة بالسلك الإداري والطبي، تمثيل مختلف المصالح في مختلف اللجان الطبية والإدارية، استقبال مختلف شكاوى المرضى والمواطنين، التنسيق والاشراف على اجتماعات شبه الطبيين.
- ج-مكتب الإتصال:** هو الوسيط بين المصالح الداخلية والاتصالات الخارجية ويقوم بالإشراف على الحملات التحسيسية بالتنسيق مع البلديات، وإعداد بطاقة للمعوزين للعلاج المجاني.
- 1.2.1.1. المديرية الفرعية للمالية والوسائل:** يشرف عليها نائب المدير وتسهر على تسيير الحياة الوظيفية للعمال والموظفين، والتكفل بهم من خلال الاهتمام بوضعيتهم المالية وتسيير شؤونهم الإدارية، وحسن التكفل بالملفات الخاصة بهم وترتيبها والحفاظ عليها، كما تسهر على إعداد جداول الترقية للعمال نهاية كل سنة، وإعداد كل القرارات الإدارية المتعلقة بتعيينهم وتثبيتهم وترقيتهم وإحالتهم على التقاعد. كما تقوم بإعداد القرارات المتعلقة بإجراء الامتحانات والاختبارات المهنية والمسابقات على أساس الشهادات، كما تتولى إعداد الأجور والمنح الخاصة بالعمال وكذا دفع مستحقاتهم المتأخرة بسبب عدم توفر الاعتمادات المالية في الوقت المحدد، وتتكون من 3 مكاتب تتمثل في:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

1-مكتب الميزانية والمحاسبة: مهامه: اعداد الأجور والمرتبات الشهرية للموظفين والعمال، واعداد السجل الخاص بمراقبة الميزانية وصرفها، واعداد المشروع الخاص بالميزانية التقديرية للسنة المقبلة.

2-مكتب الصفقات العمومية: يتولى ابرام الصفقات والعقود مع المؤسسات العمومية والخاصة بمختلف أنواعها من اجل تموين المؤسسة بالمواد والعتاد الضروري، كما تتكفل بضمان تموين المؤسسة بمختلف اللوازم المكتبية والأجهزة الطبية والأدوية وكل المستلزمات الضرورية المتعلقة بكافة النشاطات المختلفة.

3-مكتب الوسائل العامة والهيكل: يقوم ب: جلب الأجهزة وتوزيعها على مصالح المؤسسة، وصيانة المنشآت بمواد التنظيف والبناء،، واستقبال السلع والمواد والمستلزمات المطلوبة.

1.2.2.1. المديرية الفرعية للموارد البشرية: تتولى متابعة المسار الوظيفي للعاملين بها إلى غاية تقاعدهم، وتتكون من مكاتبين هما:

1-مكتب تسيير الموارد البشرية: ومن مهامه: القيام بإعداد القرارات الخاصة بالعتل السنوية والعتل المرضية، متابعة ملفات الموظفين من يوم توظيفهم إلى غاية تقاعدهم او استقالتهم، اعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية والسهر على تنفيذها، تعيين وترقية وتحويل ونقل الموظفين بالمؤسسة، الإعلان عن المسابقات، القيام بالتحري حول أي مشكل يطرا بالمؤسسة، توفير الامن في حالة وقوع أي اعتداء، السهر على حل جميع النزاعات الإدارية والمهنية. ويضم قسمين:

أ. قسم الإداريين والمصالح العامة.

ب. قسم الطبيين وشبه الطبيين.

2-مكتب التكوين: يتولى مختلف العمليات المرتبطة بالدورات التكوينية التي تقدمها المؤسسة للعاملين بها خاصة منهم الكوادر الطبية والمرضين وتوجيه الموظفين المؤهلين لحضور الملتقيات، تدريب شبه الطبيين، متابعة وتوجيه المترشحين.

1.3.2.1. المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية: وفيها مكاتبين هما:

1-مكتب صيانة التجهيزات الطبية: يقوم بإصلاح وصيانة مختلف التجهيزات الطبية.

2-مكتب صيانة التجهيزات المرافقة: يتولى صيانة المنشآت والأجهزة الكهروميكانيكية.

1.4.2.1. المديرية الفرعية للمصالح والنشاطات الصحية: تقوم بمتابعة النشاطات الصحية

والاحصائيات، والسهر على حسن استعمال ممتلكات المؤسسة الصحية وتضم 3 مكاتب:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

1-مكتب القبول: يقوم بالاتصال المباشر بالمواطنين وإعداد استمارة القبول لإدخال المرضى إلى مختلف المصالح ومتابعة ملفاتهم حتى الخروج من المصلحة، وحفظ السجلات ووثائق المرضى في الأرشيف، وتسجيل الولادات والوفيات.

2-مكتب التعاقد وحساب التكاليف: يعمل هذا المكتب على: تحديد تكاليف الصحة لكل مصلحة، تجميع التكاليف في كل المصالح شهريا، حساب التكلفة الاجمالية لجميع المصالح، تلخيص التقارير المجمعة شهريا في تقرير ثلاثي التكاليف،

3-مكتب تنظيم النشاطات الصحية وتقييمها: من مهامه: تطبيق جميع التوصيات والإجراءات والتنظيمات الخاصة بالوقاية من جميع الامراض والابوئة، إعداد التقارير الصحية، تقديم الارشادات الاستعجالات للمرضى، تقديم مختلف الخدمات الصحية على مستوى المصالح الطبية الموجودة في المستشفى.

2.1. المجال البشري: يتمثل المجال البشري بالنسبة لموضوع الدراسة الراهنة في كل الموظفين على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ويقدر عددهم 687 موظف وعامل. والجدول التالي يوضح عدد العاملين في المؤسسة موزعين حسب الفئة المهنية. جدول رقم (05) يوضح توزيع موظفي المؤسسة تبعا للمسمى الوظيفي.

المسمى الوظيفي	ذكر	انثى	المجموع
الإداريين	26	76	102
شبه الطبيين	111	245	356
الممارسين الطبيين	27	48	75
التقنيين	7	41	48
العمال المهنيين	76	30	106
المجموع	247	440	687

المصدر: مصلحة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية، جوان 2021.

وقد أشار قانون الصحة لسنة 2018 إلى العاملين بالمؤسسات الصحية واصطاح على تسميتهم "مهنيو الصحة" ويقصد بهم في المادة 165 من قانون الصحة 2018: "كل شخص ممارس وتابع لهيكل أو مؤسسة للصحة يقدم نشاطه المهني خدمة صحية أو يساعد فيها أو يساهم في إنجازها. ويعتبر كذلك مهنيي الصحة المستخدمون التابعون للمصالح الخارجية الذين يقومون بمهام تقنية وتحقيقات وبائية ومهام المراقبة والتفتيش. تحدد مدونة مهنيي الصحة عن

طريق التنظيم". (الجريدة الرسمية الجزائرية، قانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018، 2018)

3.1. المجال الزمني:

- المرحلة الأولى: اختيار الموضوع والتعمق فيه من خلال الاطلاع النظري وجمع المادة العلمية.
- المرحلة الثانية: تحديد الإشكالية والفرضيات المعنية بالبحث والتقصي وكتابة الفصول النظرية

- المرحلة الثالثة: بداية الدراسة الميدانية من خلال النزول للميدان واخذ موافقة مدير المؤسسة للقيام بالتريص الميداني واجراء الدراسة الاستطلاعية في بادئ الأمر ثم اجراء المقابلات مع المدير ورئيس مصلحة الموارد البشرية في خطوة أولى للحصول على اهم المعلومات وتكوين التصور الأولي وتحديد طبيعة مجتمع البحث من اجل تحديد العينة وتوزيع الاستبيان عليها.
الجدول رقم 06: مراحل إنجاز الدراسة الراهنة.

المرحلة الأولى	جمع المادة العلمية	من 2016 إلى 2018
المرحلة الثانية	صياغة الفصول النظرية	من 2019 إلى 2020
المرحلة الثالثة	الدراسة الميدانية واختبار الفرضيات وتحليل النتائج	مارس 2021 إلى ديسمبر 2021

وسنركز هنا على التسلسل الزمني لمراحل انجاز الدراسة الميدانية، وهي مقسم على ثلاث مراحل:

- المرحلة الأولى من الدراسة الميدانية:

بعد الانتهاء من صياغة الجزء النظري للدراسة وضبط الفرضيات مبدئيا جاءت مرحلة البحث الميداني، حيث قمنا مع بداية شهر مارس 2021 بالجولة الاستطلاعية من خلال زيارة المؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية، واجراء حوارات أولية بمعدل زيارة كل شهر في بادئ الأمر، وذلك كان قبل الزيارة الرسمية لمدير المؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية في جوان 2021 حيث قدمنا له طلب قبول التريص على مستوى المؤسسة الصحية التي يديرها(انظر الملحق رقم 02) وتمت الموافقة من طرفه في نفس الجلسة، كما كانت لنا معه مقابلة مطولة تجاوزت الساعة تحدثنا فيها عن واقع المنظومة الصحية الجزائرية ومساعي الدولة لترقية الصحة العمومية وتحسين الخدمات الصحية وأهداف الحوكمة الصحية والدور الاجتماعي للمؤسسات الاستشفائية، وبعدها وجهنا بدروه لرئيس مصلحة الموارد البشرية الذي أجرينا معه مقابلتين: الأولى كانت عامة وغير مقننة لاستطلاع حيثيات الموضوع، أما المقابلة التي برمجت بعد ذلك فكانت مقننة تضم أسئلة مباشرة ومحددة حول موضوع الدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

وأبعاده، (انظر الملحق رقم 03) وخلالها أيضا تم الحصول على تعداد موظفي المؤسسة وهيكلها التنظيمي.

- المرحلة الثانية من البحث الإمبريقي:

في هذه المرحلة ركزنا أكثر على مؤشرات موضوعنا الملموسة من خلال الملاحظة المنظمة والتي إستعنا فيها بنموذج إطار الملاحظة (انظر الملحق رقم 05)، كما اننا قد قمنا بالضبط ما قبل النهائي لأسئلة الاستبيان والصيغة النهائية لدليل المقابلة (انظر الملحق رقم 03)، حيث قمنا أولا بتوزيع الاستبيان على عينة تجريبية مقدره ب 30 مفردة، وبعد استرجاعها قمنا بقياس ثبات أداة الدراسة واختبار صدقها كما أجرينا المقابلات مع رؤساء بعض المصالح الإدارية والطبية وكان ذلك خلال النصف الثاني من شهر جوان والنصف الأول من شهر جويلية 2021.

- المرحلة الثالثة للعمل الميداني:

في المرحلة الثالثة والأخيرة من الدراسة الميدانية، والتي سبقتها فترة انقطاع لمدة حوالي شهر ونصف بسبب الموجة الثانية لوباء كوفيد 19، حيث كان من المستحيل حينها استكمال الدراسة في المستشفى باعتباره يشهد ضغطا صحيا كبيرا نتيجة تفشي الوباء والاصابات الكبيرة وسط المواطنين، وكان من الواجب الالتزام بالحجر المنزلي في ظل هذه الظروف، والجدول رقم (32) في الصفحة 258 يكشف حجم الإصابات المسجلة بمستشفى المليية آنذاك.

لكن في سبتمبر من نفس السنة تم استكمال البحث الميداني من خلال مواصلة توزيع الاستبيان النهائي على مختلف افراد العينة التطبيقية، ومقابلة باقي رؤساء المصالح الصحية والإدارية على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل.

2. المناهج المتبعة في الدراسة: إن الاستعانة بالمنهج العلمي في البحث العلمي هو ما يضي عليه طابع العلمية، و المنهج الوصفي هو المنهج الشائع في ميدان العلوم الاجتماعية وذلك من أجل وصف الظاهر ومحاولة تشخيصها عبر كشف عواملها واسبابها الخفية حيث قمنا باستخدام **المنهج الوصفي** وهو يعني وصف الظاهرة المدروسة وصفا علميا دقيقا من اجل الكشف عن مظهراتها الفعلية، وهو تحليلي لأننا نحلل أبعاد الظاهرة ومتغيراتها إلى جزئياتها الأولية متمثلة في المؤشرات والجوانب الملموسة من الظاهرة عبر سلوكيات الأفراد وتفاعلاتهم المرئية ضمن مجال الدراسة، حيث لا نكتفي بالوصف فقط، بل نتعمق في الظاهرة عبر تصنيف المعطيات المستقاة من ميدان الدراسة وتحليلها للكشف عن العلاقات الارتباطية بين السلوكيات والظواهر التنظيمية من خلال استقراء جزئيات الظاهرة المعنية بالبحث والتقصي،

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

ومن ثمة تفسيريها للوصول لنتائج عامة ذات مصداقية إحصائية تسمح لنا بتأكيد فرضيات البحث المصاغة او نفيها بناء على النتائج المتوصل إليها.

3. عينة الدراسة: بالنظر للارتباط المباشر لموضوع الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالعاملين والمتعاملين المسؤولين عن تقديم الخدمات الصحية للمرضى، والقيام بمهام المستشفى، فقد تم الاعتماد على العينة الطبقية العشوائية، حيث اقتضت عينة البحث على ثلاث فئات وظيفية يتركز عليها العمل الصحي وهم فئة الإداريين (متصرفين، أعوان إداريين...)، شبه الطبيين في الصحة العمومية (ممرضين، مخبريين...)، والممارسين الطبيين في الصحة العمومية (أطباء عامين ومختصين، صيادلة...)

ووفق ذلك فقد اختارت الباحثة عينة مقدره ب 30% من المجموع الكلي للفئات سابقة الذكر عبر المعادلة التالية:

$$n = \text{مج} * \frac{100}{30} = 160 \text{ مفردة}$$

ونأخذ نفس النسبة المقدره ب 30% من كل طبقة فنتحصل على النتائج المبينة كما يلي:

الجدول رقم 07: توزيع العينة الطبقية

المسمى الوظيفي	حجمها الكلي	النسبة المأخوذة	مفردات العينة الطبقية
الممارسين الطبيين	75	30%	22
شبه الطبيين	356	30%	107
الإداريين	102	30%	31
المجموع	533	30%	160

وقد تم سحب عينة مقدره ب 30% بدل 10%، لأنه كلما كان مجتمع البحث كبير تكون العينة صغيرة، وكلما كانت مجتمع البحث صغير تكون العينة كبيرة لاعتبارات الوقت والجهد، وفي هذا السياق فإن نسبة 30% من مجتمع البحث المقدر ب 533 تعد عينة ممثلة أكثر لمجتمع البحث.

ومن خلال الجدول يتضح لنا ان العاملين في السلك شبه الطبي يمثلون الأغلبية بالنسبة لمجتمع الدراسة يليهم الإداريين ثم الممارسين الطبيين في الصحة العمومية، وبما ان عينة البحث هي عينة طبقية عشوائية، فإن خصائص مجتمع البحث لا بد ان تنطبق على خصائص العينة وهو ما يلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم 07 حيث كانت عينة الدراسة تمثل الأغلبية من فئة شبه الطبيين بمعدل 107 مفردة، وذلك انهم المسؤول المباشر عن تقديم الخدمات الصحية للمرضى ومتابعتهم، تليها طبقة الإداريين ب 31 مفردة، وفي المرتبة الأخيرة الممارسين الطبيين من أطباء عامين ومختصين وصيادلة وأطباء أسنان بمقدار 22 مفردة.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

وصف خصائص عينة الدراسة:

قبل التطرق لاتجاهات إجابات المبحوثين حول أسئلة الاستبيان، لابد من تحديد وتصنيف عينة الدراسة من حيث الخصائص الشخصية والصفات الوظيفية، والجدول يوضح ذلك.

الجدول رقم (08): الخصائص الشخصية لعينة الدراسة

المتغير	تصنيف المتغير	التكرار	النسبة المئوية	
الجنس	ذكر	22	%16.9	
	أنثى	108	%83.1	
	المجموع	130	%100	
السن	أقل من 25 سنة	19	%14.6	
	من 25 إلى أقل من 35 سنة	55	%42.3	
	من 35 إلى أقل من 45 سنة	39	%30	
	من 45 إلى أقل من 55 سنة	11	%8.5	
	من 55 سنة فما فوق	06	%4.6	
	المجموع	130	%100	
	السلك الوظيفي	أسلاك مشتركة (الإداريين)	28	%21.5
		شبه الطبيين في الصحة العمومية	85	%65.4
الممارسين الطبيين الصحة العمومية		17	%13.1	
المجموع		130	%100	
الخبرة المهنية	أقل من خمس سنوات	42	%32.3	
	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	40	%30.8	
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	24	%18.5	
	من 15 إلى أقل من 20 سنة	10	%7.7	
	أكثر من 20 سنة	14	%10.8	
	المجموع	130	%100	
الراتب الشهري	أقل من 30000 دج	19	%14.6	
	من 30000 دج إلى أقل من 45000 دج	87	%66.9	
	من 45000 دج إلى أقل من 60000 دج	19	%14.6	
	من 60000 دج فما فوق	05	%3.8	
	المجموع	130	%100	

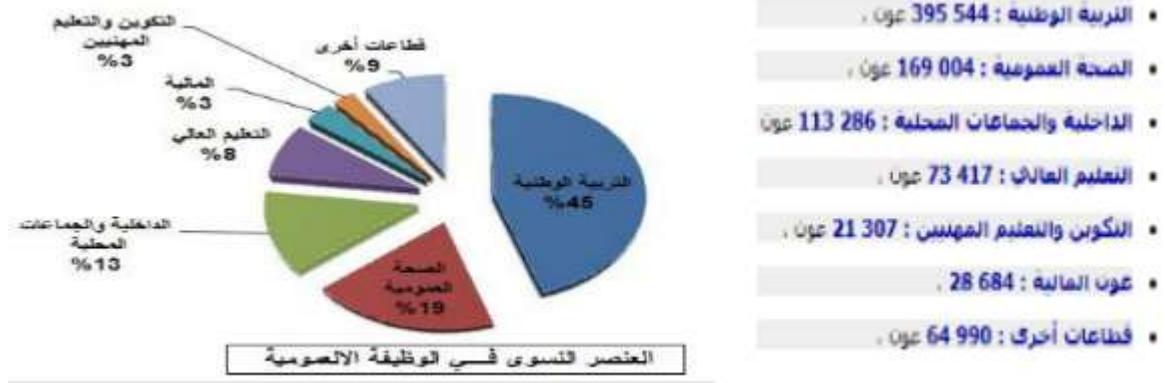
المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS

1- متغير الجنس:

بالعودة إلى المتغير الأول وهو الجنس يبدو من خلال الجدول رقم(08) أن نسبة الاناث تشكل الأغلبية من عينة الدراسة بنسبة 83.1%، في حين لم تتجاوز نسبة الذكور 16.9% فقط، وهو ما يشير إلى ان مجتمع البحث في حد ذاته يمثل فئة الاناث أكثر من الذكور، حيث أن تعداد الموظفين بالمؤسسة محل الدراسة وتقسيمهم يؤكد ذلك، بناء على الوثائق المحصل عليها من مصلحة الموارد البشرية بالمؤسسة (أنظر المجال البشري)، حيث يشكل الذكور ما نسبته 35.95% من المجتمع الكلي في مقابل 64.04% من الاناث، بالإضافة إلى ان تعداد العنصر النسوي في الجزائر ضمن قطاع الصحة العمومية يأتي في المرتبة الثانية بعد قطاع التربية الوطنية حيث يقدر عدد النساء العاملات في القطاع التربوي ب395544 عون، فيما يقدر عددهن في القطاع الصحي ب169004 موظفة، لذلك جاءت عينة الدراسة بنفس الخاصية، وتفسير ذلك هو ارتفاع نسب الاناث اللواتي يواصلن دراستهن بعد المرحلة الثانوية، في حين يتجه أغلب الذكور للانقطاع عن مرحلة الدراسات الجامعية حتى مع حصولهم على شهادة البكالوريا، والاتجاه نحو العمل في القطاع العسكري والقطاع الخاص، كما ان الخدمة العسكرية المفروضة على الشباب الذكور تؤخرهم عن الولوج إلى ميدان العمل لسنتين مقارنة بالإناث في نفس الفئة العمرية، وكما تشكل نسبة الاناث فئة الأغلبية في الثانويات والجامعات، فإن الأمر سينعكس بالضرورة على قطاع الشغل كما لاحظنا، حيث ان وولوج المرأة لعالم الشغل جعلها تمثل نسبة الأغلبية في العديد من القطاعات على غرار المهن التعليمية والطبية، ، فيما يواصل اغلب الاناث دراستهن ويخترن التخصصات التي تؤهلن للعمل في وظائف الصحة إلى جانب التعليم عموماً، وذلك بالنظر إلى ان توقيت العمل ضمن هذه المؤسسات يتناسب مع طبيعة المسؤوليات العائلية والمنزلية للمرأة، حيث يكون توقيت العمل مناسب من حيث أيام العطل والراحة وعدم العمل يومياً، إذ وقفنا على توزيع العمل بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية وفق برنامج يومي عمل مقابل يوم راحة، أو يوم مناوبة ليلية مقابل يومين راحة، وهو الأمر الذي يجعل العديد من الفتيات والنساء يخترن التخصصات شبه الطبية والطبية بعد المرحلة الثانوية، وتفضيل الانتماء الوظيفي للقطاع الصحي، كما صرح لنا العديد من النساء والإناث ضمن عينة الدراسة، لأنها لا تتطلب مجهودات بدنية أو عضلية، كما أنها تتوافق مع الصفات التي يتحلى بها جنس الاناث من صبر وسعة بال والاهتمام الاجتماعي بالآخرين.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

الشكل رقم(30): دائرة نسبية توضح تعداد الاناث في الوظيفة العمومية

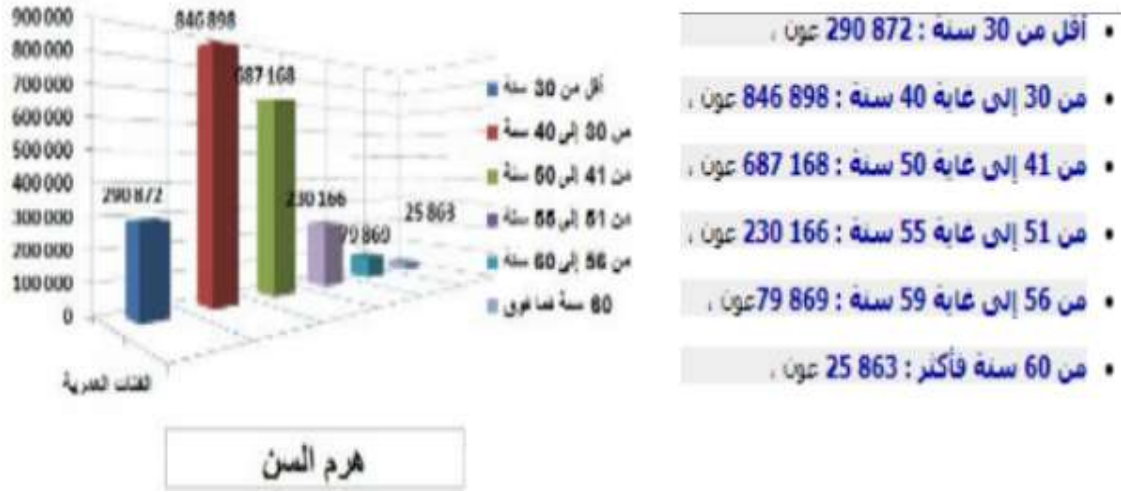


المصدر: (www.dgfp.gov.dz.2020)

2- متغير السن:

من خلال النسب المئوية الخاصة بمتغير السن ضمن الجدول(08)، يتضح لنا ان أغلبية العاملين بالمؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية بنسبة 42.3% ينتمون إلى الفئة العمرية (من 25 إلى 35 سنة)، وهم شباب في مقتبل العمر، يليهم العاملون من ذوي الفئة العمرية (من 35 سنة إلى أقل من 45 سنة) ويمثلون 30% من عينة الدراسة، ثم في المرتبة الثالثة نجد العاملون من فئة أقل من 25 سنة وهو ما يشكل 14.6% من عينة البحث، فيما تمثل الفئة من 45 سنة إلى ما فوق الـ 55 سنة ما نسبته 13%، ويعود كون غالبية العاملين بالمؤسسة من الفئة العمرية (من 25 إلى 35 سنة) بالنظر إلى طبيعة المهن الطبية التي تقتضي مستوى معيناً من الدراسة والتكوين، خاصة بالنسبة لشبه الطبيين حيث كانت في السابق متاحة لطلاب القسم النهائي من المرحلة الثانوية فيما تم رفع المستوى فيما بعد إلى شرط الحصول على شهادة البكالوريا والخضوع لتكوين وتربص مهني لا يقل عن السنتين وبالاطلاع على الاحصائيات المقدمة من طرف المديرية العامة للوظيفة العمومية والإصلاح الإداري بتاريخ 31 ديسمبر 2019 نجد التوزيع الخاص بعينة الدراسة يتوافق إلى حد كبير مع الاحصائيات الخاصة بالفئات العمرية للموظفين العموميين وهي موزعة حسب السن وفق الفئات التالية:

الشكل رقم(31): أعمدة بيانية توضح توزيع المنتسبين للتوظيف العمومي وفق الفئات العمرية



المصدر: (المديرية العامة للتوظيف العمومية والاصلاح الاداري ، 2020).

3- متغير السلك الوظيفي:

قبل تقديم القراءة التحليلية للبيانات الكمية الخاصة بالجدول رقم(08)،لابد أولا من الإشارة إلى المادة 6 من قانون الوظيفة العمومية حيث تنص على أن " السلك يجمع مجموعة من الموظفين الذين ينتمون إلى رتبة أو عدة رتب ويخضعون لنفس القانون الأساسي الخاص". (الجريدة الرسمية الجزائرية، 2006، صفحة 04).

وبالعودة للجدول تظهر البيانات الإحصائية أن ما نسبته 65.4% من مفردات العينة يمثلون السلك الشبه الطبي في الصحة العمومية، في مقابل 21.5% يشكلون الاسلاك المشتركة وهم العاملين في الإدارة فقط بالنسبة لموضع بحثنا الحالي، فيما تمثل فئة سلك الممارسين الطبيين الرتبة الثالثة بنسبة 13.1% من عينة البحث. ويعود السبب في كون الأغلبية من عينة البحث تتمثل في شبه الطبيين في الصحة العمومية بالنظر لكون هاته الفئة هي الأغلبية في كل المؤسسات الصحية وهي مرتكز الخدمات الطبية وأساسها بالنظر إلى مسؤولياتهم وتخصصاتهم ومستوياتهم العلمية والتكوينية، فيما تمثل فئة الإداريين الرتبة الثانية من خلال وظائفها المتعلقة بتسيير وإدارة المؤسسات الصحية والقيام بالمهام المكتبية والإدارية، في حين تندرج فئة الممارسين الطبيين ممثلة في الأطباء العاميين والأخصائيين والنفسانيين والعياديين والصيدالدة في المرتبة الثالثة والأخيرة من حيث تعدادها، بالنظر لطبيعة المستوى التعليمي العالي الذي يجب ان يمتلكه المنتميين لهذا السلك الوظيفي، حيث لا يقل في جميع الأحوال عن 4 سنوات بالنسبة للأطباء النفسانيين والعياديين، فيما لا يقل بأي حال من الأحوال عن 7سنوات من الدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

الجامعية في تخصص الطب بالنسبة للأطباء العامين، ولا يقل عن 5 سنوات بالنسبة للصيادلة، وتشكل هذه الفئة نخبة وزبدة القطاع الصحي، وتلقى على عاتقهم المسؤوليات المباشرة المتعلقة بالتشخيص والعلاج والمتابعة للحالة الصحية للمرضى وتوفير الأدوية والوسائل الطبية اللازمة. كما ان احتياجات المؤسسة الصحية محل الدراسة من حيث الهيئة العاملة وفتح مسابقات التوظيف تركز على استقطاب الفئات المهنية الخاصة بالإداريين وشبه الطبيين أكثر مما هي عليه بالنسبة للممارسين الطبيين. وعلى المستوى الوطني فقد أشار وزير الصحة إلى أنه بعد وضع مؤسسات صحية جديدة حيز الخدمة تم فتح بعنوان سنة 2021 ، " مناصب جديدة شملت 1800 ممارس مختص و600 طبيب عام ، 9150 شبه طبي ، 500 عون اداري " وكذا " 130 متصرف و100 أخصائي نفسي و100 بيولوجي و1400 أعوان متقاعدین " الى جانب " 12 ألف في إطار ادماج حاملي الشهادات الجامعية ". (المجلس الشعبي الوطني، 2020) وهو ما يدخل ضمن استراتيجية قطاع الصحة من أجل تدعيم الهياكل والمنشآت الصحية بالقوى العاملة الصحية والكوادر الطبية التي من شأنها تعزيز وترقية الخدمات الصحية.

4- متغير الخبرة المهنية:

تبين الشواهد الرقمية للجدول رقم (08) أن ما نسبته 32.3% من عينة الدراسة تمتلك خبرة مهنية ضعيفة تقدر بأقل من 5 سنوات، وذلك بالنظر لعملية إدماج عقود ما قبل التشغيل التابعين لقطاع الصحة وفق المادة 9 من المرسوم التنفيذي رقم 19-336 المؤرخ في 8 ديسمبر 2019 والخاص بإدماج المستفيدين من جهاز الادماج الاجتماعي للشباب حاملي الشهادات في جهاز المساعدة على الإدماج المهني، والذي ينص على ترسيم كل العاملين في إطار عقود ما قبل التشغيل ضمن المؤسسات التي يعملون فيها، وبالتالي فقد تم إدماجهم في مناصب تتوافق مع مستواهم العلمي وشهاداتهم، بالإضافة إلى تزايد مسابقات التوظيف الخارجية للسلك الإداري وشبه الطبي خلال الخمس سنوات الأخيرة وذلك في إطار مسعى الدولة لتحسين المنظومة الصحية وإمدادها بالكفاءات والموارد البشرية ، في المقابل نجد ان ما نسبته 30.5% يمتلكون خبرة مهنية تتراوح بين 5 إلى أقل من 10 سنوات، وذلك لكون العديد من العمال الإداريين وشبه الطبيين قد بدأوا العمل بالمؤسسة وفق عقود ما قبل التشغيل التي تعود في بدايتها لسنة 2011 حيث تشكل الهيئة الوظيفية ضمن المستشفى من عدد لا بأس به من هاته الفئة والتي تم إدماجهم وفق المنشور الرئاسي سابق الذكر الخاص بإدماج عقود ما قبل التشغيل حيث قسم لثلاث فئات: الفئة الأولى وهم العاملين الذين أثبتوا خبرة مهنية تفوق 8 سنوات إلى غاية 31 نوفمبر 2019 ، والفئة الثانية هم العاملين في إطار عقود ما قبل التشغيل والذين أثبتوا

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

خبرة مهنية تصل إلى 6 سنوات إلى غاية 2020 ثم الفئة الثالثة وهم الذين أثبتوا خبرة مهنية تساوي أو تفوق السنتين.

في تشكل الفئة من 10 إلى أقل من 15 سنة ما نسبته 18.5%، فيما يمثل العاملين الذين تتراوح مدة خبرتهم من 20 سنة وأكثر ما قيمته 10.8% إي في المرتبة الرابعة ويحتل الذين تتراوح خبرتهم وأقدميتهم المهنية من 15 إلى أقل من 20 سنة المرتبة الأخيرة بنسبة 7.7% من عينة الدراسة

5- متغير الراتب الشهري:

تطلعنا الشواهد الكمية للجدول رقم (08) ان أغلبية العاملين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بالمليية يتقاضون راتبا شهريا يتراوح بين 30 ألف و45 ألف دينار جزائري بنسبة 66.9% من عينة الدراسة، فيما تمثل نسبة من يبلغ راتبهم الشهري أقل من 30 ألف دينار أو ما بين 45 ألف إلى أقل من 60 ألف دينار جزائري ما نسبته 14.6% لكل منهما، وتبقى أقل فئة بنسبة 3.8% من مجموع العينة هي التي تتقاضى 60 ألف دينار جزائريا فأكثر، ومن خلال النسب المئوية الموضحة نستنتج أن الأجور في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لا تختلف عن أجور المؤسسات العمومية الخدمائية، إذ تعتبر هذه الأخيرة قطاعا غير منتجا ويتحصل على موارده من ميزانية التجهيز وأجور موظفيه من خزانة الدولة مباشرة ضمن ميزانية التسيير المخصصة لوزارة الصحة، وهنا تجدر الإشارة إلى ان سلم الأجور في الجزائر خاضع لمعايير وضوابط بموجب القانون ، وتكون وفق الرتبة العلمية والشهادة والتكوين المحصل عليهما بالإضافة للأقدمية وعدد الأولاد، وتصنف وفق النقطة الاستدلالية لكل منصب ، كما ان الحد الأدنى للأجور محدد قانونيا ب18 ألف دج

وبالاطلاع على قانون الوظيف العمومي المحدد لسلم الأجور للوظائف الإدارية مثلا نلاحظ: أن كل الموظفين المصنفين في الرتبة 14 سواء كان متصرف رئيسي او وثائقي امين محفوظات رئيسي موظف حديثا لا يتعدى أجره مبلغ ال3415970 دج، في حين أن في ان الموظفين الاداريين الذي ينتمون للصنف 13 اجرهم يكون مساويا ل3231020 دج وذوو الصنف 12 راتبهم 3054500 والصنف 11 لا يتجاوز راتبه عند التوظيف لأول مرة 2886920 دج والصنف 10 بما فهم ملحق رئيسي للإدارة وكاتب مديرية رئيسي ومحاسب إداري رئيسي ومساعد وثائقي حسب الوظيف العمومي أجرهم عند التوظيف يساوي 2572075 دج أما ملحق الادارة فهو في الصنف 9 وراتبه يبلغ 2401900 دج وأصحاب الصنف 8 راتبهم يساوي 2268125 والصنف 7 عون الادارة يتقاضى راتبا شهريا يقدر ب2117360 دج والكاتب يكون ضمن الصنف 6 وراتب شهري لا يتعدى ال2057165 دينارا جزائريا.(معيار الأجور قبل زيادات سنة 2022)

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

وفي ظل الواقع الاقتصادي والاجتماعي السائد خاصة في ظل تأثيرات جائحة كورونا والكساد الإقتصادي الناتج عنه، فقد عرفت الجزائر كغيرها من الدول انهيارا في العملة الوطنية وتضخما في قيمة الدينار الجزائري، وهو الأمر الذي يسمح لنا بالقول أن تقاضى الأغلبية لأجر أقل من 45 ألف دينار يعد مؤشرا على ضعف الأجور، وعدم كفايتها لتلبية احتياجات الموظفين والمواطنين، بالنظر للغلاء الفاحش لمختلف مستلزمات الحياة اليومية للمواطنين، وهو ما أكدته إجابات المبحوثين بخصوص الأسئلة المتعلقة بالأجر في الاستبيان فيما بعد، ولذلك فقد لجأت الدولة لإلغاء الضريبة على الدخل لمن يقل اجرهم عن 30 ألف دينار جزائريا، ورفع النقطة الاستدلالية، لكن الأمر يبقى غير كافي في ظل التضخم والغلاء السائدين.

هذا وقد إرتأينا أنه من الأحسن الاستعانة ببعض الجداول المركبة حول بعض المتغيرات الشخصية والوظيفية، من أجل كشف طبيعة العلاقة بين هذه المتغيرات، وكيف تتأثر كل خاصية من خصائص عينة الدراسة بطبيعة المتغيرات الشخصية أو الوظيفية الأخرى، بناء على النتائج المحصل عليها بعد الدراسة الميدانية، وبالاستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

الجدول رقم (09) العلاقة بين متغير الجنس والسلك الوظيفي

المجموع		الممارسين الطبيين في الصحة العمومية	شبه الطبيين في الصحة العمومية	الأسلاك المشتركة (الإدارة)	السلك الوظيفي الجنس	
					ن	%
22	%	4	13	5	ن	ذکر
					16.9%	3.1%
108	%	13	72	23	ن	أنثى
					83.1%	10%
130	%	17	85	28	ن	المجموع
					100%	13.1%

المصدر: من إنجاز الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

من خلال الشواهد الكمية للجدول (09) يتضح كما أشرنا سابقا ان ما نسبته 65.4% هم من فئة شبه الطبيين للصحة العمومية المؤسسة، وفي نفس الوقت فان عدد الإناث بالنسبة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

لمجموع مفردات العينة الخاضعة للدراسة يقدر بـ 83.1%، وبالاطلاع على الجدول المبين أعلاه يتبين ان ما نسبته 55.4% من سلك شبه الطبي بالمؤسسة هن من فئة الاناث ، وهو ما يدعم المقولة السابقة بان الاناث هن أكثر الفئات اتجاها نحو الوظائف الطبية وشبه الطبية ، وهو الامر الذي يلاحظ أيضا بالنسبة لعدد الاناث المسجلين في التخصصات الطبية على مستوى كليات الطب والصيدلة وشبه الطبية على مستوى مدارس شبه الطبي.

الجدول رقم (10) العلاقة بين السلك الوظيفي والخبرة المهنية

المجموع	من 20 فما فوق	من 15 إلى أقل من 20	من 10 إلى أقل من 15	من 5 إلى أقل من 10	أقل من 5 سنوات	الخبرة المهنية / السلك الوظيفي		
						ن	%	
	28	5	5	5	10	3	ن	الأسلاك المشتركة (الإدارة)
	21.5%	3.8%	3.8%	3.8%	7.7%	2.3%	%	
	85	8	4	13	25	35	ن	شبه الطبيين في الصحة العمومية
	65.4%	6.2%	3.1%	10%	19.2%	26.9%	%	
	17	1	1	6	5	4	ن	الممارسين الطبيين في الصحة العمومية
	13.1%	0.8%	0.8%	4.6%	3.8%	3.1%	%	
	130	14	10	24	40	42	ن	المجموع
	100%	10.8%	7.7%	18.5%	30.8%	32.3%	%	

المصدر: من إنجاز الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

بناء على بيانات الجدول المدون أعلاه لا بأس أن نذكر بأن ما نسبته 32.3% من المنتسبين للمؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية هم موظفين جدد ويمتلكون خبرة مهنية أقل من 5 سنوات يليهم ذو خبرة من فئة 5 إلى أقل من 10 سنوات بنسبة 30.8%، وفي نفس الوقت فإن أغلبية هؤلاء هم من فئة شبه الطبيين في الصحة العمومية وذلك بنسبة قدرها 46.1%، وإذا علمنا ان المؤسسة بالأساس تمتلك ما يعادل 356 مفردة من الطاقم شبه الطبي أي بنسبة 53.12% من العدد الإجمالي للموظفين والعمال بالمؤسسة فإن عدد العينة الممثلة لهاته الفئة ضمن عينة البحث الحالي هي 65.4%، وبالنظر لما تناولناه سابقا فإن تفسير كون غالبية العاملين شبه الطبيين يمتلكون خبرة مهنية قليلة نسبيا ولا تتجاوز الـ 10 سنوات يعود بالدرجة الأولى لاحتياجات المؤسسة لدعم طاقمها الصحي بالمزيد من الكوادر شبه الطبية لتلبية الاحتياجات المتزايدة لسكان المدينة في مجال الرعاية والاهتمام الصحي بالمرضى في المستشفى وهي ضرورة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

يملها التزايد السكاني في المنطقة وبالتالي الاستجابة المرافقة لذلك من خلال رفع الطاقة الاستيعابية للمستشفى من حيث الاسرة و اليد العاملة المؤهلة أيضا في السنوات العشر الأخيرة.

الجدول رقم (11) العلاقة بين متغير السلك الوظيفي والراتب الشهري

المجموع		من 60000 دج فما فوق	من 45000 دج إلى أقل من 60000 دج	من 30000 دج إلى أقل من 45000 دج	أقل من 30000 دج	الراتب الشهري	
%	ن					السلك الوظيفي	
	28	0	1	14	13	ن	الاداريين
%21.5		/	%0.8	%10.8	%10	%	
	85	2	6	71	6	ن	شبه الطبيين
%65.4		%1.5	%4.6	%54	%4.6	%	
	17	3	12	2	0	ن	الممارسين الطبيين
%13.1		%2.3	%9.2	%1.5	/	%	
	130	5	19	87	19	ن	المجموع
%100		%3.8	%14.6	%66.9	%14.6	%	

المصدر: من إنجاز الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

ان التفسير المنطقي لكون أغلبية الأجور تدخل ضمن الأقل من 45 ألف دينار جزائري بنسبة 81.5% يعود بالأساس لكون النسبة الأكبر من العاملين في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة هم في الغالب من فئة شبه الطبيين بنسبة 65.4%، يليهم العاملين في السلك الإداري حيث نجد أن الذين يتقاضون راتبا يقل عن 45 ألف دينار يمثلون 20.8% وبالعودة إلى سلم الأجور للتوظيف العمومي نجد على سبيل المثال وحسب كشف الراتب لطبيب عام جديد عازب بدون أولاد انه ضمن الصنف 16 والرقم الاستدلالي 713 أجره الصافي 5342297 دج، في حين كل من الصيدلي العام وجراح الأسنان ضمن الصنف 13 والرقم الاستدلالي 578 والراتب الصافي 4352338 دج، وكل من عون رعاية الاطفال للصحة العمومية ومساعد جراح للصحة العمومية يوجدان ضمن الصنف 8 الرقم الاستدلالي 379 الراتب 3056008، أمت الممرض الحاصل على شهادة دولة الصنف 10 الرقم الاستدلالي 453 الراتب 3229704 ممرض للصحة العمومية /شعبة العلاج الصنف 11 الرقم الاستدلالي 498 الراتب 3857796. ممرض متخصص

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

للصحة العمومية ال صنف 12 النقطة الاستدلالية 537 الراتب 4316496. ممرض ممتاز للصحة العمومية /شعبة العلاج الصنف 13 الرقم الاستدلالي 578 الراتب 4559652.

الجدول رقم (12): العلاقة بين متغير الخبرة المهنية والسن

المجموع	السن						الخبرة المهنية
	أقل من 25 سنة	من 25 إلى 35 سنة	من 35 إلى 45 سنة	من 45 إلى 55 سنة	من 55 سنة فما فوق	ن	
ن	18	25	14	2	2	42	أقل من 5 سنوات
%	13.8%	19.2%	10.8%	1.5%	1.5%	32.3%	%
ن	1	4	5	0	0	40	من 5 إلى أقل من 10 سنوات
%	0.8%	3.1%	3.8%	0%	0%	30.8%	%
ن	0	7	13	4	0	24	من 10 إلى أقل من 15 سنة
%	0%	5.4%	10%	3.1%	0%	18.5%	%
ن	0	4	5	1	0	10	من 15 إلى أقل من 20 سنة
%	0%	3.1%	3.8%	0.8%	0%	7.7%	%
ن	0	1	5	4	4	14	أكثر من 20 سنة
%	0%	0.8%	3.8%	0.8%	3.1%	10.8%	%
ن	19	55	39	11	6	130	المجموع
%	14.6%	42.3%	30%	8.5%	4.6%	100%	%

المصدر: من إنجاز الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

بالعودة للشواهد الرقمية الخاصة بالجدول أعلاه رقم (12) يتضح ان نسبة 32.3% من مفردات العينة يمتلكون خبرة معنية لا تتعدى ال 5 سنوات في مقابل 42.3% تتراوح أعمارهم ما بين 25 وأقل من 35 سنة، وبالعودة لنقاط التقاطع بين الخاصية الشخصية المتعلقة بالسن والخاصية الوظيفية المتعلقة بالخبرة فإننا نكتشف ان من يبلغون من العمر 25 سنة مثلا لا يمكن بأي حال من الأحوال ان تتجاوز خبرتهم ال 7 سنوات على أقصى تقدير وذلك واضح من خلال الجدول ويعود بالأساس لكون الدولة الجزائرية لا تسمح بتوظيف من يقلون عن 18 سنة اذا افترضنا ان أصغر عامل قد وظف في عمر 18 سنة بالنسبة لعمال السلك الإداري، أما السلك الطبي فأصغرهم لا يمكن ان يقل عمره عن 23 سنة بحكم مدة الدراسة الجامعية، اما الفئة الثانية فهي تمثل من تتراوح أعمارهم بين (25 إلى أقل من 35 سنة) ويمتلكون خبرة مهنية بين (5 إلى أقل من 10 سنوات) بنسبة 19.2% تلهم الفئة التي تمتلك أقدمية تساوي (10 إلى أقل من 15 سنة) ويبلغون من العمر (35 إلى أقل من 45 سنة) وذلك بنسبة 10%.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

الجدول رقم (13) العلاقة بين متغير الراتب الشهري والخبرة المهنية

المجموع		الخبرة المهنية						الراتب الشهري
ن	%	من 20 سنة فأكثر	من 15 إلى أقل من 20 سنة	من 10 إلى أقل من 15 سنة	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	أقل من خمس سنوات		
19		1	2	3	8	5	ن	أقل من 30000 دج
	%14.6	%0.8	%1.5	%2.3	%6.2	%3.8	%	
87		6	5	15	28	33	ن	من 30000 دج إلى أقل من 45000 دج
	%66.9	%4.6	%3.8	%11.5	%21.5	%25.4	%	
19		6	0	5	4	4	ن	من 45000 دج إلى أقل من 60000 دج
	%14.6	%4.6	/	%3.8	%3.1	%3.1	%	
5		1	3	1	0	0	ن	من 60000 دج فما فوق
	%3.8	%0.8	%2.3	%0.8	/	/	%	
130		14	10	24	40	42	ن	المجموع
	%100	%10.8	%7.7	%15.8	%30.8	%32.3	%	

المصدر: من إنجاز الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

وفق الجدول (13) فإن الأجر يتوافق مع الخبرة فرغم ان الاجر القاعدي محدد للموظف الجديد حسب الشهادة والمؤهل الذي يمتلكه، لكنه فيما بعد يرتبط بعوامل أخرى من شأنه الرفع فيه كسنوات الخبرة والاقدمية، وعدد الأولاد من خلال منح الأطفال والتمدرس، بالإضافة للطبيعة القانونية لعلاقة العمل إما متعاقد أو موظف دائم، حيث بلغ تعداد الموظفين في الجزائر إلى غاية 31 ديسمبر 2019 وفق الاحصائيات المركز الوطني الجزائري للإحصائيات قد قدر ب 2160836 موظف وعون عمومي، ويقسمون حسب عقودهم إلى 1691828 موظف دائم و 469008 عون متعاقد. وللعلم فإن ان الاعوان المتعاقدين يتقاضون اجرا أقل من 30 ألف بموجب القانون سواء بالنسبة للإداريين او سلك شبه الطبي حيث بالنسبة لمن يمتلكون شهادة جامعية اجرهم وفق عقود ما قبل التشغيل هو 15 ألف دينار شهريا.

4. مصادر وأدوات جمع البيانات.

1.4. مصادر جمع البيانات:

إن القيام بإجراء بحث ميداني حول أي موضوع من المواضيع الخاصة بسوسيولوجيا التنظيم لا يمكن ان يتم دون اللجوء إلى القراءة الأولية حول الموضوع، والمواضيع المشابهة والمتقاطعة معه، من أجل تحديد موضوع الدراسة بدقة، وحصره في مجال التخصص العلمي للباحث، والامكانيات المتاحة تقنيا، زمنيا، مكانيا، وماديا، وتقسم مصادر جمع المعلومات والبيانات لقسمين:

1.1.4. المصادر الثانوية:

يعد الإطار النظري للبحوث العلمية بمثابة المدخل المنهجي للبحث، حيث من شأنه ان يزود الباحث برؤية أكثر وضوحا وموضوعية حول الموضوع الذي يرغب في دراسته، كما من شأنها ان تعطي الباحث نظرة أولية عن مجالات البحث ذات الصلة بموضوعه، خاصة في ظل سلسلة التراكم المعرفي للمعرفة والعلم. ويمكن الحصول على البيانات الأولية من خلال الاطلاع على الكتب والمجلات والدوريات والمنشورات والدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع المراد البحث فيه، وفي ظل التقدم العلمي والتكنولوجي السائد، فقد أصبحت المعرفة متاحة للجميع ودون مقابل في غالب الأحيان، حيث تتيح شبكة الانترنت فرصة الاطلاع على الأبحاث القديمة والحديثة، والتطورات العلمية المستجدة والندوات العلمية والقرارات الدولية والمحلية، والابتكارات والمفاهيم الحديثة.

2.1.4. المصادر الأساسية:

أما المصادر الأساسية فهي تمثل جملة البيانات والمعلومات الرئيسية التي تم الحصول عليها من ميدان الدراسة مباشرة، كإطار الملاحظة وجملة المقابلات التي يجريها الباحث في المؤسسة المعنية بالبحث الإمبريقي، والاجابات المحصل عليها من المبحوثين من خلال تقنية الاستبيان، والتي تمثل معطيات أساسية يتم تحويلها لبيانات كمية من خلال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS، وما يتيح هذا البرنامج من فرصة للباحث بتحليل البيانات احصائيا، واختبار الفرضيات من خلال اختيار المعاملات الإحصائية المناسبة لموضوع الدراسة.

2.4. أدوات جمع البيانات

إن القيام بإجراءات الدراسة الميدانية حول أي موضوع سوسيولوجي يتطلب من الباحث الاستعانة بجملة من الأدوات والتقنيات التي يتم التركيز على بعضها دون اهمال الاخرى بناء على طبيعة الموضوع المدروس ونوعية المعلومات المراد تحصيلها من ميدان الدراسة، حيث تعرف (مادلين غراوتز) أدوات جمع البيانات على انها التقنيات التي يستخدمها الباحث من أجل

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

جمع وتحصيل المعلومات الخاصة بموضوع دراسته، وتتميز هذه الأدوات والتقنيات بأنها تكمل بعضها البعض ولا يمكن الاكتفاء بتقنية واحدة فقط، كما تعد خطوة علمية ضرورية لا يمكن الاستغناء عنها في أي بحث اجتماعي. (Grouitz, 1983, p. 241)

1.2.4. الإستبانة ومراحل إعدادها:

الصورة الأولى لأداة الدراسة: تم تصميم الإستبيان بصورته الأولى قبل عرضه للتحكيم وتجريبه على جزء من المبحوثين وكان يحتوي على 80 سؤالاً موزعة على ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: العبارات الشخصية من العبارة رقم 1 إلى العبارة رقم 6

الجزء الثاني: العبارات الخاصة بالمتغير المستقل (الحوكمة الصحية) 36 عبارة

الجزء الثالث: العبارات الخاصة بالمتغير التابع (المسؤولية الاجتماعية) يضم 38 عبارة

الصورة النهائية لأداة الدراسة: بعد إجراءات التعديلات بناء على ملاحظات الأساتذة المحكمين وملاحظة إجابات العينة التجريبية بعد توزيع الاستمارات التجريبية تم ضبط الاستمارة في شكلها النهائي وتقليص عدد الأسئلة المعبرة عن موضوع الدراسة من 80 سؤال إلى 70 سؤال. (انظر الملحق رقم 04)

الجدول رقم (14): توزيع الفقرات على محاور الاستبيان بعد التعديل:

المحاور	عدد الفقرات	امتداد الفقرات
المحور الأول: البيانات الشخصية	5	من العبارة 1 إلى العبارة 5
المحور الثاني: الحوكمة الصحية	35	من العبارة 6 إلى العبارة 39
المحور الثالث: المسؤولية الاجتماعية	30	من العبارة 40 إلى العبارة 70
المجموع	70	

المصدر: من إعداد الباحثة.

2.2.4. إختيارات أداة الدراسة: ان الحكم على مدى ملائمة الاستبيان للتطبيق على عينة الدراسة وتناسبه مع مؤشرات قياس أبعاد متغيرات الدراسة لا يتم إلا من خلال القيام بمجموعة من الاختبارات الإحصائية، التي من شأنها الكشف عن مدى صدق الاستبيان وثباته.

1.2.2.4. صدق أداة الدراسة: يعبر صدق الاستبيان على كونه صالحاً للدراسة من خلال

خضوعه لتحكيم المحكمين، والتجريب الأولي على جزء من مجتمع البحث، على ان تتطابق خصائص الفئة التجريبية مع خصائص عينة الدراسة. وبناء على ذلك فقد قامت الباحثة بالتوزيع العشوائي ل 30 استمارة على بعض أفراد مجتمع الدراسة، بعد عرضه على الأساتذة المحكمين من أجل معرفة الصدق الظاهري للاستبيان، وهو يعبر عن مدى توافق محتوى الاستبيان مع الأسئلة المتعلقة بمؤشرات الدراسة وأبعادها، وكذا البحث عن الصدق البنائي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

من خلال الكشف عن معامل الصدق الداخلي او البنائي عبر معامل الارتباط بيرسون، ثم قياس ثبات الأداة عبر معامل ألفا كرونباخ ومعامل الصدق التريبيعي.

1.1.2.2.4. صدق المحتوى أو الصدق الظاهري:

من أجل البحث عن الصدق الظاهري لأداة الدراسة، قامت الباحثة بعرض الاستبيان على الأستاذ المشرف، ومجموعة من الأساتذة المحكمين ضمن تخصص علم الاجتماع، ووفق ملاحظاتهم واقتراحاتهم فقد تم تعديل العديد من أسئلة الاستبيان الاولي، إذ تم التخلي عن الأسئلة التي تحمل نفس المعنى، والأسئلة المركبة، وبعد أن كان الاستبيان يضم 80 سؤالاً بما في ذلك أسئلة البيانات الشخصية، تم تقليص محتواه ل 70 سؤالاً ذو صلة مباشرة بالموضوع. والجدول أدناه يتضمن قائمة الأساتذة المحكمين للاستبيان.

جدول رقم (15): أسماء المحكمين ودرجاتهم العلمية وإنتمائهم الأكاديمي.

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة
إسماعيل قيرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة سكيكدة
بوجمعة كوسة	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف 2
إبراهيم بوالفلفل	أستاذ التعليم العالي	جامعة جيجل
فضيلة سيساوي	أستاذ محاضر أ	جامعة جيجل
لويزة مصيبح	أستاذ محاضر ب	جامعة سكيكدة

2.1.2.2.4. صدق الإتساق الداخلي:

يهدف معرفة درجة الإتساق الداخلي لبنود الإستبانة قامت الباحثة بحساب درجة إرتباط كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه بالنسبة لكلا المتغيرين وكذلك معاملات إرتباط كل بعد والدرجة الكلية للأداة كما هو موضح بالجدول التالية:

1.2.1.2.2.4. صدق الاتساق الداخلي لعبارات متغير الحوكمة الصحية

جدول رقم (16): معاملات إرتباط عبارات بعد (الإفصاح والشفافية) مع الدرجة الكلية للبعد.

الدلالة	معامل الارتباط	بعد (الإفصاح و الشفافية)
0.00	**0.602	6-تطلعكم المؤسسة على معايير تقييم ادائكم.
0.00	**0.616	7- تفصح المؤسسة عن معايير الترقية لموظفيها بوضوح.
0.00	**0.585	8- سبق لك الاطلاع على صفحة المؤسسة على موقع الفايسبوك
0.00	**0.314	9- تنشر المؤسسة المعلومات الخاصة بها بانتظام على حسابها الالكتروني.
0.00	**0.598	10- تفصح المؤسسة في الوقت المناسب عن المعلومات المتعلقة بالرقابة الداخلية.
0.00	**0.339	11- تفصح المؤسسة عن معايير الكفاءة المعتمدة في التوظيف.
0.00	**0.618	12- تتسم التقارير الصحية التي تنشر من قبل المؤسسة بالشفافية.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS. **دالة عند مستوى الدلالة 0.01 يشير الجدول رقم (16) إلى أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الأول المتعلق ببعده (الإفصاح والشفافية) من محور الحوكمة الصحية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان الحد الأدنى لمعامل الارتباط بيرسون مساوياً لـ 0.314 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة 9 التي مضمونها: تنشر المؤسسة المعلومات الخاصة بها بانتظام على حسابها الالكتروني. والحد الأعلى مساوياً لـ 0.618 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق الأمر بعبارة تتسم التقارير الصحية التي تنشر من قبل المؤسسة بالشفافية. وعليه فإن جميع فقرات البعد الأول وهو (الإفصاح والشفافية) من محور الحوكمة الصحية متسقة داخليا مع البعد الذي تنتهي إليه، وهذا صدق الاتساق الداخلي لفقرات هذا البعد.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

جدول رقم (17) معاملات إرتباط عبارات بعد (إدارة المخاطر الصحية) مع الدرجة الكلية للبعد.

الدلالة	معامل الارتباط	بعد إدارة المخاطر الصحية
0.00	**0.492	13- استفدت من دورات تكوينية في مجال الصحة
0.00	**0.594	14- تعمل المؤسسة على تعزيز إدارة المخاطر.
0.03	**0.186	15- تتوفر المؤسسة على الامكانيات اللازمة لمكافحة العدوى المكتسبة من المستشفيات.
0.00	**0.628	16- تقوم المؤسسة بحملات التوعية حول الوقاية من الامراض المعدية.
0.00	**0.508	17- تتوفر المؤسسة على نظام معلوماتي لحفظ البيانات الصحية للمرضى
0.00	**0.520	18- تمتلك المؤسسة فرق خاصة بالبحث في الصحة والأمراض والأوبئة.
0.00	**0.365	19- تتوفر المؤسسة على خلية لمواجهة الطوارئ الصحية.
0.00	**0.257	20- تشجع المؤسسة مواردها البشرية على المشاركة في المشاريع البحثية الصحية.
0.00	**0.618	21- تشجع المؤسسة مواردها البشرية على المشاركة في المشاريع البحثية الصحية.
0.00	**0.55	22_ تتوفر المؤسسة على مخابر بحث مجهزة بأحدث التقنيات الطبية.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS. **دالة عند مستوى الدلالة 0.01 يشير الجدول رقم (17) إلى أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الثاني المتعلق بإدارة المخاطر الصحية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان الحد الأدنى لمعامل الارتباط بيرسون مساوياً لـ 0.55 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة 22 والتي تقول: تتوفر المؤسسة على مخابر بحث مجهزة بأحدث التقنيات الطبية. والحد الأعلى مساوياً لـ 0.628 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة رقم 16 والتي فحواها: تقوم المؤسسة بحملات التوعية حول الوقاية من الأمراض المعدية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

وعليه فإن جميع فقرات البعد الثاني من المحور الأول متسقة داخليا مع البعد الذي تنتهي إليه، وهذا ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات هذا البعد.

جدول رقم (18): معاملات إرتباط عبارات بعد (جودة الخدمات الصحية) مع الدرجة الكلية للبعد.

الدلالة	معامل الارتباط	بعد جودة الخدمات الصحية
0.00	**0.774	23- تعمل المؤسسة على التحسين المستمر لنوعية خدماتها الصحية.
0.00	**0.782	24- تقدم المؤسسة مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى
0.00	**0.674	25- تقوم المؤسسة بعمليات تقييم دورية للخدمات الصحية المقدمة.
0.04	**0.206	26- يمتلك العاملون بالمؤسسة مهارات عالية في التعامل مع المرضى.
0.00	**0.688	27- تتوفر المؤسسة على الإمكانيات اللازمة للتكفل الصحي بالمرضى.
0.00	**0.383	28- يتم التكفل بالمرضى في الوقت المناسب.
0.00	**0.624	29- تسود بالمؤسسة ثقافة الالتزام التنظيمي.
0.00	**0.679	30- تهتم المؤسسة بالجانب النفسي للمرضى.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS. **دالة عند مستوى الدلالة 0.01 يشير الجدول رقم (18) إلى أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الثالث وهو جودة الخدمات الصحية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان الحد الأدنى لمعامل الارتباط بيرسون مساويا لـ 0.206 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة 26 لا يمتلك العاملون بالمؤسسة مهارات عالية في التعامل مع المرضى. والحد الأعلى مساويا لـ 0.782 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة 24: تقدم المؤسسة مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى.

وعليه فإن جميع فقرات البعد الثالث من المحور الأول المتعلق بالحوكمة الصحية متسقة داخليا مع البعد الذي تنتهي إليه، وهذا ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات هذا البعد.

جدول رقم (19): معاملات إرتباط عبارات بعد (جودة الحياة الوظيفية) مع الدرجة الكلية للبعد.

الدلالة	معامل الارتباط	بعد جودة الحياة الوظيفية
0.00	**0.485	31- لا تفكر في تغيير مؤسسة عملك .
0.00	**0.726	32- تعمل المؤسسة على تلبية احتياجاتك المعنوية.
0.00	**0.663	33- تشجع بيئة العمل المادية العاملين على الأداء الجيد.
0.00	**0.729	34- تعمل إدارة المستشفى على تعزيز عوامل الانجاز لدى العاملين بها.
0.00	**0.633	35- تسهر المؤسسة على توفير ظروف عمل ملائمة لفرق المناوبة خلال المداومات الليلية.
0.00	**0.616	36- تشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة بتنظيم العمل الصحي في مؤسستك.
0.00	**0.710	37- يتوافق الاجر الذي تتقاضاه مع الجهود المبذولة في العمل داخل المؤسسة.
0.00	**0.544	38- تعمل المؤسسة على الصيانة الدورية للأجهزة والعتاد الطبي.
0.00	**0.640	39- تضمن المؤسسة حصولكم على الخدمات الاجتماعية المناسبة لاحتياجاتكم.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS. **دالة عند مستوى الدلالة 0.01 إن الدلالات الإحصائية للجدول (19) تدل على أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الرابع وهو جودة الحياة الوظيفية من المحور الأول المتعلق بالحوكمة الصحية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان الحد الأعلى لمعامل الارتباط بيرسون مساوياً لـ 0.729 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة 34: تعمل إدارة المستشفى على تعزيز عوامل الانجاز لدى العاملين بها، والحد الأدنى مساوياً لـ 0.485 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة 31: لا تفكر في تغيير مؤسسة عملك.

وعليه فإن جميع فقرات البعد الرابع المتعلق بجودة الحياة الوظيفية من المحور الأول متسقة داخليا مع البعد الذي تنتهي إليه، وهذا ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات هذا البعد.

2.2.1.2.2.4. صدق الاتساق الداخلي لعبارات متغير المسؤولية الاجتماعية

جدول رقم (20): معاملات إرتباط عبارات بعد (المسؤولية الاخلاقية) مع الدرجة الكلية

الدلالة	معامل الارتباط	بعد المسؤولية الاخلاقية
0.00	**0.718	40- تعمل المؤسسة على ترسيخ القيم الأخلاقية بين العاملين بها.
0.00	**0.685	41- تنتشر داخل المؤسسة ثقافة العمل التطوعي الخيري
0.00	**0.604	42- يلتزم العاملون داخل المؤسسة بالسرايطي بخصوص الحالة الصحية للمريض.
0.01	**0.279	43- تلتزم المؤسسة بتطبيق ميثاق أخلاقيات الصحة.
0.00	**0.584	44- تلتزم المؤسسة بتقديم خدمات صحية مجانية عالية المستوى.
0.00	**0.563	45- يلتزم العاملون بالمؤسسة بأخلاقيات المهنة.
0.00	**0.607	46- تعمل المؤسسة على نشر الوعي الصحي في المجتمع من خلال حملات التوعية التي تقوم بها.
0.01	**0.212	47- يحترم العاملون بالمؤسسة حقوق الأفراد في المعاملة الحسنة وفق حالاتهم الصحية والنفسية.
0.00	**0.531	48- عند ارتكاب مخالفات يتم الاحتكام لمجلس أخلاقيات المهنة .
0.00	**0.610	49- تهتم المؤسسة بتنمية رأسمالها البشري.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS. **دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ضمن الجدول (20) يتبين أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الأول المتعلق ببعد المسؤولية الاخلاقية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان الحد الأدنى لمعامل الارتباط بيرسون مساويا لـ 0.212 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة رقم 47 والتي مضمونها: يحترم العاملون بالمؤسسة حقوق الأفراد في المعاملة الحسنة وفق حالاتهم الصحية والنفسية، والحد الأعلى مساويا لـ 0.718 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة رقم 40 والتي فحواها تعمل المؤسسة على ترسيخ القيم الأخلاقية بين العاملين. وعليه فإن جميع فقرات البعد الأول المتعلق بالمسؤولية الأخلاقية متسقة داخليا مع البعد الذي تنتمي إليه، وهذا ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات هذا البعد.

جدول رقم (21): معاملات إرتباط عبارات بعد (المسؤولية القانونية) مع الدرجة الكلية للبعد.

الدلالة	معامل الارتباط	بعد المسؤولية القانونية
0.00	**0.371	50- تعمل المؤسسة على الإلتزام بالقوانين الخاصة بحقوق العاملين بها.
0.00	**0.614	51- تلتزم المؤسسة بالقوانين المتعلقة بالحفاظ على البيئة وحمايتها .
0.00	**0.656	52- يضمن قانون الصحة الحق في التعويض عن ساعات العمل الليلية.
0.00	**0.572	53- يتم الاحتكام إلى النصوص القانونية في حالة الأخطاء المهنية.
0.00	**0.284	54- تتوافق القوانين التنظيمية للمؤسسة مع خصوصية المجتمع الجزائري.
0.00	**0.680	55- يحدد قانون الصحة واجبات العاملين اتجاه المرضى.
0.00	**0.627	56- تعمل المؤسسة على تطبيق اجراءات حماية العاملين بها من الاخطار المهنية

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS. **دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وفق معطيات الجدول (21) فإن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الثاني المتعلق ببعد المسؤولية القانونية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان الحد الأدنى لمعامل الارتباط بيرسون مساوياً لـ 0.284 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة رقم 54 والتي مضمونها: تتوافق القوانين التنظيمية للمؤسسة مع خصوصية المجتمع الجزائري، والحد الأعلى مساوياً لـ 0.680 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة رقم 55 والتي فحواها: يحدد قانون الصحة واجبات العاملين اتجاه المرضى. وعليه فإن جميع فقرات البعد الثاني المتعلق بالمسؤولية القانونية التابعة للمحو الثاني متسقة داخليا مع البعد الذي تنتمي إليه، وهذا ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات هذا البعد.

جدول رقم (22): معاملات إرتباط عبارات بعد (المسؤولية البيئية) مع الدرجة الكلية للبعد

الدلالة	معامل الارتباط	بعد المسؤولية البيئية
0.00	**0.629	57- يحترم العاملون داخل المؤسسة الخصوصية الثقافية للمجتمع الجزائري.
0.00	**0.499	58- تلتزم المؤسسة بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية.
0.00	**0.389	59- تستخدم المؤسسة محاليل طبية صديقة للبيئة
0.00	**0.660	60- تعمل المؤسسة من أجل الحفاظ على البيئة من التلوث .
0.00	**0.561	61- تتوفر المؤسسة على المساحات الخضراء .
0.00	**0.660	62- تعمل المؤسسة على المشاركة في مبادرات تطوعية لنشر الوعي الصحي في المجتمع.
0.01	**0.160	63- تشجع المؤسسة العاملين على الانخراط في الفعاليات المتعلقة بالصحة والبيئة.
0.00	**0.569	64- يتضمن القانون الداخلي للمؤسسة مواد خاصة بالحفاظ على البيئة.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS. **دالة عند مستوى الدلالة 0.01. بالنسبة للجدول (22) يتضح أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الثالث المتعلق ببعد المسؤولية البيئية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان الحد الأدنى لمعامل الارتباط بيرسون مساويا لـ 0.314 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارتين رقم 63 والتي مضمونها: تشجع المؤسسة العاملين على الانخراط في الفعاليات المتعلقة بالصحة والبيئة، والحد الأعلى مساويا لـ 0.660 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارتين رقم 60 والعبارة رقم 62 والتي فحواهما على التوالي: تعمل المؤسسة من أجل الحفاظ على البيئة من التلوث، وتعمل المؤسسة على المشاركة في مبادرات تطوعية لنشر الوعي. وعليه فإن جميع فقرات البعد الثالث المتعلق بالمسؤولية البيئية متسقة داخليا مع البعد الذي تنتهي إليه، وهذا ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات هذا البعد.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

جدول رقم (23): معاملات إرتباط عبارات بعد (المسؤولية الاقتصادية) مع الدرجة الكلية للبعد.

الدلالة	معامل الارتباط	بعد المسؤولية الاقتصادية
0.00	**0.601	65- تعمل المؤسسة على ضمان استدامة وسائل العمل.
0.00	**0.372	66- يمكنك الاجر الذي تتقاضاه من تلبية احتياجاتك الاقتصادية.
0.00	**0.650	67- تضمن المؤسسة مجانية الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضى.
0.00	**0.589	68- تعمل المؤسسة على تحديث أجهزتها و اقتناء الوسائل الطبية المتطورة.
0.00	**0.545	69- تغطي ميزانية المستشفى تكاليف الدورات التدريبية للعاملين بها.
0.00	**0.356	70- تلتزم المؤسسة الصحية بالشفافية في عرض أوجه صرف الميزانية.

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS. **دالة عند مستوى الدلالة 0.01
يكشف الجدول رقم (23) أن جميع معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الرابع للمحور الثاني الخاص بالمسؤولية الاجتماعية والمتعلق بالمسؤولية الاقتصادية والدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان الحد الأدنى لمعامل الارتباط بيرسون مساوياً لـ 0.356 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة رقم 70: تلتزم المؤسسة الصحية بالشفافية في عرض أوجه صرف الميزانية. والحد الأعلى مساوياً 0.650 عند مستوى الدلالة 0.01، ويتعلق بالعبارة رقم 67: تضمن المؤسسة مجانية الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضى. وعليه فإن جميع فقرات البعد الرابع المتعلقة بالمسؤولية الاقتصادية المنتمي لمحور المسؤولية الاجتماعية متسقة داخليا مع البعد الذي تنتمي إليه، وهذا ما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات هذا البعد.

جدول رقم (24): يوضح الصدق الداخلي او البنائي لمحاور الاستبيان

الدلالة	معامل الارتباط	المحور
0.00	** 0.942	المحور الأول المتعلق بالحوكمة الصحية
0.00	**0.913	المحور الثاني المتعلق بالمسؤولية الاجتماعية

**دالة عند مستوى الدلالة 0.01

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

يبدو من خلال الجدول أن معامل الارتباط الكلي بين محاور الاستبيان دال عند مستوى الدلالة 0.01 وهو يوافق 0.942 بالنسبة لمحور الحوكمة الصحية، ويبلغ 0.913 بالنسبة لمتغير المسؤولية الاجتماعية وكما كانت قيمة معامل الارتباط أقرب إلى الواحد الصحيح كلما عبر ذلك على الصدق البنائي لمحاورة أداة الدراسة.

3.1.2.2.4. قياس ثبات أداة الدراسة (معامل ألفا كرونباخ):

يقصد به الحصول على نفس نتائج الدراسة عند إعادة تطبيق أداة الدراسة (الاستبيان) في ظل توفر نفس الشروط والظروف، وقامت الباحثة بحساب ثبات أداة الدراسة عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ لكل محور من محاور الأداة ولأداة ككل.

أما معامل الصدق فهو الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ، والنتائج موضحة في الجدول التالي: جدول رقم (25): معامل الثبات (ألفا كرونباخ) ومعامل الصدق لكل محور من محاور الاستبيان وأبعاده والاستبيان ككل.

المتغير	عدد العبارات أو الفقرات	معامل الثبات ألفا كرونباخ	معامل الصدق (الجذر التربيعي ألفا كرونباخ)	مستوى القياس
الحوكمة الصحية	34 فقرة من العبارة 6 إلى العبارة 39	0.857	0.925	جيد جدا
المسؤولية الاجتماعية	31 فقرة من العبارة 40 إلى العبارة 70	0.854	0.924	جيد جدا
الأداة ككل	65 فقرة من العبارة 6 إلى العبارة 70	0.915	0.956	ممتاز

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

يظهر من خلال هذا الجدول ان معامل الثبات ألفا كرونباخ بالنسبة لمحوري الدراسة مناسباً جداً للدراسة حيث بلغ 0.857 بالنسبة لمحو الحوكمة الصحية ويساوي 0.854 بالنسبة لمحو المسؤولية الاجتماعية، أما بالنسبة للأداة ككل فقد كان معامل ألفا كرونباخ يعادل 0.915 وكلما اقترب معامل ألفا كرونباخ من الواحد كلما كانت الأداة جيدة وتعبر عن ثبات عالي بالنسبة لأسئلة الاستبيان وهو الأمر الذي يسمح لنا بالقول ان الاستبيان أداة الدراسة يتسم بالثبات والصدق.

إجراءات التطبيق الميداني لأداة الدراسة:

بعد تحديد العينة المقدرة ب 30% من مجتمع الدراسة تم توزيع الاستمارات على نفس النسبة من كل طبقة معنية بالدراسة، ولكن بعد استرجاع الاستمارات الموزعة واخضاعها للفحص والتدقيق من حيث ملاءمتها لشروط قبول الاستبيان، تم استبعاد البعض منها، حيث اختلفت المعطيات وفق ذلك وهي موضحة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (26): إجراءات التطبيق الميداني لأداة الدراسة:

عدد الاستبيانات	الموزعة		المسترجعة		المستبعدة		الصالحة
	السلوك الوظيفي				(غير صالحة)		
الممارسين الطبيين	22	%13.75	22	%13.75	5	%3.12	17
شبه الطبيين	107	%66.87	88	%55	3	%1.87	85
الإداريين	31	%19.37	30	%18.75	2	%1.25	28
المجموع	160	%100	140	%87.5	10	%6.25	130

المصدر: من إنجاز الباحثة

يكشف هذا الجدول ان الاستمارات الموزعة كانت متوافقة مع عينة الدراسة المقدرة ب 160 مفردة ولكن المسترجعة منها كانت 140 استمارة أي ما يوافق 87.5%، وضمن هذا العدد فقد كانت 10 استمارات غير صالحة بمعدل 6.25% من الاستمارات الكلية، وذلك بالنظر لعدم استكمال إجابات المبحوثين حول عدد كبير من الأسئلة والبعض منها كان فارغا أيضا لذلك تم استبعادها فيما بقي 81.25% من الاستمارات الكلية الموزعة صالحة للتبويب وتحليل معطياتها وهو ما يمثل إجابات 130 مفردة.

2.2.4. المقابلة: تجدر الإشارة أولا إلى ان توظيف تقنية المقابلة في دراستنا الراهنة كان بمثابة أداة أساسية إلى جانب الاستبيان، حيث وظفنا نوعين من المقابلة، وهي المقابلة غير المقتننة دون الكشف عن هويتنا خلال الجولة الاستطلاعية، حيث تعد هذه الأخيرة "كخطوة مكملية ومدعمة لمرحلة القراءات كونها تطلع الباحث على مدى الواقعية والقابلية للإنجاز وتفتح الآفاق أمام انجاز فعلي للبحث من خلال طرح إشكالية وفرضيات يمكن التحقق منها." (سبعون وجرادي، 2012، صفحة 78).

وفي هذا السياق زرنا المؤسسة عدة مرات، وأجرينا مقابلات استكشافية ومحادثات جانبية مع بعض الموظفين والمرضى في الفترة الممتدة بين مارس وأفريل وماي 2021. وبعد ذلك تمت المقابلة الرسمية الاستكشافية المفتوحة أولا مع رئيس المؤسسة الصحية بتاريخ جوان 2021 حيث عرضنا عليه حيثيات موضوعنا من أجل قبول التبرص الميداني على مستوى المؤسسة (أنظر الملحق رقم 01)، وفي نفس الجلسة تناقشنا مع مدير المؤسسة حول عدد من المسائل المتعلقة بمسعى الدولة ممثلة في وزارة الصحة من اجل تحسين الخدمات الصحية وجودتها، حيث أخبرنا المديران من خريجي المدرسة العليا للإدارة وكان بصدد التحضير لدكتوراه مهنية في إطار

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

استراتيجية الدولة لتكوين المدراء والاطارات حول الآليات الحديثة لتسيير المؤسسات الصحية بالتعاون بين وزارة الصحة ومعهد التجارة بين عكنون، قبل ان تظهر جائحة كورونا وتتوقف الدراسة بموجب الحجر الصحي. وفي مرحلة الدراسة الميدانية، وقبل القيام بتوزيع الاستبيان على عينة البحث المختارة، فقد تم القيام بإجراء مقابلة مقننة وموجهة مع العديد من المدراء الفرعيين ورؤساء المصالح أولاً وتم طرح أسئلة مباشرة حول متغيرات موضوع الدراسة، لمعرفة مدى نجاح المؤسسة في تطبيق الحوكمة الإستشفائية ومدى إلزامها بأداء الدور الاجتماعي المنتظر منها من خلال وفائها بمسؤولياتها الاجتماعية اتجاه العاملين والمرضى والبيئة والمجتمع. وقد سمحت لنا مقابلة المسؤولين بالمؤسسة بتوضيح العديد من الجوانب ذات الصلة بالموضوع، وتحديد مؤشرات الدراسة، والأسئلة الخاصة بأبعاد ومتغيرات الدراسة في إطار الاستنباط من العام إلى الخاص، ومن الكل إلى الجزء، وهو الأمر الذي ساهم بشكل كبير في صياغة أسئلة الاستبيان، وتحديد الأهداف العملية من البحث الميداني حول موضوع الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية. كما تم اغتنام الفرصة في نهاية المقابلة مع رؤساء هاته المصالح لطرح أسئلة مفتوحة حول مفهومهم للأمن الصحي، وإجراءات مواجهة انتشار الأمراض المعدية والأوبئة على مستوى المصالح الصحية، والاستراتيجيات البديلة مستقبلاً من أجل الاستعداد للمخاطر الصحية والتهديدات الوبائية غير المتوقعة، وذلك بالنظر لتزامن بحثنا مع انتشار وباء كورونا، والذي يعد تهديداً صحياً خطيراً جداً ومفاجئاً جعل من الحوكمة حتمية اجتماعية وصحية عالمية خاصة مع تأثير جائحة كورونا على فعالية الدور الوظيفي لمنظمة الصحة العالمية وطرح مبادرات من أجل إصلاح منظمة الصحة العالمية ككل، وليس إصلاح المنظومة الصحية على المستوى المحلي فقط. (الملحق رقم 03 دليل المقابلة)، وهوما ساعدنا في تقديم رؤية مستقبلية واقتراحات علمية من أجل تحسين واقع المؤسسات الاستشفائية.

الجدول رقم (27): خصائص عينة المقابلة.

المصالح المعنية بالمقابلة	الجنس	السن	الوظيفة	الأقدمية	تاريخ اجراء المقابلة
المديرية الفرعية للموارد البشرية	ذكر	40 سنة	مدير فرعي	15 سنة	جوان 2021
المديرية الفرعية للمالية والوسائل	ذكر	57 سنة	نائب مدير النيابة	35 سنة	سبتمبر 2021
المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات	ذكر	56 سنة	مدير فرعي	27 سنة	28 جوان 2021
مصحة الأمراض والأوبئة	أنثى	46 سنة	رئيسة مصحة	21 سنة	سبتمبر 2021
مصحة طب الاطفال	انثى	40 سنة	رئيس مصحة	12 سنة	أوت 2021
مصحة الكشف بالأشعة	ذكر	50 سنة	رئيس مصحة	27 سنة	سبتمبر 2021
مصحة الكشف بالتحاليل	انثى	45 سنة	رئيسة مصحة	21 سنة	أوت 2021
مصحة النساء والتوليد	انثى	50 سنة	رئيسة مصحة	30 سنة	16 سبتمبر 2021
مصحة الاستعجالات الطبية	ذكر	53 سنة	رئيس مصحة	28 سنة	سبتمبر 2021
مصحة الجراحة العامة	ذكر	48 سنة	رئيس مصحة	22 سنة	سبتمبر 2021

من خلال الجدول (27) الخاص بتحليل بيانات المحور الشخصي لعينة للمقابلة نلاحظ أن المديرية الفرعية الثلاث هي مصالح إدارية في حين باقي المصالح هي ذات طابع صحي، وذلك لأن المؤسسة تقدم خدمات صحية عمومية لآبد ان تضم مصالح متخصصة في تقديم خدمات مميزة للمرضى وتصنف بحسب المهام التي تؤديها ونوعية الخدمات التي تقدمها للمرضى، وفيما يمثل الذكور 60% من عينة المقابلة نجد بالمقابل 40% من رؤساء المصالح هن إناث، وبالعودة لسن هؤلاء فأنا نلاحظ أن أصغرهم يبلغان من العمر 40 سنة وهو ما يعني أن أقل خبرة مهنية يمتلكها هؤلاء تبلغ 12 سنة، في المقابل فأن أكبر أفراد المقابلة سنا يبلغ 57 سنة ويمتلك في الوقت ذاته أكبر خبرة مهنية وأطول فترة أقدمية حيث تبلغ 35 سنة، وهنا نستنتج ان اول توظيف له كان في سن 22 سنة. وهي تعني أنه متحصل على شهادة جامعية في تخصص مالي واقتصادي وشغل منصب متصرف او محاسب او مقتصد لأن منصب مدير فرعي للمالية والوسائل يتوافق مع احدى هاته الشهادات.

3.2.4. الملاحظة: تعد الملاحظة أداة بالغة الأهمية في الدراسات السوسولوجية، رغم اعتبارها أداة ثانوية مساعدة في أغلب الدراسات إلا ان أهميتها تكمن في الكشف عن التفاعلات غير الرسمية، والسلوكيات غير المعلنة، والوقائع غير الموجهة والمظاهر المرئية، حيث يتفاعل الباحث مع المجتمع الذي يريد دراسته، من خلال قيامه بإجراء الملاحظة العلمية وتسجيل ما تم ملاحظته. (Peretz, 1998, p. 87) وبالنسبة لموضوع الدراسة الحالية حول الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية فقد تمت الاستعانة بشبكة الملاحظة. (انظر الملحق رقم 04) من أجل الكشف عن الجوانب الملموسة والمؤشرات المرئية، بالنسبة للمتغير المستقل الحوكمة الصحية ممثلة في أبعادها المختارة عبر البحث عن المؤشرات الميدانية المعبرة عن بعد (الإفصاح والشفافية)، إدارة المخاطر الصحية، جودة الخدمات الصحية، جودة الحياة الوظيفية، كما إستعنا بها في محاولة تشخيص الأداء الاجتماعي الملموس بالنسبة للمستشفيات، عبر البحث عن المؤشرات المرئية لأبعاد المسؤولية الأخلاقية والقانونية والبيئية والاقتصادية.

وفي هذا السياق فقد قامت الباحثة في البداية بثلاث زيارات استكشافية للمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية وكانت زيارات غير رسمية، ركزت فيها الباحثة على الملاحظة البسيطة والملاحظة بالمشاركة، كما استغلت الباحثة وقت الزيارات المفتوحة للمرضى من أجل القيام بجولتها الاستطلاعية، والتمكن من الدخول إلى مختلف المصالح الصحية وزيارة مختلف الأقسام وملاحظة كل المظاهر المعبرة عن مؤشرات أبعاد موضوع الدراسة، حيث لاحظت الباحثة مثلا وجود منصات للإعلان والنشر على مستوى كل المصالح تتضمن برنامج

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

المنابذة الليلية وتوقيت العمل والقرارات الجديدة الخاصة بتسيير المصالح والاقسام، واعلانات الخاصة بالصفقات والتذكير بضرورة الانضباط والالتزام بمواقيت العمل بالإضافة لبعض مظاهر عدم الرضى والتذمر من طرف الموظفين والمرضى من حيث الإمكانيات، والتجهيزات المتوفرة، حيث رغم أن البناء العام للمستشفى قديم، لكنه قد خضع للتهيئة الكلية والجزئية حيث تختلف درجة التجديد والتهيئة من مصلحة لأخرى، كما أن ظروف العمل المادية والمعنوية لا ترقى للمستوى المأمول، إذ وقفنا على ضيق المكاتب المخصصة للمصالح الإدارية رغم توفرها في نفس الوقت على المكيفات الهوائية والتدفئة المركزية، كما أن نوافذ المكاتب كانت تطل على الرواق الداخلي وهو الأمر الذي قلل من معدل الإضاءة والتهوية الطبيعية. كما أن كل غرفة تجمع مكتبين يكون في العديد من المرات أحدهما لرجل والأخر لامرأة، وهو الأمر الذي جعل العديد من الموظفين يعربن لنا عن عدم ارتياحهم لذلك.

وبالنسبة للمصالح الصحية لاحظنا ضغطا كبيرا على السلكين الطبي وشبه الطبي نتيجة نقص الموارد البشرية وتزايد طالبي الخدمات الصحية خاصة في ظل وباء كوفيد19 أين أثر الامر على معنويات كل من الفريق الطبي والمرضى،

ولكن ورغم ذلك فقد لمسنا رغبة ومجهودا كبيرا من موظفي المؤسسة الاستشفائية من أجل الاستجابة لاحتياجات المرضى، وتقديم أحسن الخدمات في ظل الإمكانيات المتاحة، والتي تعاني بحد ذاتها من نقص أثر على نوعية الخدمات الصحية،

وقد تزامن وجودنا في احدى المرات مع القيام بحرق بعض المخلفات خلف المستشفى حيث تصاعد دخان أثر على صفاء الهواء وانبعث من المكان رائحة الحريق.

أما أروقة المستشفى وصالات المرضى والمكاتب فكانت نظيفة ومرتبة في غالب الأحيان، كما لاحظنا أن عملية التخلص من النفايات تتم وفق نظام للتمييز بينها، بناء على نوعيتها وخطورتها. كما لاحظنا أيضا نقص في إقبال المواطنين وحتى الموظفين على حملات التلقيح ضد وباء كوفيد19 أين تزامن حضورنا مع عملية تلقيح البعض منهم.

4.2.4. الوثائق والسجلات: تعد السجلات والوثائق من بين أهم مصادر جمع المعلومات الخاصة بالإطار النظري وكذا الجانب الميداني لأي دراسة سوسولوجية والممهدة لتوظيف أداة جمع البيانات سواء كانت تقنية الاستبيان أم تقنية المقابلة حسب ملائمة كل أداة لموضوع البحث وهي أول وسيلة توظف لتحديد مجال الدراسة وعينة البحث، حيث لا لابد من الحصول على تعداد الموظفين المنتمين للمؤسسة الصحية وتطور مسارها التنظيمي، والحصول على هيكلها التنظيمي وتوزيع المصالح والأقسام (الملحق رقم 01)، وقد ساعدتنا الوثائق التي تحصل عليها من مديرية الموارد البشرية على مستوى المؤسسة الاستشفائية بالميلية في معرفة تعداد

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

العاملين بالمؤسسة وأسلاكهم الوظيفية و توزيعهم عبر مختلف الأقسام والمصالح الإدارية والصحية وفق متغير الجنس، وهو الامر الذي سهل لنا تحديد عينة الدراسة وتفضيل اختيار العينة الطبقيّة المقتصرة على ثلاث فئات وظيفية بالنظر لعلاقتهم المباشرة بمتغيري الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية.

5. أساليب التحليل المعتمدة في الدراسة:

1.5. التحليل الكمي: يقصد بالتحليل الكمي هو إضفاء الصبغة العددية والقياس على المعالجة المنهجية للبيانات المستقاة من ميدان الدراسة من أجل محاولة الكشف عن العلاقات والارتباطات القائمة بين متغيرات وأبعاد موضوع البحث، وكان سابقا يتم الامر من خلال تكميم بيانات الدراسة من خلال معالجة المعطيات المحصل عليها من الدراسة الميدانية في شكل جداول رقمية تحتوي على تكرارات الإجابة ونسبها المئوية وبالإضافة للقيام بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرات الاستبيان.

ومع توظيف برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS أصبح الأمر أكثر سهولة حيث أتاح هذا البرنامج للباحثين فرصة القياس وتكميم إجابات المبحوثين من خلال الاستعانة بأساليب التحليل الاحصائي المتعددة واختيار الملائم منها حسب متطلبات دراسة الموضوع وطبيعة البحث من حيث العلاقة أو التأثير أو الفروق في الإجابات أو قياس مستوى المتغير في حد ذاته من خلال معاملات ألفا كرونباخ أو معامل الارتباط بيرسون أو سبيرمان، أو الانحدار الخطي البسيط، أو تحليل التباين الأحادي أنوفا،... إلخ

وبالنسبة لأساليب التحليل الإحصائي المعتمدة في الدراسة الحالية، فكما هو معمول به في أغلب الدراسات التطبيقية الحديثة فقد اعتمدت الباحثة على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) في تحليل البيانات المستقاة من ميدان الدراسة، وتمت المعالجة الإحصائية للدراسة الراهنة من خلال العمليات التالية:

مقاييس الإحصاء الوصفي (Descriptive statistique): وتستعمل هذه المقاييس لوصف خصائص العينة المدروسة من خلال توظيف الحسابات البسيطة كالتكرارات والنسب المئوية -المتوسطات الحسابية من أجل ترتيب الفقرات حسب اعلى متوسط حسابي ومعرفة اتجاه إجابات المبحوثين نحو الموافقة أو المعارضة بالنسبة لكل فقرة من فقرات الاستبيان.

- الانحراف المعياري (Standard Déviation) لتحديد تشتت إجابات المبحوثين وانحرافها عن قيم المتوسط الحسابي، حيث كلما اقترب من الصفر دل ذلك على تركيز إجابات المبحوثين وعدم تشتتها، في حين انه لو كانت قيمته تساوي أو أكبر من الواحد فيدل ذلك على تشتت الإجابات.

وبالنسبة للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأهمية النسبية استعملت لقياس مستوى تطبيق من الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل.

فيما تم الاستعانة بمقاييس الإحصاء الاستدلالي في حساب معاملات الارتباط والقياس.

-ألفا كرونباخ لقياس الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان، وتقدير مدى ثبات الأداة، حيث كلما اقترب من الواحد الصحيح كلما عبر ذلك عن ثبات أكبر للأداة.

-معامل الارتباط بيرسون لمعرفة وجود علاقة دالة بين متغيرات الدراسة من عدمه وتحديد طبيعة هذه العلاقة ومدى قوتها.

- اختيار تحليل التباين الأحادي one way anova لإختبار الفرضيات المتعلقة بمدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين تعزى للمتغيرات الوظيفية.

2.5. التحليل الكيفي: تم استخدامه من خلال توظيف تقنيتي الملاحظة والمقابلة، حيث سمحت الأسئلة المفتوحة في إطار المقابلة بالحصول على تفسير وتوضيح لإجابات افراد عينة المقابلة اتجاه تأكيد أو نفي وجود بعض الأبعاد والمؤشرات، مع الإشارة إلى عوامل النجاح وأسباب الفشل في تحقيق الحوكمة الصحية وجودة خدمات الصحية والظروف المهنية الملائمة ومدى التزام المؤسسة بالشفافية والافصاح، ودور إدارة المخاطر في الاستعداد للتهديدات الصحية المفاجئة والأوبئة. بالإضافة إلى تقديم عينة المقابلة لجملة من المؤشرات التي تصف واقع المسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة الميدانية، وكذا عرض جملة من الاقتراحات التي من شأنها تعزيز الدور الاجتماعي للمستشفيات، وسبل وضع استراتيجية لمواجهة التحديات الصحية والوبائية الطارئة، ومخطط اليقظة لتفعيل وضمان سياسة الأمن الصحي. كما ان الاستعانة بإطار الملاحظة مكن من وصف مجال وميدان الدراسة وصفا دقيقا، وتوضيح المؤشرات المتوفرة من عدمها بالنسبة لأبعاد فرضيات الدراسة، بناء على الملاحظة العلمية الموضوعية للباحثة، حيث تم ترقب سلوكيات العاملين بالمؤسسة الاستشفائية دون الكشف عن هوية الباحثة، من أجل إعطاء أكثر مصداقية للملاحظات المحصل عليها بناء على مراقبة السلوكيات التلقائية للعاملين، فقد لا تحظى إجابات الباحثين عن الأسئلة المباشرة المطروحة في الاستبيان بالشفافية والموضوعية نفسها بالمقارنة مع تلك الملاحظة من قبل الباحث اثناء التبرص الميداني والدراسة الاستطلاعية.

خلاصة الفصل:

وفي الأخير من خلال ما تم استعراضه ضمن هذا الفصل الخاص بالإجراءات المنهجية للدراسة، يمكن لنا التأكيد على كون هذا الجزء بالغ الأهمية في أي بحث أو دراسة سوسيولوجية ميدانية رصينة، حيث لا يمكن النزول للواقع واختبار فرضيات الدراسة إلا بعد التحديد الدقيق لعينة البحث، واختيار الأدوات الأنسب لجمع البيانات الميدانية حول متغيرات الدراسة، فالتحكم المنهجي في إجراءات البحث الميداني، وتحديد المناهج المناسب، سيمكن الباحث دون شك من تفادي العديد من الانحرافات التي قد تعيق السير العلمي والاتقان المنهجي لخطوات ومراحل الدراسة الإمبريقية، فلا يكفي الجمع بين النظري والميداني فقط، بل لابد من التمكن المنهجي من ثنائي الاستنباط والاستقراء في البحث السوسيولوجي، وهو الذي يتيح للباحث الحصول على المعلومات الثمينة ذات الأهمية الكبرى، والصلة المباشرة بموضوع البحث، واستنطاق الملاحظات الكيفية والمعطيات الوصفية، للحصول على بيانات كمية تتسم بالموثوقية والمصدقية.

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل بيانات الاستمارة

- 1.1. عرض وتحليل بيانات الفرضية الرئيسية
- 1.1.1. عرض وتحليل بيانات الفرضية الفرعية الأولى.
- 2.3.1. عرض وتحليل بيانات الفرضية الفرعية الثانية.
- 3.3.1. عرض وتحليل بيانات الفرضية الفرعية الثالثة.
- 4.3.1. عرض وتحليل بيانات الفرضية الفرعية الرابعة.

ثانياً: عرض وتحليل بيانات المقابلة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد تحديد الإجراءات الميدانية للدراسة تأتي اهم مرحلة في البحث الميداني، وهي ترجمة البيانات الكيفية المحصل عليها من ميدان الدراسة إلى معطيات كمية تساعد في قياس مؤشرات الموضوع المعني بالدراسة، وفي نفس الوقت فإن القراءة الكمية لبيانات المستقاة من مجال الدراسة عبر أداة الاستبيان تصبح بلا معنى إن نحن اقتصرنا على التحليل الكمي لها، والقراءة الإحصائية فقط دون تقديم تحليلات سوسولوجية معمقة لها، وتدعيمها بتصريحات أفراد المقابلة، من أجل توضيح العلاقات القائمة بين مختلف المحاور والإجابات، حيث يحصل في الكثير من المرات ان تكون الإجابة الخاصة بسؤال ما مؤشرا على العلاقة القائمة بينه وبين سؤال آخر، كما قد تعد البيانات الوظيفية او الشخصية أحيانا جزءا مفسرا لاتجاهات المبحوثين نحو تأكيد أو نفي متغير ما على حساب آخر.

وفي هذا السياق، سنحاول ضمن هذا الفصل القيام أولا بقياس درجة كل الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية، ثم بعدها محاولة معرفة وجود علاقة دالة من عدمه بين أبعاد الحوكمة الصحية (الإفصاح والشفافية)، إدارة المخاطر الصحية، جودة الخدمات الصحية، جودة الحياة الوظيفية) مع متغير المسؤولية الاجتماعية الكلي.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

قبل اختبار الفرضية الرئيسية قامت الباحثة بإعداد مقياس للتحليل، وبما أن الدراسة اعتمدت مقياس ليكرث خماسي الأبعاد، فقد أعطت الباحثة كل إجابة من إجابات المبحوثين على عبارات الإستبيان قيمة عددية (معارض جدا =1، معارض=2، محايد=3، موافق=4، موافق جدا =5). وللحكم على مستوى كل من تطبيق الحوكمة الصحية والإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية تم حساب المدى وفقا للخطوتين التاليتين:

_ تحديد عدد الفئات وذلك بطرح أدنى درجة بالمقياس من أعلى درجة به فكانت النتيجة أربعة فئات (4=1_5).

_ حساب المدى وهو حاصل قسمة عدد الفئات على أعلى قيمة بالمقياس فكانت قيمته 0.8 (0.8=5/4). وبعد تحديد المدى قامت الباحثة بتحديد قيم إجابات المبحوثين على النحو التالي:

_ ضعيف جدا تبدأ من (1) وتنتهي عند أقل من (1.8). _ ضعيف تبدأ عند (1.8) وتنتهي عند أقل من (2.6). _ متوسط تبدأ عند (2.6) وتنتهي عند (3.4). _ مرتفع تبدأ عند (3.4) وتنتهي عند (4.2). _ مرتفع جدا تبدأ عند (4.2) وتنتهي عند (5).

كما قامت الباحثة بحساب الأهمية النسبية لكل عبارة وذلك بقسمة المتوسط الحسابي للعبارة على أعلى قيمة ممنوحة بسلم ليكرث (5) وتم الأخذ بالجدول التالي معيارا للتحليل.

جدول رقم (28): معيار التحليل اعتمادا على المتوسط الحسابي والأهمية النسبية والتقدير.

العبارات	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا
الدرجات	1	2	3	4	5
طول الفئة (قيم المتوسط الحسابي)	من 1 إلى 1.80	من 1.81 إلى 2.60	من 2.61 إلى 3.40	من 3.41 إلى 4.20	من 4.21 إلى 5.00
درجة الموافقة (التقدير)	مستوى منخفض جدا	مستوى منخفض	مستوى متوسط	مستوى مرتفع	مستوى مرتفع جدا
الأهمية النسبية	أقل من 36%	36% إلى أقل من 52%	52% إلى أقل من 68%	68% إلى أقل من 84%	84% فما فوق

المصدر: من إعداد الباحثة.

وفيما يخص الإنحراف المعياري فإذا كان منخفض واقتربت قيمته من الصفر فيدل على توافق المبحوثين في إجاباتهم وعدم وجود تشتت، أما إذا كان مرتفع أي قيمته تساوي الواحد أو أكبر فيشير لعدم توافق المبحوثين في إجاباتهم وتشتتها.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

1. قياس مستوى تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير

منتوري بالميلية ولاية جيجل. ولقياس درجة تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة ميدان

الدراسة قامت الدراسة بقياس درجة تطبيق جميع أبعادها على النحو التالي:

1.1. درجة تطبيق الحوكمة الصحية من خلال بعد (الإفصاح والشفافية).

جدول رقم (29): يوضح المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والأهمية النسبية والترتيب

وتقديرات بعد (الإفصاح والشفافية)

التقدير	الترتيب	الأهمية النسبية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	المقياس	البعد الأول: (الإفصاح والشفافية)
متوسط	02	%63.4	1.58	3.17	16	27	23	46	18	التكرار	06 -تطلعكم المؤسسة على معايير تقييم ادانكم.
					12.3	20.8	17.7	35.4	13.8	النسبة	
متوسط	03	%62.2	1.63	3.11	20	25	19	52	14	التكرار	07 -تفصح المؤسسة عن معايير الترقية لموظفيها بوضوح.
					15.4	19.2	14.6	40	10.8	النسبة	
مرتفع	01	%68.8	1.75	3.44	17	18	13	54	28	التكرار	08 - سبق لك الاطلاع على صفحة المؤسسة على موقع الفايبيوك
					13.1	13.8	10	41.5	21.5	النسبة	
متوسط	07	%54.6	1.5	2.73	23	40	26	31	10	التكرار	09 - تنشر المؤسسة المعلومات الخاصة بها بانتظام على حسابها الالكتروني.
					17.7	30.8	20	23.8	7.7	النسبة	
متوسط	06	%57.2	1.29	2.86	17	35	35	35	8	التكرار	10 - تفصح المؤسسة في الوقت المناسب عن المعلومات المتعلقة بالرقابة الداخلية.
					13.1	26.9	26.9	26.9	6.2	النسبة	
متوسط	05	%60	1.48	3.00	17	31	29	40	13	التكرار	11 -تفصح المؤسسة عن معايير الكفاءة المعتمدة في التوظيف.
					13.1	23.8	22.3	30.8	10	النسبة	
متوسط	04	%61.6	1.31	3.08	16	21	40	42	11	التكرار	12 - تنسم التقارير الصحية التي تنشر من قبل المؤسسة بالشفافية.
					12.3	16.2	30.8	32.3	8.5	النسبة	

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

متوسط	/	61%	1.50	3.05	/	البعد الكلي
-------	---	-----	------	------	---	-------------

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS

يتناول الجدول (29) درجة تطبيق الحوكمة الصحية من خلال بعد (الإفصاح والشفافية)، حيث أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لبعده (الإفصاح والشفافية) تراوح بين (2.73 و3.44) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ المتوسط العام لهذا البعد (3.05) بإنحراف معياري (1.5) وهو ما يعبر عن تشتت في إجابات الباحثين وذلك لأن قيمة الانحراف المعياري العام أكبر من الواحد، وأهمية نسبية قدرت بـ (61%) وبالرجوع إلى معيار التحليل نجد أن تقدير بعد (الإفصاح والشفافية) كان متوسط.

والمقصود بالإفصاح هو اعلام الجمهور ونشر المعلومات لجميع المعنيين بها وهو ما يجعل سمعة المؤسسة حسنة لأن الإفصاح يقلل فرص الفساد من خلال توفر المعلومات للجميع كما تؤدي زيادة الشفافية إلى تقليل فرص الفساد. مع إمكانية الرقابة والمساءلة في ظل ذلك وهو الأمر الذي يشجع على استقطاب وجذب الكفاءات وتمكينها من المشاركة في اتخاذ القرار. أما الشفافية فهي أن تكون المعلومات المتاحة حقيقية وسليمة ومفهومة وواضحة تسمح للمعنيين بالمحافظة على مصالحهم واكتشاف الأخطاء واتخاذ القرارات التي يرونها مناسبة لهم في ظل الاتصال المفتوح .

وبالعودة إلى الجدول يلاحظ وجود تماثل كبير في إستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات بعد (الإفصاح والشفافية) إذ كانت كلها متوسطة بإستثناء العبارة رقم (08) التي كان تقديرها مرتفع. ووفقاً لإستجابات الباحثين فإن العبارات جاءت على الترتيب التالي نظراً لأهميتها النسبية: في المرتبة الأولى كانت العبارة (08) والتي مفادها: سبق لك الاطلاع على صفحة المؤسسة على موقع الفيسبوك، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.44)، وإنحراف معياري قدره (1.75) وبأهمية نسبية بلغت (68.8%). وهي الفقرة الوحيدة التي جاءت بتقدير مرتفع مقارنة بباقي الفقرات التابعة لبعده الإفصاح والشفافية، والتي كانت كلها ذات تقدير متوسط، ويمكن إرجاع ذلك لامتلاك معظم المنتمين للمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري لحساب شخصي على منصة التواصل الاجتماعي، وبما ان بينهم علاقات اجتماعية واقعية كالصدقة والزمالة فان غالبيتهم أصدقاء أيضاً على صفحات الفيسبوك ومادامت الصفحة عامة فهي مرئية و متاحة للجميع ويمكنهم الاطلاع عليها في أي وقت، كما ان المسؤول عن الصفحة سبق له توجيه دعوات للإعجاب بالصفحة لزملائه كما يقوم الزملاء باطلاع الآخرين عنها ودعوتهم لمتابعتها.

-في المرتبة الثانية كانت العبارة (06) والتي مفادها: تطلعكم المؤسسة على معايير تقييم ادائكم. بمتوسط حسابي قدر بـ (3.17)، وإنحراف معياري قدره (1.58) وبأهمية نسبية بلغت (63.4%)، وذلك راجع لكون نتائج تقييم الأداء مرتبطة بالحصول على منحة المردودية التي تمنح كل 3 أشهر

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

وهي مرتبطة بالأداء والانضباط، لذلك تعمل المؤسسة على اعلام المنتمين إليها في حالة الغياب المتكرر سواء بتوجيه الاستفسار لهم أو الإنذار، كما انهم في حالة الأخطاء المهنية يحاسبون من قبل مدير المصلحة أو المسؤول المباشر عنه وهو ما يعتبر من مؤشرات ومعايير تقييم الأداء وبالتالي فالنتائج والقرارات المترتبة عن ذلك تكون معلومة من قبلهم .

-في المرتبة الثالثة العبارة (07) والتي مفادها: تفصح المؤسسة عن معايير الترقية لموظفيها بوضوح، بمتوسط حسابي قدر ب (3.11)، وإنحراف معياري قدره (1.63) وبأهمية نسبية بلغت (62.2%)، بما أن القانون واضح بالنسبة لمعايير الترقية من رتبة لرتبة أخرى، فإن معايير الترقية حسب الإدارة العليا في متناول الجميع، خاصة وان قانون الوظيفة العمومية ينص في المادة 96 من الامر التنفيذي 06-03 على انه " يبلغ الموظف بكل القرارات المتعلقة بوضعيته الإدارية، وتندرج كل القرارات الإدارية التي تتضمن تعيين وترسيم وترقية الموظفين وإنهاء مهامهم في نشرة رسمية للمؤسسة، أو الإدارة العمومية المعنية. ويحدد محتوى هذه النشرة الرسمية وخصائصها عن طريق التنظيم. (الجريدة الرسمية الجزائرية، 2006، صفحة 10). لكن بالنظر لنتائج إجابات المبحوثين والأحاديث الجانبية أثناء فترة التريص، وكذا المقابلات التي أجرينا مع بعض رؤساء المصالح، فقد أكد لنا معظمهم علمهم بمعايير الترقية، ولكن في نفس الوقت، فقد أرسلنا البعض بأن المؤسسة ليست صريحة في اعلامهم عن ذلك، حتى انه هناك منهم من فاتته الترقية من درجة لأخرى رغم استيفائه للشروط، ولكن بالنظر لجهله عن حيثيات التقدم للترقية وعدم اعلامه بالأمر من قبل الإدارة فقد ضاعت عنه فرصة الترقية رغم احقيته، كما حصل مع احدي الأطباء ورئيس مصلحة.

الجدول رقم(30): يوضح العلاقة بين إطلاع المؤسسة للعمال على معايير تقييم أدايمهم و افصاحها عن معايير الترقية بوضوح.

	العبارة 7 تفصح المؤسسة عن معايير الترقية لموظفيها بوضوح.					المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
معارض جدا العبارة 6	9	4	2	0	1	16
تطلعكم	6.9%	3.1%	1.5%	0.0%	0.8%	12.3%
معارض على المؤسسة	7	10	3	7	0	27
معايير تقييم	5.4%	7.7%	2.3%	5.4%	0.0%	20.8%
3,00 محايد	3	6	6	7	1	23
ادانكم.	2.3%	4.6%	4.6%	5.4%	0.8%	17.7%
موافق	1	5	6	31	3	46
	0.8%	3.8%	4.6%	23.8%	2.3%	35.4%
موافق جدا	0	0	2	7	9	18
	0.0%	0.0%	1.5%	5.4%	6.9%	13.8%
المجموع	20	25	19	52	14	130
	15.4%	19.2%	14.6%	40.0%	10.8%	100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

بالنظر إلى الكواشف الرقمية لهذا الجدول، فإنها تؤكد ما ذهبنا إليه بخصوص اتجاه إجابات الباحثين نحو تأكيد إفصاح المؤسسة عن معايير الترقية بوضوح، وفي نفس الوقت قيامها بإطلاعهم على معايير تقييم أداءهم، حيث تتقاطع إجابات الباحثين حول هذين السؤالين كما هو موضح في الجدول بنسبة موافقة قيمتها 38.4% من مجموع إجابات الباحثين حول السؤالين في مقابل نسبة معارضة تمثل 23.1%، وتفسير ذلك أن تقييم الموظف بحذ ذاته يكون وسيلة ويهدف لترقيته في الدرجة أو الرتبة أو منحه امتيازات مرتبطة بالمردودية وتحسين الأداء أو منح الأوسمة التشريفية والمكافآت بموجب المادة 98 من قانون الوظيفة العمومية، وبالنسبة للباحثين فهم يرون أنه مادامت المؤسسة تقوم بإطلاعهم على معايير تقييم أداءهم، فهي من خلال ذلك تفصح لهم ضمناً عن معايير الترقية في الرتبة أو الدرجة التي تكون نتيجة الرقابة على الأداء والأقدمية، وهو الأمر الذي يسمح لهم بالترقية الآلية من حيث سنوات الخبرة والأقدمية أو الحصول على المردودية، والتي يكون نتاجاً عنها زيادة في الأجر الشهري أو رفع في الرتبة الوظيفية. أو الترقية عن طريق الاختبار والاختيار في حالات أخرى، حيث يرقى من رتبة طبيب إلى طبيب رئيسي مثلاً كل طبيب شغل نفس المنصب بالمؤسسة لمدة 10 سنوات ومن رتبة متصرف إلى متصرف رئيسي كل عامل إداري أثبت أقدمية 10 سنوات في رتبة متصرف في نفس المؤسسة التي يشتغل فيها.

- في المرتبة الرابعة كانت العبارة (12) والتي مفادها: تتسم التقارير الصحية التي تنشر من قبل المؤسسة بالشفافية، بمتوسط حسابي قدره (3.08)، وإنحراف معياري قدره (1.31) وبأهمية نسبية بلغت (61.6%)، وهو ما يعني أن ما نسبته 40.8% من الباحثين يقرون أن تقارير المؤسسة الخاصة بالجانب الصحي تتسم بالشفافية والمصدقية على اعتبار أنها تتعلق بالحالة الصحية للمرضى وبياناتهم والحالات الاستشفائية وتصنيفها حسب العمر والجنس ونوع المرض أو الإصابة والتشخيص العلاجي وتقرير الطاقم الطبي بخصوص حالته، بالإضافة للمعلومات حول الإمكانيات المتوفرة واللائمة والمستغلة وهو أمر في غاية الأهمية من أجل ضمان السير العادي والتسيير الجيد للمؤسسة الاستشفائية، والتكيف مع الضرورات العلاجية والمتطلبات الاستعجالية للاستجابة وتقديم الخدمات الصحية المناسبة واللائمة.

- في المرتبة الخامسة كانت العبارة (11) والتي مفادها: تفصح المؤسسة عن معايير الكفاءة المعتمدة في التوظيف، بمتوسط حسابي قدره (3.0)، وإنحراف معياري قدره (1.48) وبأهمية نسبية بلغت (60%)، ويلاحظ هنا اتجاه 40.8% من مفردات العينة لتأكيد إفصاح المؤسسة عن معايير النجاح في مسابقات التوظيف الخاصة بالمؤسسة بالنظر لكون القانون واضحاً بالنسبة لتحديد هذه المعايير فمثلاً في حالة التساوي بين المترشحين في التنقيط يتم المفاضلة والترتيب بموجب المنشور رقم 7 المؤرخ في 28 أبريل 2011 المتعلق بمعايير الانتقاء في المسابقات على أساس الشهادة للتوظيف

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

في الوظيفة العمومية يعود ل: الأصناف ذات الاحتياجات الخاصة (المعاقون الذين لهم القدرة على أداء المهام المرتبطة بالرتبة المراد الالتحاق بها، سن المترشح (الأولوية للأكبر سنا)، الوضعية العائلية للمترشح (متزوج له أولاد، متزوج بدون أولاد، متكفل بعائلة، أعزب).

-بالنسبة للتكوين المتخصص، يتم الفصل بين المترشحين المتساوين في النقاط حسب الحالة، على أساس تقدير الشهادة أو المؤهل، أو المعدل العام لمسار الدراسة أو التكوين.

علما ان المسابقات في الوظيفة العمومي سابقا كانت تنقسم بين المسابقة الكتابية والاختيار على أساس الشهادة لكن الامر في السنوات الأخيرة أصبح مقتصر على المسابقات على أساس الشهادة من أجل التوظيف حيث يتم تنقيط ملف المترشح وفق معيار محدد بموجب القانون وبعدها يتم اجراء مقابلة شفوية مع لجنة الانتقاء والتي عادة ما تكون مكونة من عضوين أحدهم ممثلا عن الوظيفة العمومي والأخر ممثلا عن المؤسسة المعنية بمسابقة التوظيف.

-في المرتبة السادسة كانت العبارة (10) والتي مفادها: تفصح المؤسسة في الوقت المناسب عن المعلومات المتعلقة بالرقابة الداخلية، بمتوسط حسابي قدر ب (2.86)، وإنحراف معياري قدره (1.29) وبأهمية نسبية بلغت (57.2%)، وهو ما يعبر عن اتجاه أغلب المبحوثين للمعارضة على هذه العبارة بالنظر لكون المؤسسة لا تخبرهم انهم تحت المراقبة، كما ان لجان التفتيش غالبا ما تقوم بزيارات فجائية تم تتخذ قرارات يتم ابلاغ الموظفين بها في ما بعد أو انه أحيانا يتم الخصم من رواتبهم دون علمهم بسبب الغياب أو التأخر، ولا يكتشفون ذلك إلا بعد نهاية الشهر وسحبهم لراتبهم الشهري، وعند الاستفسار عن السبب حينها فقط يتم اطلاعهم عن ذلك.وهنا نستذكر ما جاء في المقابلة حيث أكد 50% من عينة المقابلة أن مؤسستهم لا تلتزم بالإفصاح والشفافية بخصوص نتائج تقييم الأداء والترقية.

-في المرتبة السابعة والأخيرة كانت العبارة (09) والتي مفادها: تنشر المؤسسة المعلومات الخاصة بها بانتظام على حسابها الالكتروني، بمتوسط حسابي قدر ب (2.73)، وإنحراف معياري قدره (1.5) وبأهمية نسبية بلغت (54.6%)، ويمكن إرجاع ذلك لعدم اطلاع العديد من الموظفين على حساب المؤسسة أصلا وبالتالي لا يمكنهم الحكم عن انتظام نشر المعلومات على الحساب أم لا، بالإضافة إلى انه بعد اطلاعنا شخصا على الصفحة الرسمية للمؤسسة على موقع التواصل الاجتماعي الفايسبوك لاحظنا ان المعلومات المنشورة تتعلق بالحملات التوعوية والتطوعية في الغالب ولا تتعلق بالمعلومات الخاصة بالموظفين وشكل سير العمل الصحي للمؤسسة وبالتالي فالصفحة محدودة بالنسبة للمعلومات التي يمكن عرضها وإطلاع الجمهور عليها وهو ما يعبر عن ضعف الاتصال والتواصل بين المؤسسة والعالم الافتراضي الخارجي ومحدودية المعلومات والبيانات المتاحة للمواطنين حيث قمنا شخصا بالتواصل مع القائمين على الصفحة الرسمية للمؤسسة

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

لكن دون تفاعل أو رد منهم، رغم النهوض بالقطاع الصحي وتطويره يتطلب الاستجابة لمعيار الرقمنة باعتباره أحد مرتكزات الحوكمة الصحية، والشفافية والثقة في القطاع الصحي تستدعي التواصل الفعال وإتاحة الوصول للمعلومة للجميع في أسرع وقت وأقل جهد.

وفي الأخير يمكن القول بأن ضعف مؤشرات الإفصاح والشفافية على مستوى أي مؤسسة استشفائية يشكل عائقا في مسعى تطبيق وتعميم الحوكمة الصحية فلا مستقبل لحوكمة في ظل نقص المعلومة، ولا وجود لقرار صائب في حالة ضعف الاتصال، ولا تطبيق ناجح في ظل غياب المصداقية، ولا رقابة فعالة إلا بمرافقة عدالة تنظيمية

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

2.1. درجة تطبيق الحوكمة الصحية من خلال بعد إدارة المخاطر الصحية

جدول رقم (31): يوضح الحسابات المتعلقة ببعد إدارة المخاطر الصحية

التقدير	الترتيب	الأهمية النسبية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	المقياس	البعد الثاني: إدارة المخاطر الصحية	
متوسط	08	52.2%	1.63	2.61	30	43	11	39	7	التكرار	استفدت من دورات تكوينية في مجال الصحة والوقاية	13
					23.1	33.1	8.5	30	5.4	النسبة		
متوسط	03	62.2%	1.43	3.11	14	28	33	39	16	التكرار	. تعمل المؤسسة على تعزيز إدارة المخاطر.	14
					10.8	21.5	25.4	30	12.3	النسبة		
متوسط	07	56.8%	1.62	2.84	21	38	26	30	15	التكرار	تتوفر المؤسسة على الامكانيات اللازمة لمكافحة العدوى المكتسبة من المستشفيات.-	15
					16.2	29.2	20	23.1	11.5	النسبة		
مرتفع	01	71.8%	1.48	3.59	11	16	19	53	31	التكرار	تقوم المؤسسة بحملات التوعية حول الوقاية من الأمراض المعدية.	16
					8.5	12.3	14.6	40.8	23.8	النسبة		
مرتفع	02	70%	1.55	3.50	14	13	26	48	29	التكرار	تتوفر المؤسسة على نظام معلوماتي لحفظ البيانات الصحية للمرضى	17
					10.8	10	20	36.9	22.3	النسبة		
متوسط	05	60.2%	1.48	3.01	18	28	31	40	13	التكرار	تمتلك المؤسسة فرق خاصة بالبحث في المجال الصحة والأمراض والأوبئة.	18
					13.8	21.5	23.8	30.8	10	النسبة		
متوسط	04	61.2%	1.21	3.06	11	28	44	34	13	التكرار	تقوم المؤسسة التي تشتغل فيها بالمتابعة الصارمة لبيانات المرضى.	19
					8.5	21.5	33.8	26.2	10	النسبة		
متوسط	06	58%	1.56	2.90	21	32	29	35	13	التكرار	تتوفر المؤسسة على خلية لمواجهة الطوارئ الصحية.	20
					16.2	24.6	22.3	26.9	10	النسبة		
منخفض	09	52%	1.31	2.60	25	39	36	23	7	التكرار	تشجع المؤسسة مواردها البشرية على المشاركة في المشاريع البحثية الصحية.	21
					19.2	30	27.7	17.7	5.4	النسبة		
منخفض	10	44.2%	1.45	2.21	48	35	24	17	6	التكرار	تتوفر المؤسسة على مخابر مجهزة بأحدث التقنيات الطبية.	22
					36.9	26.9	18.5	13.1	4.6	النسبة		

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

متوسط	/	%58.8	1.47	2.94	البعد الكلي
-------	---	-------	------	------	-------------

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

يتناول الجدول (31) درجة تطبيق الحوكمة الصحية من خلال بعد إدارة المخاطر الصحية حيث أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لهذا البعد تراوح بين (2.21 و 3.59) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ المتوسط العام لهذا البعد (2.94) بإنحراف معياري (1.47) وأهمية نسبية قدرت بـ (58.8%) وبالاستناد إلى معيار التحليل نجد أن تقدير بعد إدارة المخاطر الصحية كان متوسط. وبالرجوع للجدول نتبين وجود تشتت وعدم توافق في إستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات بعد إدارة المخاطر الصحية لأن الانحراف المعياري كان أكبر من الواحد الصحيح. وبالعودة لإدارة المخاطر المتعلقة بالمؤسسات الصحية فإن المعلومة الصحيحة في الوقت المناسب هي مفتاح في المنظمات من خلال دعم عملية صنع القرار بصورة سريعة وفعالة. فتكامل ثلاثية الحوكمة وإدارة المخاطر والالتزام من شأنه ان يسمح ب تقديم:

- صورة شاملة للمخاطر.
- نسخة واحدة من الحقيقة المقدمة لجميع الموظفين والمدققين والهيئات التنظيمية.
- دقة المعلومات المتعلقة بالمخاطر وأنظمة الرقابة الداخلية تمكن أصحاب المصالح من اتخاذ قرارات سريعة وفعالة بخصوص المخاطر.
- برامج الالتزام الفعالة تساهم في معالجة التغيرات المستمرة.
- التناسق في ثلاثية الحوكمة وإدارة المخاطر والالتزام تساهم في قياس فعالية الرؤية في بيئة الاعمال الداخلية.
- القدرة على الاستجابة بشكل استباقي للمخاطر عن طريق التعامل مع العوائق الوظيفية والتجارية والتنظيمية المقيدة.
- نموذج تشغيل موحد لبيئة الاعمال يتمتع بخفة الحركة اللازمة للإدارة المخاطر الناشئة. (اللويمي وبن شلهوب، 2019، صفحة 84)

وبحسب إستجابات المبحوثين فإن ترتيب العبارات وفق أهميتها النسبية جاء على النحو التالي: في المرتبة الأولى كانت العبارة (16) والتي مفادها: تقوم المؤسسة بحملات التوعية حول الوقاية من الامراض المعدية، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.59)، وإنحراف معياري قدره (1.48) وبأهمية نسبية بلغت (71.8%)، بتقدير مرتفع، وقد وقفنا على ذلك بالفعل حيث تزامنت فترة تربصنا مع قيام المؤسسة بحملات توعية حول الوقاية سواء كانت منها تلك الخاصة بالأمراض المعدية كوباء

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

كوفيد19 حيث تعمل المؤسسة على تنظيم حملات توعية وتلقيح ضد فيروس كوفيد 19 وحملات التلقيح ضد الزكام الموسمي سواء كانت الموجهة للمواطنين او تلك الموجهة لمستخدمي المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ، أو القيام بحملة الكشف عن داء السكري من قبل مصلحة الأوبئة والطب الوقائي المتزامنة مع اليوم العالمي لداء السكري الموافق ل14نوفمبر من كل سنة ، أو تلك الخاصة بالكشف المبكر عن سرطان الثدي ناهيك عن حملات التبرع بالدم. فقد أبرزت جائحة مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) بوضوح جلي، ضرورة قياس التأهب والوقاية والكشف، واستجابة البلدان للطوارئ الصحية. كما بينت ضرورة دعم البلدان في تعزيز نظم البيانات والمعلومات الصحية اللازمة للتأهب والوقاية والكشف والاستجابة. كما أوضحت جائحة كوفيد-19 العلاقة الديناميكية بين الطوارئ الصحية والتغطية الصحية الشاملة وتمتع السكان بمزيد من الصحة، وسائر أهداف التنمية المستدامة. (منظمة الصحة العالمية، ديسمبر2020، صفحة 05) .

"وترتكز برامج الوقاية في الصحة على شبكات رصد الامراض المتنقلة وغير المتنقلة والانداز عنها قصد التمكن من الكشف المبكر عنها والتصدي السريع لها، وعلى سجلات الرصد بالنسبة للأمراض غير المتنقلة." المادة 36 من قانون الصحة 2018.

وبما ان المؤسسة العمومية الاستشفائية تعني بتقديم خدمات مجانية لمختلف أفراد المجتمع فأن وظيفة التوعية تعد من بين أدورها الرئيسية إتجاه البيئة الاجتماعية التي تتواجد ضمنها، كما تعد مظهرا أساسيا من مظاهر الإلتزام بالأداء الاجتماعي للمستشفيات. حيث ينص قانون الصحة لسنة 2018 على ذلك، وعلى سبيل المثال نجد:

-المادة 14: تضمن الدولة وتنظيم الوقاية والحماية والترقية في مجال الصحة.

-المادة 15: تنفذ الدولة الترتيبات من اجل الوقاية من الامراض المتنقلة وغير المتنقلة ومكافحتها قصد تحسين الحالة الصحية للمواطنين ونوعية حياة الأشخاص.

-المادة 17: تتولى الدولة ترقية الاتصال والاعلام والتحسيس في مجال الصحة. (الجريدة

الرسمية الجزائرية، قانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018، 2018)

وفي نفس السياق نجد ان وزارة الصحة بحذ ذاتها تعمل على تعزيز الوقاية والتأهب والاستجابة للمخاطر الصحية حيث أشرف وزير الصحة يوم 07 جوان 2022 رفقة المدير العام للوكالة الجزائرية للتعاون الدولي على انطلاق أشغال الاجتماع الافتراضي حول تعزيز الوقاية والتأهب والاستجابة للمخاطر الصحية عند نقاط الدخول البرية بين الجزائر و موريتانيا والنيجر، لتعزيز التعاون بين

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

حكومات هذه الدول خاصة في المجال الصحي، وشدد الوزير على ضرورة مضاعفة الجهود لمواجهة الاخطار التي يمكن تسجيلها على مستوى نقاط الدخول البرية من خلال تكثيف الرقابة الصحية.

-في المرتبة الثانية كانت العبارة (17) والتي مفادها: تتوفر المؤسسة على نظام معلوماتي لحفظ البيانات الصحية للمرضى، بمتوسط حسابي قدره (3.50)، وإنحراف معياري قدره (1.55) وبأهمية نسبية بلغت (70%)، وتقديرها مرتفع أيضا، ويدخل ذلك ضمن استراتيجية الدولة عموما ووزارة الصحة من اجل تعميم الرقمنة والحوكمة الرقمية للإدارات والمؤسسات الصحية العمومية، وهو الامر الذي من شأنه تعزيز الحوكمة وتدعيمها بتوظيف النظام الرقمي لحفظ البيانات وتتبع مسار التسيير الصحي للمؤسسات الاستشفائية وتقييم المواد والموارد المتوفرة والحالات الصحية للمرضى والبيانات الشخصية الخاصة بموظفي المؤسسة ومرتابيها من المرضى ومن هم بحاجة لعلاج وتشخيص ظرفي أو مستمر، وكل ذلك من شأنه المساهمة مباشرة في وضوح الرؤية المتعلقة بحدوث مشاكل ما وإتاحة الفرصة لاتخاذ القرارات المناسبة بناء على المعطيات والبيانات المتاحة إلكترونيا والتي تخضع للتحديث باستمرار. حيث تنص المادة 292 من قانون الصحة 2018 انه: "يتعين على الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة للصحة إعداد ملف طبي وحيد معلوماتي لكل مريض وتحيينه، ويجب الحفاظ على سرية المعلومات التي في حوزتها. ويتعين عليها، زيادة على ذلك، ضمان تسيير الأرشيف الطبي والمحافظة عليه." كما تنص المادة 293 على انه "يتعين على الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة للصحة أيضا تبليغ المصالح الصحية المعنية بالمعلومات الضرورية بغرض التحقيقات الوبائية او إعداد إحصائيات صحية".

وبالتالي فحوكمة تقنية المعلومات تعد عنصراً رئيسياً لبناء الثقة في عصر التكنولوجيا الرقمية، وتتطلب الاختيارات الصحيحة التي تؤدي في النهاية إلى دفع النمو المحقق للأرباح إلى إعادة التركيز على امتلاك المهارات المناسبة وتحسين الحوكمة. ويمكن أن تكون هذه الخطوة هي أول خطوة على طريق بناء الثقة في عصر التكنولوجيا الرقمية؛ شريطة أن تتم موازنة هذه العوامل مع إستراتيجية المؤسسة بالكامل، حيث يمكن أن يسمح الجمع بين الثقة والتعامل بشكل جديد مع المخاطر للمؤسسات بأن يُظهر إمكاناتها وثقتها في قدراتها على مواجهة المخاطر. (تاكوس، 2015، صفحة 13)

في حين جاءت جل العبارات الموالية بتقدير متوسط وهي موضحة على الترتيب التالي:

-في المرتبة الثالثة كانت العبارة (14) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على تعزيز إدارة المخاطر، بمتوسط حسابي قدره (3.11)، وإنحراف معياري قدره (1.43) وبأهمية نسبية بلغت (62.2%)، أي ما يمثل 42.3% من عينة الدراسة يرون بان مؤسساتهم تعمل على تعزيز إدارة المخاطر ومرد ذلك لسعي المؤسسة الدائم من أجل اتخاذ التدابير اللازمة في حالة الطوارئ والكوارث الصحية الوبائية

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

منها والطبيعية عبر الاحتفاظ بمخزون دائم من المعدات والوسائل الطبية المستخدمة في التشخيص والعلاج، كما هو الحال مثلا بالنسبة لمخزون الصيدلانية من المحاليل الطبية والمعدات الجراحية والأدوية، حيث يقوم العاملين هناك دوريا بجرد ما هو متوفر والنقائص وتقديم تقارير للجنة المعنية من اجل تزويدها وتغطية النقص الموجود، وفي حالة انتشار مرض ما يتم العمل على استحداث خلية للتكفل بذلك.

وقد حددت منظمة الصحة العالمية العناصر الأساسية الضرورية لإدارة المخاطر البوبائية والصحية كما هي في الجدول الموالي:

الجدول رقم..: عناصر ومكونات عملية إدارة المخاطر البوبائية

العناصر	المكونات الرئيسية
سياسات إدارة الموارد	-السياسات والتشريعات-استراتيجيات تطوير القدرات-الرصد والتقييم والابلاغ-التمويل-الموارد البشرية
التخطيط والتنسيق	آليات التنسيق-وحدات إدارة المخاطر البوبائية والصحية -تخطيط الوقاية والتخفيف من النتائج-تخطيط التعافي-ديمومة وسيرورة العمل الصحي-إدارة التدريب والتأهيل للطوارئ.
إدارة المعلومات والبيانات	تقييم المخاطر-الإنذار المبكر والترصد-بحوث غدارة المخاطر الصحية-إدارة المعارف والمعلومات والاتصالات العامة.
البنية التحتية الصحية ولوجيستيات الدعم	-اللوجيستيات والامدادات-المرافق الصحية الأكثر أمنا والمتأهبة للطوارئ والقادرة على المواجهة والتصدي.
الخدمات الصحية والمرافقة لها	-خدمات الرعاية الصحية، تدابير الصحة العمومية، الخدمات المتخصصة لأخطار معينة
القدرات المجتمعية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية	-قدرات القوى العاملة الصحية المحلية، دور المجتمع المدني.

المصدر: (منظمة الصحة العالمية، 2017، صفحة 19)

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

وبالنسبة لمهام مصلحة الوقاية وإدارة المخاطر ضمن المؤسسات الاستشفائية فإنها تتعلق مباشرة بمجموعة من الأنشطة الخاصة بغدارة المخاطر الصحية والوقاية حيث:
-تعتبر حلقة وصل بين المؤسسات العمومية للصحة ومديرية الوقاية بوزارة الصحة، خاصة في مجال جمع وترتيب المعلومات والاحصائيات وتقييم نشاطات الوقاية التي تقوم بها المؤسسة.
-تنفيذ البرامج الوطنية للصحة، وذلك بالتنسيق بين المؤسسة العمومية للصحة والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

تقييم البرامج الوطنية بعد تنفيذها.

-جمع مختلف البيانات والمعلومات والمعطيات الوقائية والعلاجية والوبائية وتصنيفها وترتيبها واستعمالها، والتنسيق بين المؤسسات الصحية في مجال الوقاية من الأمراض والأوبئة وانتشار العدوى.

-توفير اللقاحات الضرورية للمؤسسات الصحية تحت الوصاية بالتنسيق مع وزارة الصحة ومعهد باستور.

-مراقبة عملية إيصال مياه الشرب إلى المنازل طبقا لقواعد الحماية الصحية بغية توفير نوعية الماء الملائمة.

التنسيق مع مختلف القطاعات الأخرى في مجال الوقاية كالجماعات المحلية (الولاية، الدوائر، البلديات)، مديرية التربية، الجزائرية للمياه، مديرية البيئة والعمران.

التنظيم والمشاركة في الندوات والملتقيات والأيام التحسيسية بصفة دورية في مجال الصحة من أجل نشر الثقافة الوقائية والصحية. (المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان، 1998)

-في المرتبة الرابعة كانت العبارة (19) والتي مفادها: تقوم المؤسسة التي تشتغل فيها بالمتابعة الصارمة لبيانات المرضى، بمتوسط حسابي قدره (3.06)، وإنحراف معياري قدره (1.21) وبأهمية نسبية بلغت (61.2%)، أي ان ما يمثل 36.2% من المبحوثين يقرون أن مؤسستهم تتابع بيانات المرضى بصرامة ، فالحالة الصحية للمريض تخضع للمراقبة من قبل فريق من الأطباء والممرضين التابعين للمصلحة التي يتواجد فيها المريض وكل يوم يمر الأطباء على مختلف غرف المرضى لمتابعة حالته الصحية وتطوراتها وفق برنامج عمل ومنظم ، حيث يتم تسجيل كل المستجدات الصحية والأدوية ونتائج التحاليل دوريا من قبل فريق مختص مكون من الأطباء ومساعدتهم شبه الطبيين.

-في المرتبة الخامسة كانت العبارة (18) والتي مفادها: تمتلك المؤسسة فرق خاصة بالبحث في مجال الصحة والأمراض والأوبئة، بمتوسط حسابي قدره (3.01)، وإنحراف معياري قدره (1.48) وبأهمية نسبية بلغت (60.2%)، وتتمثل هذه الفرق في مصلحة الامراض والوقاية والأوبئة الموجودة على

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

مستوى الهيكل التنظيمي لكل المؤسسات الاستشفائية العمومية، غير ان العديد من العاملين غير مطلعين على مهام هذه المصلحة لذلك يجهلون بمدى وجود فرق خاصة بالبحث الصحي والوبائي. ومن الإجراءات المتخذة لمواجهة انتشار الامراض المعدية والأوبئة على مستوى المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية حسب ما صرح لنا به رؤساء المصالح خلال المقابلة معهم - توفير كل وسائل الوقاية وتوعية المستخدمين والمواطنين والمرضى من مخاطر كل الأمراض المعدية. - وجود خلية تدخل ومتابعة تطورات الوضع الصحي لكل مرضى كوفيد19. - وضع مخطط مدروس ومنهج وفق البروتوكول الصحي المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية. - انشاء مخزن استعجالي خاص بالأوبئة والكوارث. - انشاء لجنة خاصة لمواجهة هذه المشاكل. - حسن تنظيم المصلحة من كل النواحي والتجهيز المستمر والاستعداد لكل الطوارئ المحتملة - إجراء التحاليل والحماية من كل المخاطر بالأدوات اللازمة من لباس واقنعة ومحاليل للتطهير. - في المرتبة السادسة كانت العبارة (20) والتي مفادها: تتوفر المؤسسة على خلية لمواجهة الطوارئ الصحية، بمتوسط حسابي قدر ب (2.9)، وإنحراف معياري قدره (1.56) وبأهمية نسبية بلغت (58%)، اعتبارا ان مصلحة الأمراض والأوبئة هي المكلفة المباشر بذلك، وتشكل الطوارئ الصحية كل ماله علاقة بالكوارث والاحطار الكبرى والتي غالبا ما تكون مفاجئة كالإصابات والوفيات الناجمة عن الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير والفيضانات وما قد يتخللها من كوارث ووبئة أيضا، أو الحروب، أما الاخطار الصحية فتصنف إلى أخطار بيولوجية (العدوى بجراثيم وفيروسات مختلفة)، كيميائية (قد تكون ناجمة عن الأدوية ومحاليل الاختبار والتحليل الكيماوية). إشعاعية (نتيجة الكشف والعلاج بالأشعة)، وأيضا نفسية (قد تكون ناجمة عن الضغوط المهنية والارهاق في ظل نقص وسائل الراحة والمشاكل في العمل). (مرقص، 2019)

وتجدر الإشارة إلى انه في إطار المقابلة المقننة التي أجريناها مع المدراء الفرعيين ورؤساء المصالح فقد أكد لنا هؤلاء أنه تم استحداث خلية ازمة على مستوى المستشفى لمتابعة تطور الوضعية الصحية لمرضى وباء كوفيد 19 – بالتوازي مع وجود مصلحة الوقاية والأوبئة-، وعينت هذه اللجنة من قبل المؤسسة في ظل تفشي جائحة كورونا منذ جانفي 2020، كما انه قد شكلت خلية ازمة من قبل نتيجة انتشار مرض التهاب السحايا سنة 2003 والذي كان عدد كبير من الأطفال عرضة له. حيث توجد عدة خلايا لإدارة المخاطر وفيها لجنة مكافحة العدوى في الوسط الاستشفائي. ومهامها التكفل بالطوارئ الوبائية حيث تسهر هذه الخلية على تنفيذ برامج الوقاية الخاصة بمرضى كورونا(كوفيد19) وهي تعمل على متابعة تطورات المرض وكيفية التعامل معه من خلال إجراء

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

الفحوصات وكتابة التقارير والسهرة على تطورات الحدث وتوثيقها يوميا والتبليغ بالحدث للحماية المدنية، مديرية الصحة، الشرطة، البلدية... الخ

- في المرتبة السابعة كانت العبارة (15) والتي مفادها: تتوفر المؤسسة على الامكانيات اللازمة لمكافحة العدوى المكتسبة من المستشفيات، بمتوسط حسابي قدره (2.84)، وإنحراف معياري قدره (1.6) وبأهمية نسبية بلغت (56.8%)، ورغم توفر المستشفى على العديد من الإمكانيات التي وقفنا عليها أثناء فترة التبرص المتزامنة مع انتشار الوباء المعدي كوفيد19 إلا أنها بالنسبة للمبحوثين تبقى غير كافية في ظل الاختلالات في التموين التي تعترض السير الحسن للخدمات الصحية في العديد من المرات جراء عامل عدم التوقع بالنسبة للعديد من الأخطار الصحية والأمراض الوبائية وحالات العدوى بالنسبة للمرضى أو حتى الطاقم الطبي.

وفي ظل ازمة وباء كورونا فقد خصصت الدولة اعتمادات مالية كبيرة لاقتناء منتجات صيدلانية موجهة لمكافحة وباء كورونا لاسيما الكواشف والمستهلكات لفائدة المؤسسات العمومية للصحة، كما تم اقتناء الأدوية ومستلزمات طبية للوقاية والحماية، كما أكد وزير الصحة الجزائري عبد الرحمان بن بوزيد أن " الجزائر وقعت اتفاقا مع 170 دولة " من " أجل شراء جماعي للقاح كورونا والاستفادة من تخفيضات في سعره قد يتراوح بين 3 الى 38 دولار". (المجلس الشعبي الوطني، 2020). كما صرح الوزير أيضا امام لجنة المالية والميزانية في إطار دراسة مشروع قانون المالية لسنة 2021 أن النفقات المخصصة للوقاية تم الاحتفاظ بها بقيمة 10.096.130.000 دج. والجدول الموالي سيوضح لنا الحجم الكبير للإصابات بكورونا المسجلة على مستوى المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة الميدانية، وهو الأمر الذي يتوافق مع ما تم عرضه في ظل تأثير الجائحة ونقص الإمكانيات اللازمة لمكافحة العدوى المكتسبة من المستشفيات، ومواجهة الأمراض المعدية، خاصة مع الاكتظاظ الرهيب في ظل هذا الطارئ الصحي غير المتوقع، خاصة إذا علمنا ان المستشفى كان في الأصل يتسع ل 264 سرير فقط.

الجدول رقم (32): الإصابات بكورونا في مستشفى الميلية خلال الثلاثي الثالث من 2021.

الشهر	الحالات	عدد الإصابات بكورونا	عدد الوفيات بكورونا
جويلية	243	30	
أوت	525	15	
سبتمبر	142	18	
مجموع الثلاثي	910	63	

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

المصدر: مصلحة الوقاية والايوبئة على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية. في المرتبة الثامنة كانت العبارة (13) والتي مفادها: استفدت من دورات تكوينية في مجال الصحة الوقائية، بمتوسط حسابي قدر ب (2.61)، وإنحراف معياري قدره (1.63) وبأهمية نسبية بلغت (52.2%)، ويعود ذلك لعدم استفادة أغلب المنتمين للمؤسسة من التبرصات والدورات التكوينية الخاصة بالعمل الإداري أو الصحي باستثناء تلك التي تتزامن مع التوظيف الجديد أو أثناء فترة التبرص من أجل الترسيم أو من أجل الترقية أو في حالة استحداث أنظمة عمل جديدة تستوجب تأهيل العاملين وتدريبهم عليها. حيث يقصد بالوقاية وفق المادة 34 من قانون الصحة 2018 "كل الاعمال الرامية إلى: التقليل من أثر محددات الامراض، تفادي حدوث امراض، إيقاف انتشارها أو الحد من آثارها."

الجدول رقم (33): يوضح العلاقة بين استفادة العاملين من دورات تكوينية في مجال عملهم والسلك الوظيفي الذي ينتمون إليه.

	العبارة 13 استفدت من دورات تكوينية في مجال عملك				المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	
الاداريين	5	11	6	4	28
السلك الوظيفي	3.8%	8.5%	4.6%	3.1%	21.5%
شبه الطبيين في الصحة العمومية	21	25	5	29	85
الممارسين الطبيين في الصحة العمومية	16.2%	19.2%	3.8%	22.3%	65.4%
المجموع	4	7	0	6	17
	3.1%	5.4%	0.0%	4.6%	13.1%
المجموع	30	43	11	39	130
	23.1%	33.1%	8.5%	30.0%	100.0%

المصدر: من اعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

من خلال هذا الجدول نلاحظ ان ما يعادل 35.4% فقط من عينة الدراسة قد استفادوا من دورات تكوينية في مجال عملهم، وفي المقابل نجد ان ما نسبته 56.2% من عينة البحث لم تستفد من أي دروة تدريبية في مجال عملها حيث توزع هذه النسبة على 12.3% من الإداريين، و 35.4% من فئة شبه الطبي، و 8.5% من الممارسين الطبيين، وهو ما يعبر عن نقص في التكوين المكمل بالنسبة للعمل في القطاع الصحي بالنسبة للفئات الثلاث، حيث لا بد من التكوين المستمر من اجل التكيف مع التغيرات والتطورات في المجال الصحي وآليات التسيير والكشف والعلاج ، خاصة وان الأبحاث العلمية في مجال المناجمنت والطب دائمة التغير والتطور، ورغم ان كل من الحكمة والجودة تقومون على مبدأ التطوير المستمر فإن غياب التكوين المدعم للطاقم الطبي وشبه الطبي والاداريين يجعلهم تقليديين فأساليب إدارة المنشآت الصحية تتغير وكذلك نتائج الأبحاث حول الامراض والصحة وطرق التشخيص والعلاج تتغير أيضا وتتطور باستمرار مع التقدم العلمي والتكنولوجي الهائل والمتسارع الذي أصبح سمة العالم اليوم، لذلك يعد نقص التكوين والتدريب عائقا بالنسبة

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

لمسعى تحقيق الحوكمة الصحية والارتقاء بالخدمات الصحية وتوقع المخاطر والتكيف مع المستجدات في مجال الإدارة الصحية والعمل الطبي وشبه الطبي والإداري.

-في المرتبة التاسعة كانت العبارة (21) والتي مفادها: تشجع المؤسسة مواردها البشرية على المشاركة في المشاريع البحثية الصحية، بمتوسط حسابي قدر ب (2.60)، وإنحراف معياري قدره (1.31) وبأهمية نسبية بلغت (52%)، بتقدير منخفض، حيث نجد ان ما يمثل 23.1% فقط يقرون بان مؤسستهم تشجعهم على المشاركة في المشاريع البحثية المتعلقة بالصحة، في حين ان ما يعادل 49.2% من عينة البحث يعارضون هذه العبارة، وبالتالي يمكن تفسير ذلك بكون أغلب عينة البحث لم يسبق لها المشاركة في أي مشروع بحث صحي ولم تكلف من قبل المؤسسة الاستشفائية بمهام تخص البحث العلمي في مجال الصحة والمرض، وهو ما يعد مؤشرا على ضعف تمثيل المؤسسة في مشاريع البحث والتطوير الذي يعد مرتكزا أساسيا في منظومة الجودة الصحية والوقاية من الامراض، وتوقع المخاطر والتهديدات الصحية .

-في المرتبة العاشرة والأخيرة وبتقدير منخفض كانت العبارة (22) والتي مفادها: تتوفر المؤسسة على مخابر مجهزة بأحدث التقنيات الطبية، بمتوسط حسابي قدر ب (2.21)، وإنحراف معياري قدره (1.45) وبأهمية نسبية بلغت (44.2%)، حيث نجد وفق الشواهد الكمية للجدول (31) ما يمثل 17.7% فقط يوافقون على العبارة، فيما يمثل 63.8% المعارضين، ويرون أن مؤسستهم لا تتوفر على مخابر مجهزة بأحدث التقنيات الطبية ويرجع ذلك لنقص الإمكانيات ووسائل التحليل والتشخيص وحتى العلاج، فبالنسبة مثلا لمخبر الأشعة كان يعاني من انعدام جهاز السكاير وتم سنة 2019 عرض دفتر شروط لاقتناء هذا الجهاز على لجنة الصفقات العمومية بالمؤسسة ولكن لما توفر هذا الجهاز بقي مشكل نقص الأطباء المختصين في الأشعة لاستغلال هذا الجهاز الذي كلف الميزانية اكثر من 6 ملايين، في حين اكدت إدارة المؤسسة وجود تقنيين يخضعون للتكوين من أجل التكفل باستعمال هذا الجهاز في التشخيص والكشف على المرضى. وكذلك بالنسبة لمعدات الكشف عن وباء كوفيد19 مثلا لاحظنا نقص الكواشف pcr في بداية الأزمة وتم بدلا عنها القيام بالتحاليل المخبرية للدم. (سيرولوجي).

وفي الأخير يمكننا القول بان جملة هاته النقائص المسجلة وفق ما تم ملاحظته وبناء على إجابات المبحوثين تشكل عائقا لمسعى الحوكمة في المجال الصحي وتطوير منظومة إدارة المخاطر الصحية والارتقاء بها لتحقيق مسعى الاستعداد والمواجهة الاستباقية للتهديدات الصحية المفاجئة.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

ولهذا لا بد من تعزيز نظام حوكمة المؤسسات الصحية واستراتيجية إدارة المخاطر على مستوى المؤسسات الصحية من خلال توفير المستلزمات الطبية والإدارية. ويعرضها (شعيب في كتابه إدارة المستشفيات) بالتأكيد على ضرورة الامداد المستمر بالشاش والقطن والأدوية والمواد الغذائية والأجهزة الطبية وقطع الغيار والمعدات المكتبية، التخزين بالطرق المناسب وبالكمية الاقتصادية لضمان استمرار الخدمة والحفاظ على مخزون الطوارئ، التدفق المنتظم للخدمات الإدارية والقوى البشرية لدعم الخدمات الطبية بالكميات والنوعيات المطلوبة، تلبية الاحتياج المناسب للمواد والخدمات الإدارية في المكان المناسب والوقت المناسب، السلامة الصحية للبيئة الداخلية والخارجية، التخلص الآمن من النفايات داخل وخارج المستشفى، وإعادة تعقيم المعدات والأجهزة والمواد والمفروشات. (شعيب، 2013، الصفحات 64-65)

3.1. درجة تطبيق الحوكمة الصحية من خلال بعد جودة الخدمات الصحية

جدول رقم (34): يوضح الحسابات المتعلقة ببعد جودة الخدمات الصحية

رقم العبارة	البعد الثالث: جودة الخدمات الصحية	المقياس	موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	التقدير
23	تعمل المؤسسة على التحسين المستمر لنوعية خدماتها الصحية.	التكرار	13	62	18	21	16	3.26	1.4	65.2%	03	متوسط
		النسبة	10	47.7	13.8	16.2	12.3					
24	تقدم المؤسسة مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى.	التكرار	7	31	40	36	16	2.82	1.2	56.4%	06	متوسط
		النسبة	5.4	23.8	30.8	27.7	12.3					
25	تقوم المؤسسة بعمليات تقييم دورية للخدمات الصحية المقدمة.	التكرار	7	22	45	33	23	2.66	1.24	53.2%	07	متوسط
		النسبة	5.4	16.9	34.6	25.4	17.7					
26	يملك العاملون بالمؤسسة مهارات عالية في التعامل مع المرضى.	التكرار	20	36	34	23	17	3.14	1.583	62.8%	04	متوسط
		النسبة	15.4	27.7	26.2	17.7	13.1					
27	تتوفر المؤسسة على إمكانيات ومستلزمات طبية متطورة للتكفل الصحي بالمرضى.	التكرار	7	20	32	43	28	2.50	1.32	50%	08	منخفض
		النسبة	5.4	15.4	24.6	33.1	21.5					
28		التكرار	22	44	35	21	8	3.39	1.279	67.8%	01	متوسط

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

					6.2	16.2	26.9	33.8	16.9	النسبة	يتم التكفل بالمرضى في الوقت المناسب.	
متوسط	05	59.6%	1.24	2.98	15	25	48	31	11	التكرار	تسود بالمؤسسة ثقافة الالتزام التنظيمي.	29
					11.5	19.2	36.9	23.8	8.5	النسبة		
متوسط	02	%65.6	1.77	3.28	17	23	23	40	27	التكرار	تهتم المؤسسة بالجانب النفسي للمرضى.	30
					13.1	17.7	17.7	30.8	20.8	النسبة		
متوسط	/	%60	1.37	3							البعد الكلي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

يتناول الجدول (34) درجة تطبيق الحوكمة الصحية من خلال بعد جودة الخدمات الصحية حيث كشفت النتائج الحسابية أن المتوسط الحسابي لهذا البعد تراوح بين (2.5 و 3.39) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ المتوسط العام لهذا البعد (3) بإنحراف معياري (1.37) وأهمية نسبية قدرت بـ (60%)، وإستنادا لمعيار التحليل فتقدير بعد جودة الخدمات الصحية كان متوسط. ويلاحظ من الجدول تقارب وتمائل في إستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات بعد جودة الخدمات الصحية إذ كانت أغليبتها متوسطة.

ووفقا لإستجابات المبحوثين فإن العبارات جاءت وفق الترتيب التالي بناء على أهميتها النسبية: في المرتبة الأولى كانت العبارة (28) والتي مفادها: يتم التكفل بالمرضى في الوقت المناسب، وهذه العبارة تنتهي لبعد الاستجابة من بين أبعاد جودة الخدمة الصحية حيث يتمثل هذا البعد في سرعة تقديم الخدمة الصحية والاستعداد الدائم للتعاون مع المريض والرد على الاستفسارات والشكاوي والالتزام بالمواعيد بدقة، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.39)، وإنحراف معياري قدره (1.27) وبأهمية نسبية بلغت (67.8%)، حيث تبدو من خلال الجدول ان ما يعادل 50.7% من المبحوثين يتفقون على انه ضمن مؤسستهم الاستشفائية يتم التكفل بالمرضى في الوقت المناسب، بالنظر إلى ان مهامهم وواجباتهم محددة بموجب القانون وفي حالة اللامبالاة أو عدم القيام بوظائفهم يتعرضون للعقوبات بموجب القانون، كما انه من حق المريض التقدم بشكوى للجهات المهنية بالمؤسسة في حالة تعرضه للإهمال الطبي أو تجاهل حالته الصحية من قبل الممرضين. ومن خلال المقابلات التي اجريناها مع رؤساء بعض المصالح فقد أكد لنا هؤلاء قيام الموظفين بمهامهم على أكمل وجه خاصة في ظل غياب الشكاوي والاختفاء المهنية أو دعاوي الإهمال الطبي، كما وقفنا على سجل التظلم والشكاوي حيث من النادر ما نجد شكوى متعلقة بإهمال المريض أو التأخر عن تقديم المساعدة الطبية في الوقت اللازم.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

-في المرتبة الثانية كانت العبارة (30) والتي مفادها: تهتم المؤسسة بالجانب النفسي للمرضى ضمن بعد اللطف والتعاطف وحسن التعامل مع المريض، بمتوسط حسابي قدر ب (3.28)، وإنحراف معياري قدره (1.77) وبأهمية نسبية بلغت (65.6%)، إي ان ماقيمته 51.6% من عينة الدراسة يقرون باهتمام مؤسستهم بالجانب النفسي للمريض، حيث تؤكد ذلك جهود المؤسسة في مراعاة الصحة النفسية للمرضى وتوفير الدعم المعنوي لهم، من خلال حسن تعامل الطاقم الطبي وشبه الطبي معهم، ووتفهم احتياجاتهم مراعاة حالتهم الصحية والنفسية نتيجة المرض، وما دامت مهام تقديم الرعاية الصحية من أنبل المهن والمهام فهي تعني بالجانب الإنساني والاجتماعي والنفسي للأفراد بالدرجة الأولى، فمن الطبيعي أن يحظى المرضى بالتعاطف من قبل الآخرين، فما بالك لو كان هؤلاء هم الطاقم المنتهي للمؤسسة الاستشفائية، ويبدو اهتمام المؤسسة أيضا من خلال قيامها بتوظيف العديد من الاخصائيين النفسيين والعيادين بالمؤسسة، حيث في كل مصلحة يوجد اخصائيين يهتمون بالحالة النفسية لمرضى تلك المصلحة أو القسم وعلى سبيل الذكر فقد سخر هؤلاء الأخصائيين النفسيين من اجل متابعة مرضى كوفيد 19 إذا تم إلغاء العطل السنوية للعديد منهم وتأجيلها من أجل ضرورات المصلحة الصحية.

-في المرتبة الثالثة كانت العبارة (23) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على التحسين المستمر لنوعية خدماتها الصحية وهي ضمن بعد الاستجابة أيضا، بمتوسط حسابي قدر ب (3.26)، وإنحراف معياري قدره (1.4) وبأهمية نسبية بلغت (65.2%)، وهنا يمكن القول بأن ما يشكل 57.6% من العينة برون ان مؤسستهم تعمل فعلا على تحسين خدماتها الصحية لأي ان معدل استجابتها مرتفع ، ويمكن إرجاع ذلك لسهر الطاقم الإداري والطبي وشبه الطبي على حد سواء من أجل بذل جهد اكبر للتكفل بالانشغالات الصحية للمرضى وعلاجهم وفق الإمكانيات المتاحة والسعي لترقية الخدمات الصحية من خلال توفير الإمكانيات المادية والكوادر البشرية اللازمة للتكفل الأمثل وتوفير متطلبات الجودة الخدماتية وتحسين المخرجات الصحية للمؤسسة.

وقد قام المكتب الإقليمي الاوروبي لمنظمة الصحة العالمية بإعداد أداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات، من أجل دعم المستشفيات في عملية جمع البيانات عن أدائها، وتحديد كيفية أدائها لعملها مقارنة مع نظائرها، والقيام بأنشطة تستهدف تحسين جودتها. ويشتمل إطار تقييم الأداء على ستة أبعاد تتمثل في: أربعة مجالات: الفعالية الإكلينيكية، والكفاءة، وتوجيه الموظفين، والحوكمة المتجاوبة كما يشتمل على منظورين اثنين جانبيين المأمونية أو الموثوقية، والتركيز على المرضى. (منظمة الصحة العالمية، أوت 2009، صفحة 14)

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

وتسهّر الدولة الجزائرية على تحسين الخدمات الصحية والارتقاء بالخدمات لمصاف الجودة من خلال: "تنفيذ كل الأعمال وتعبئة الوسائل التي من شأنها ضمان خدمات وقائية وعلاجية للمواطنين من أجل تفادي أو إيقاف مرض أو مجموعة من الأمراض المعينة. تهدف حماية الصحة وترقيتها إلى ضمان حماية المستهلك والبيئة وحفظ الصحة وسلامة المحيط وإطار المعيشة والعمل" **المادتين 8 و9 من قانون الصحة 2018.**

وفي نفس السياق فقد قامت الدولة بعقد ملتقى وطني حول الصحة بعنوان: **تحسين المنظومة الصحية يومي 8 و9 جانفي 2022** ويضم هذا الملتقى أكثر من 700 من ممثني الصحة ويضم 8 ورشات من شأنها التباحث حول السبل الكفيلة بتجسيد الاستراتيجية الفعلية لحوكمة المنظومة الصحية وتحسين الخدمات الصحية.

-في المرتبة الرابعة كانت العبارة (26) والتي مفادها: يمتلك العاملون بالمؤسسة مهارات عالية في التعامل مع المرضى، بمتوسط حسابي قدر ب (3.14)، وإنحراف معياري قدره (1.58) وبأهمية نسبية بلغت (62.8%)، حيث توصلت النتائج على ان مانسبته 43.1% من عينة الدراسة يوافقون على ذلك، وفي مقابل ذلك 30.8% يعترضون على العبارة، ويمكن تفسير ذلك بطبيعة المهام التي يؤديها العاملين حيث وبالنظر لكون المؤسسة ذات طابع خدماتي متعلق بتقديم خدمات صحية لأفراد مرضى أو بحاجة لعلاج أو تشخيص فهي مهنة نبيلة تركز على الجانب الإنساني أكثر من المادي حيث يفترض في مقدمي الخدمة جملة من الصفات منها حسن السلوك والتعامل والصبر وسعة البال والتعاطف والتعاون ومساعدة المرضى وهو ما وقفنا عليه من خلال تعاملنا مع الطاقم الإداري وشبه الطبي والطبي العامل بالمؤسسة في إطار بحثنا. فمن ضمن أوجه المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية ككل والعاملين فيها اتجاه المرضى العمل الدائم على تحسين نوعية الخدمات الطبية والرعاية الصحية استجابة لاحتياجات المرضى وتوقعاتهم، من خلال تقليص مدة الانتظار وإمكانية تلقي التشخيص والعلاج الآني دون حرج مسبق، الاهتمام بكل المرضى وكذلك أصحاب الاعاقات والعجز الناتج عن الحوادث والعمل على الرفع من قدراتهم الجسمية والفكرية وتسهيل تفهمهم الاجتماعي والمهني، وفقا لحالاتهم الصحية وتأهيلهم للاعتماد الذاتي على أنفسهم والاندماج في الحياة المجتمعية وممارستها بشكل طبيعي قدر الإمكان ووفقا لإمكانياتهم وقدراتهم واستعداداتهم. (نصيرات ، 2008، صفحة 63)

-في المرتبة الخامسة كانت العبارة (29) والتي مفادها: تسود بالمؤسسة ثقافة الالتزام التنظيمي، بمتوسط حسابي قدر ب (2.98)، وإنحراف معياري قدره (1.24) وبأهمية نسبية بلغت (59.6%)، حيث نجد ان ما يمثل 32.3% تتجه اجاباتهم نحو الموافقة، في حين أن ما يعادل 30.7% يعتبرون انه

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

لا توجد ثقافة الإلتزام التنظيمي بالمؤسسة، ويبدو من خلال هذه النسب التقارب والتعادل بين إجابات المبحوثين من حيث الموافقة على العبارة أو معارضتها، ويمكن تفسير ذلك بالعودة إلى مدى الصرامة والرقابة التنظيمية السائدة في المؤسسة فكلما زادت الرقابة كلما ارتفع معدل الإلتزام ولكن بالنظر لكون ثقافة الإلتزام بالمؤسسة تعكس قناعة فردية تظهر في سلوكيات الأفراد من خلال عملهم على تنفيذ مهامهم على اكمل وجه والالتزام الجدية والانضباط في العمل فلا يمكن فرضها بالرقابة بل هي ممارسة ذاتية تعبر عن قناعات الأفراد وأخلاقهم، لذلك جاءت إجابات المبحوثين متقاربة بين من يتجهون للنصف الموجب وبين من يتجهون للنصف السالب في التعبير عن إجابتهم بخصوص هذه العبارة ولهذا فقد أصاب بيتردراكر بقوله "تعتبر الثقافة أعظم تحدي إداري" يجابه الدول النامية. (دراكر، 2004، صفحة 310)

-في المرتبة السادسة كانت العبارة (24) والتي مفادها: تقدم المؤسسة مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى، بمتوسط حسابي قدر ب (2.82)، وإنحراف معياري قدره (1.2) وبأهمية نسبية بلغت (56.4%)، وبالعودة إلى النسبة المئوية فهي تمثل 29.2% موافقون على العبارة في مقابل 40% معارضين ويعود ذلك إلى ان بعد الاعتمادية بالنسبة لجودة الخدمات الصحية يعتمد على توفر عدة عناصر من أجل تقديم خدمات نوعية للمرضى. كما يشمل نظام الحوكمة الصحية على اللوجستيات الطبية كالأدوية والمستلزمات الطبية والجراحية والأجهزة الطبية والمعدات، وغيرها من المنتجات اللازمة لدعم مهني القطاع الصحي ومقدمي الخدمات الصحية (شعيب، 2013). وفي نفس الإطار تنص المادة 290 من قانون الصحة 2018 على انه " يتعين على كل هيكل ومؤسسة تضمن خدمة عمومية صحية، إعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة اللذين يجب ان يندرجا ضمن الأهداف الوطنية أو الجهوية أو المحلية في مجال تنمية الصحة.

في المرتبة السابعة كانت العبارة (25) والتي مفادها: تقوم المؤسسة بعمليات تقييم دورية للخدمات الصحية المقدمة، بمتوسط حسابي قدر ب (2.66)، وإنحراف معياري قدره (1.24) وبأهمية نسبية بلغت (53.2%)، وتدخل هذه العبارة ضمن بعد الاعتمادية الذي يعني مدى المؤسسة بالوفاء بالتزاماتها اتجاه توقعات المرضى وعملها المستمر من أجل تحسين نوعية خدماتها، إذ نجد ان 22.3% فقط يؤكدون العبارة السابقة، في حين النسبة الأكبر تتجه لمعارضة العبارة ونفيها وهي تقدر ب 43.1% وهو ما يعبر عن اختلال في العملية التنظيمية حيث تغيب المتابعة الدورية والتقييم المستمر لنوعية الخدمات المقدمة ومستواها رغم ان عملية التقييم المستمر والمنظم تعد من مرتكزات للجودة وللتحسين لابد من التقييم من اجل تفادي النقائص وتغطيتها وتوفير افضل الإمكانيات المادية والبشرية والمعنوية من اجل تقديم احسن المخرجات الصحية .

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

وتولي الدولة الجزائرية أهمية بالغة لعملية التقييم لماله من دور في تحديد الإمكانيات المتاحة والنتائج المحققة والنقائص والعراقيل المسجلة حيث يندرج القسم السابع من قانون الصحة 2018 تحت عنوان: تقييم هياكل ومؤسسات الصحة والتدقيق فيها، وفيه نجد المادة 324 تنص على أنه " يجب ان يسمح بتقييم هياكل ومؤسسات الصحة والتدقيق فيها بالشروع بصفة منتظمة في تحليل وتقدير تسيير الممارسات المهنية قصد تحسين نوعية العلاج والضبط والكلفة ونجاعة عروض العلاج والأمن الصحي". أما المادة 325 فمفادها انه " يجب على هياكل ومؤسسات الصحة القيام بتقييم داخلي لتسييرها ونشاطاتها وكذا الممارسات المهنية المستعملة لديها، وتعد تقريراً تقييمياً داخلياً حسب المعايير والمناهج التي تحددها المصالح المختصة التابعة للوزارة المكلفة بالصحة".

-في المرتبة الثامنة والاخيرة نجد العبارة (27) والتي مفادها: تتوفر المؤسسة على مستلزمات و إمكانيات متطورة للتكفل الصحي بالمرضى، بمتوسط حسابي قدره (2.5)، وإنحراف معياري قدره (1.32) وبأهمية نسبية بلغت (50%)، وتندرج هذه العبارة ضمن بعد الجوانب الملموسة من أبعاد جودة الخدمة الصحية وهي الجوانب المتعلقة بالمنشآت الصحية ومتطلباتها من حيث خصوصية التصميم والتنظيم الداخلي والإمكانيات المادية والبشرية، وهي العبارة الوحيدة التي كان تقديرها منخفض، حيث ان ما قيمته 20.8% فقط من المبحوثين يرون بأن مؤسستهم الاستشفائية تمتلك إمكانيات متطورة للتكفل بالمرضى، فيما يرى الأغلبية بنسبة 54.6% أن المؤسسة عكس ذلك فهي لا تتوفر على الإمكانيات اللازمة للتكفل الجيد بالمرضى ، ومرد ذلك إلى واقع المؤسسة من حيث نقص الإمكانيات والوسائل حيث كانت على سبيل المثال تعاني لفترة طويلة من عدم توفر جهاز السكاينير(الكشف بالأشعة) ولما توفر لم يكن هناك مختص بتسييره إلا مؤخراً بعد تفشي جائحة كورونا، وهي إحدى العوامل التي تعيق التكفل الجيد بالمرضى ، بالإضافة لنقص معدات الكشف والتشخيص والعلاج في العديد من المرات حسب ما صرح لنا بعض المبحوثين بالنسبة لعدد من المصالح ، فحتى الضروريات للعمل الاستشفائي تتعرض للنقص الفادح كما هو الحال مثلا بالنسبة للمخدر المستعمل في الحالات الاستعجالية والعمليات الجراحية. ولتفادي هذا النقص فقد أفصح لنا أحد المدراء الفرعيين عن قائمة بالمساعدات التي وصلت من قبل بعض المؤسسات الاقتصادية على غرار قيام إدارة مصنع بلارة للحديد والصلب بضمان تزويد المستشفى بهذه المادة دون انقطاع حيث تم تزويد المستشفى بخزان إضافي بسعة 10 آلاف لتر لتفادي نقص مخزون الاوكسيجين جراء أزمة وباء كوفيد19 والطلب المتزايد له من قبل العديد من الحالات الحرجة ولولا ذلك لحلت الكارثة خاصة في ظل تضاعف الطلب مع نقص قلة الإمكانيات وقتها.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

كما تجدر الإشارة إلى ان قانون الصحة قد حدد المقصود بعبارة المستلزمات الطبية حيث يقصد به كل جهاز او أداة او تجهيز أو مادة أو منتج بما في ذلك الملحقات والبرمجيات التي الموجهة للاستعمال لدى الانسان لأغراض طبية، وكذلك كل الوسائل المستعملة في التشخيص في المخبر كالمنتوجات والكواشف والمواد والأدوات والأنظمة ومكوناتها وملحقاتها....

كما نجد المادة 2 من قانون الصحة الجزائري تنص على أن " حماية الصحة وترقيتها تساهم في الراحة البدنية والنفسية والاجتماعية للشخص ورفيه في المجتمع، وتشكلان عاملا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية" (قانون الصحة الجزائري، 2018)

وبالعودة إلى ميزانية لقطاع الصحة ضمن مشروع قانون المالية لسنة 2021. فقد إستفاد القطاع من زيادة قدرها أكثر 12 مليار دج وذلك تماشيا مع الاستراتيجية التي تبنتها الدولة في ظل المعطيات الصحية الراهنة، وذلك حرصا على وقاية وحماية المواطنين الصحية، حيث قدرت اعتمادات الميزانية المخصصة لقطاعه بـ 527.961.509.000 دج أي بزيادة تقدر بـ 12.483.365.000 دج أي بنسبة 2.42 % مقارنة بالميزانية الأولية لسنة 2020، والتي ستسمح بتغطية النفقات المخصصة لمستخدمي الصحة وتلك المخصصة للسيرورة الدائمة للمصالح والهيئات الإدارية تحت الوصاية، وتعزيز نشاطات الوقاية والخدمات المقدمة للمواطنين لاسيما لمجابهة فيروس كورونا (كوفيد 19)، فضلا على النفقات المخصّصة للمشاريع الكبرى للجنوب. (المجلس الشعبي الوطني، 2020)

الجدول رقم(35): يوضح العلاقة بين تقديم المؤسسة لمستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى ومدى توفرها على الإمكانيات والوسائل متطورة للتكفل الصحي بهم

	العبارة 27 تتوفر المؤسسة على إمكانيات متطورة للتكفل الصحي بالمرضى.					المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
العبارة 24 معارض جدا	12	4	0	0	0	16
تقدم المؤسسة مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى.	9.2%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	12.3%
معارض	8	15	10	3	0	36
محايد	6.2%	11.5%	7.7%	2.3%	0.0%	27.7%
موافق	6	14	14	5	1	40
موافق جدا	4.6%	10.8%	10.8%	3.8%	0.8%	30.8%
المجموع	2	10	7	9	3	31
	1.5%	7.7%	5.4%	6.9%	2.3%	23.8%
	0	0	1	3	3	7
	0.0%	0.0%	0.8%	2.3%	2.3%	5.4%
	28	43	32	20	7	130
	21.5%	33.1%	24.6%	15.4%	5.4%	100.0%

المصدر: من إنجاز الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

إن الشواهد الرقمية لهذا الجدول تكشف لنا عن العلاقة بين مدى تقديم المؤسسة لمستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى ومدى توفرها في نفس الوقت على إمكانيات متطورة للتكفل الصحي بالمرضى حيث تؤكد إجابات المبحوثين بنسبة 30% من مفردات العينة ان المؤسسة لا تقدم مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى وذلك بالنظر لعدم توفرها على الإمكانيات المتطورة واللازمة للتكفل الصحي عالي المستوى، في مقابل 13.5% فقط من عينة الدراسة يرون بأن مؤسساتهم تقدم مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى وتتوفر في الوقت ذاته على إمكانيات متطورة للتكفل الصحي بالمرضى، وتفسير ذلك يرجع لنقص الإمكانيات المتعلقة بالتشخيص والعلاج وعدم كفايتها وضعف نوعيتها وبالتالي ضعف نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

ولا يمكن الارتقاء بالخدمات في ظل نقص الإمكانيات، حيث يرى البواردي والمقرن (2014) أن الجودة ترتبط بثلاث مخرجات متعلقة بالخدمات الصحية ومقدمها والمتحصل عليها وتسهم في :
1-تحقيق جودة الرعاية المقدمة: أي تحقيق مستويات جيدة من الجودة الطبية التي توفرها المؤسسات الطبية والاستخدام الأمثل لها.

2-تحقيق رضا المستفيدين: في الوصول لخدمات ذات جودة عالية وفق ما يتناسب مع تطلعاتهم للجودة الصحية.

3-رفع معنويات مهني القطاع الصحي: فجودة الخدمات الطبية ينتج عن العمل الجماعي والمشاركة لتحقيق الرضا عن جودة الخدمات الطبية المقدمة. (المطيري، 2018، صفحة 27)
 وعن جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة ميدان الدراسة بناء على نتائج المقابلات مع المدراء الفرعيين وبعض رؤساء المصالح الصحية فقد وجدنا أن 60% يقرون ان الخدمات الصحية المقدمة على مستوى مؤسساتهم تتميز بالجودة في حين يرى البقية أن الخدمات المقدمة تنقصها الجودة ويمكن تفسير ذلك حسب آراء المبحوثين أنفسهم بكون المؤسسة تسعى دوما لتحسين خدماتها والاستجابة لإحتياجات المرضى لكن في إطار الإمكانيات المتاحة وهي تعد غير كافية.

4.1. درجة تطبيق الحوكمة الصحية من خلال بعد جودة الحياة الوظيفية

جدول رقم (36): يوضح الحسابات المتعلقة ببعد جودة الحياة الوظيفية

رقم العبارة	البعد الرابع: جودة الحياة الوظيفية	المقياس	موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	التقدير
31	لا تفكر في تغيير مؤسسة عملك	التكرار	27	39	11	30	23	3.13	2.06	62.6%	02	متوسط
		النسبة	20.8	30	8.5	23.1	17.7					
32	تعمل المؤسسة على تلبية احتياجاتك المعنوية.	التكرار	2	20	29	35	44	2.23	1.26	44.6%	07	منخفض
		النسبة	1.5	15.4	22.3	26.9	33.8					

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

منخفض	06	%48	1.34	2.40	35	39	28	24	4	التكرار	تشجع بيئة العمل المادية العاملين على الأداء الجيد.	33
					26.9	30	21.5	18.5	3.1	النسبة		
منخفض	04	52%	1.32	2.6	25	38	38	21	8	التكرار	تعمل إدارة المستشفى على تعزيز عوامل الانجاز لدى العاملين بها.	34
					19.2	29.2	29.2	16.2	6.2	النسبة		
متوسط	03	56%	1.69	2.8	29	25	30	34	12	التكرار	تسهل المؤسسة على توفير ظروف عمل مواتمة لفرق المناوبة خلال المداومات الليلية.	35
					22.3	19.2	23.1	26.2	9.2	النسبة		
منخفض	05	49.2%	1.47	2.46	33	40	29	19	9	التكرار	تشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة بتنظيم العمل الصحي في مؤسستك.	36
					25.4	30.8	22.3	14.6	6.9	النسبة		
منخفض	08	36.8%	1.32	1.84	67	38	11	6	8	التكرار	يتوافق الاجر الذي تتقاضاه مع الجهود المبذولة في العمل داخل المؤسسة.	37
					51.5	29.2	8.5	4.2	6.2	النسبة		
متوسط	01	64.4%	1.19	3.22	14	16	35	57	8	التكرار	تعمل المؤسسة على الصيانة الدورية للأجهزة والعتاد الطبي.	38
					10.8	12.3	26.9	43.8	6.2	النسبة		
منخفض	06	%48	1.67	2.4	41	37	19	24	9	التكرار	تضمن المؤسسة حصولكم على الخدمات الاجتماعية المناسبة لاحتياجاتكم	39
					31.5	28.5	14.6	18.5	6.9	النسبة		
منخفض	/	%51.2	1.48	2.56							البعد الكلي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لهذا البعد تراوح بين (1.84 و 3.22) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ المتوسط العام لهذا البعد (2.56) بإنحراف معياري (1.48) وأهمية نسبية قدرت ب (51.2%). وبالعودة إلى معيار التحليل نجد أن تقدير بعد جودة الحياة الوظيفية كان منخفض

أي ضعيف. رغم أن الأمم المتحدة قد أكدت في اجتماع لها عام 2019 بشأن التغطية الصحية الشاملة على إلزام رؤساء الدول والحكومات بوجود مضاعفة الجهود الخاصة بجعل أماكن العمل أكثر صحة وأماناً، وتوفير خدمات الصحة المهنية. وتحسين صحة العاملين الصحيين وسلامتهم ورفاههم، كما أكدت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالتوظيف في مجال الصحة والنمو الاقتصادي في توصياتها لعام 2016 على ضرورة ضمان الحماية وتوفير الأمن لجميع العاملين الصحيين والمرافق الصحية في جميع البيئات، وأثناء حالات الطوارئ الصحية. (WHO & ILO, 2021, p. 06).

ويلاحظ من الجدول (36) وجود تفاوت وتشتت بالنظر إلى إستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات بعد جودة الحياة الوظيفية إذ كانت مزيج بين المتوسط والمنخفض.

ويعكس مسعى تحسين الحياة الوظيفية وجودتها في ظل الحوكمة تقاطعا مع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات اتجاه العاملين بها، حيث "لا بد أن تنجح المؤسسة في التوفيق بين الصالح العام والمصلحة الخاصة، من خلال التوفيق بين ما هو صالح عام وما هي مصلحة شخصية. لا بد من إدارة هذه المؤسسة بما يجعل كل شيء تفعله يحتمل ان يقوي مجتمعنا، أو يزيد من رفاهيته، ويزيد الشركة قوة، ويزيد رفاهيتها". (دراكر، 2013، صفحة 442)

وبالعودة إلى إستجابات المبحوثين فإن العبارات قد رتبت وفق أهميتها النسبية حيث جاءت العبارات المرتبة في الدرجات الأولى من 1 إلى 4 بتقدير متوسط

في المرتبة الأولى كانت العبارة (38) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على الصيانة الدورية للأجهزة والعتاد الطبي، بمتوسط حسابي قدر ب (3.22)، وإنحراف معياري قدره (1.19) وبأهمية نسبية بلغت (64.4%)، وفي إطار المقابلات مع المدراء الفرعيين وبعض رؤساء المصالح على مستوى مؤسسة بشير منتوري بالميلية، فقد أشار لنا رئيس مصلحة الموارد والوسائل أن المؤسسة الاستشفائية المعنية تقوم في بداية السنة المالية باستشارة، أو عقد مناقصة لتصليح الأجهزة الطبية وتركيبها، فهناك على سبيل المثال اتفاقية مسبقة مع مؤسسة "أوزيوميديكال"، حيث أنه في حالة عطب يتم الاتصال أو استدعاؤهم لتصليح الجهاز حسب اتفاقية التدخل المحددة في دفتر الشروط المصاغ من قبل لجنة تقنية متخصصة في التجهيزات الطبية، (أطباء اختصاصيين تقنيين أو مهندسين مختصين في الأجهزة الطبية والصيانة)، وهم مجلس استشارة بالنسبة للمدير. وهذه اللجنة هي التي تقرر تصليح الأجهزة أو طلب شراء جهاز آخر، ويكون ذلك مرفقا بالإثبات الرسمي.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

-في المرتبة الثانية كانت العبارة (31) والتي مفادها: لا تفكر في تغيير مؤسسة عملك، بمتوسط حسابي قدره (3.13)، وانحراف معياري قدره (2.06) وبأهمية نسبية بلغت (62.6%)، وقد أرسلنا البعض من المبحوثين أثناء الدراسة الميدانية بانهم لا يرغبون في تغيير مقر عملهم لأنه قريب من مقر سكنهم، بالإضافة إلى انهم شكلوا علاقات صداقة مع زملائهم، وبالتالي فظروف العمل تناسبهم ولا يمكنهم المخاطرة بتغيير مؤسسة عملهم الحالية واستبدالها بأخرى، في ظل الحصول على نفس الاجر، في مقابل الانضمام لبيئة عمل جديدة لا يدرون عن طبيعة ظروف العمل فيها وطبيعة العلاقات السائدة بين موظفيها فيها شيئاً. وقد عبرت لنا احدى المنتميات للطاقم الطبي بانها قد عملت سابقا في القطاع الصحي الخاص، وغيرت عملها إلى القطاع العمومي بسبب المعاملة السيئة من قبل رئيسة العيادة، كما ان ساعات عملهم كانت مضاعفة في مقابل أجر لا يتوافق مع ذلك.

وعلى العموم يمكننا القول بأن عدم رغبة الموظفين بالمؤسسة بتغيير عملهم يعبر عن استقرارهم الوظيفي وغياب دوران العمل بالمؤسسة.

-في المرتبة الثالثة كانت العبارة (35) والتي مفادها: تسهر المؤسسة على توفير ظروف عمل موائمة لفرق المناوبة خلال المداومات الليلية، بمتوسط حسابي قدره (2.8)، وانحراف معياري قدره (1.69) وبأهمية نسبية بلغت (56%)، وقد لاحظنا توفر المؤسسة على غرف خاصة مجهزة لاستراحة الطاقم الطبي وشبه الطبي أثناء العمل الليلي، بما فيها توفر الأسرة المناسبة والوجبات الغذائية الساخنة وأجهزة التدفئة، والتبريد بالإضافة لمرافقة هؤلاء أثناء عملهم من قبل فرق الشرطة لضمان أمنهم وسلامتهم أثناء تأدية عملهم، حيث لاحظنا أيضا أن مركز الأمن المتواجد على مستوى مقر المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري يتبع نفس النظام من خلال توفير فرق أمنية للمناوبة الليلية، وتعمل الوزارة الوصية على تسخير الأمن في المؤسسات الصحية، ومضاعفة عددهم في المؤسسات الصحية، خاصة في ظل تزايد الاعتداءات الليلية من قبل المدمنين وذوي السوابق العدلية، مع سن قوانين تحمي الطاقم الطبي وشبه الطبي في حال الاعتداء عليهم أثناء العمل، وقد تصل هاته العقوبات حتى 10 سنوات سجن نافذا، وهو ما ساهم بشكل واضح في زيادة الإحساس بالأمن والحماية داخل المؤسسة.

إن الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات العمومية تشير إلى البعد الاجتماعي للأداء و الرضا عند أفراد المنظمة، فرضى العمال دليل ومؤشر على وفاء الأفراد لمنظمتهم، فالأداء الكلي للمؤسسة قد يتأثر على المدى البعيد إن ركزت المؤسسة على الجانب الاقتصادي والمالي، وأهملت الجوانب الاجتماعية لموظفيها، فلتحقيق الجودة لابد من المزج بين الفعالية الاقتصادية والفعالية

الاجتماعية، فجودة الحياة الوظيفية والعلاقات الإنسانية داخل المنظمة تعزز الأداء الاجتماعي للمؤسسة (قدرى، 2015، صفحة 40)

في المقابل فإن باقي العبارات المصنفة حسب أهميتها النسبية من الرابعة إلى غاية المرتبة الثامنة والأخيرة بالنسبة لبعدها جودة الخدمات الصحية فقد كانت كلها ذات تقدير منخفض.

-المرتبة الرابعة كانت العبارة (34) والتي مفادها: تعمل إدارة المستشفى على تعزيز عوامل الانجاز لدى العاملين بها، بمتوسط حسابي قدره (2.6)، وإنحراف معياري قدره (1.32) وبأهمية نسبية بلغت (52%)، وتقديرها منخفض، وهو الأمر الذي يعبر عن اختلال في تطبيق الحوكمة الصحية وترسيخ ممارساتها من قبل المؤسسة الاستشفائية، فمن المفروض ان تقوم المؤسسة وفقا لنظام الحوكمة الصحية بالعمل على نشر ثقافة الجودة، بدءا من اختيار وتوظيف احسن الكفاءات واستقطابها من خلال المزايا المادية والمعنوية التحفيزية، والتي من شأنها تحقيق الرضى نتيجة الإحساس بالأهمية والانتماء لدى الأفراد الموظفين، وهو الأمر الذي يجعلهم يتبنون اهداف المؤسسة الصحية التي ينتمون إليها، ولا يذخرون أي جهد في تحسين وتطوير مهاراتهم للارتقاء بمستوى الأداء العام، ورد الجميل للمؤسسة التي توفر لهم كل الاحتياجات المادية والمعنوية وعوامل الرفاهية. وهنا لابد من التأكيد على ان عدم عمل إدارة المستشفى على تعزيز عوامل الإنجاز لدى الموظفين يعني انتفاء فرص المشاركة في اتخاذ القرار والاستشارة، حيث لا تمنح للموارد البشرية الصحية الفرص والحرية والتحفيزات والدوافع المشجعة على الابداع والابتكار، وفي نفس الوقت لا يتعامل معهم بمرونة من حيث هامش الخطأ وعدم التقييد، ومطالبتهم بالنجاح الأمثل دون أخطاء، فمن الحالات غير المتوقعة للنجاح والافخاق ما يتحول إلى فرص للابتكار.

-المرتبة الخامسة كانت العبارة (36) والتي مفادها: تشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة بتنظيم العمل الصحي في مؤسستك. بمتوسط حسابي قدره (2.46)، وإنحراف معياري قدره (1.47) وبأهمية نسبية بلغت (49.2%)، والتقدير المنخفض لهذه العبارة يدل على ضعف مشاركة الموظفين في إتخاذ القرارات الخاصة بتنظيم العمل الصحي في مؤسستهم، وعدم استشارتهم من قبل المؤسسة، وهو الامر الذي يعني ضعف التواصل بين إدارة المؤسسة ومنتخذي القرار فيما وبين الموظفين، مما يعتبر عائقا في وجه اللامركزية حيث يكون الموظف ملزما بانتظار قرارات الهيئات العليا لمباشرة العمل أو حل المشاكل، وهذا الأمر يعد مثبطا وعائقا في وجه الموارد البشرية للمؤسسة الصحية، حيث أن مسعى المؤسسة لتحسين ظروف العمل المادية والمعنوية ودفعهم

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

لتبني أهداف المؤسسة وتحفيزهم على بذل مزيد من الجهد لتحسين الأداء، لا يمكن ان يتم في ظل تغييب آراءهم وعدم الاستماع لانشغالاتهم، وعدم استشارتهم، لأنهم المسؤول الفعلي عن تقديم الخدمات لمستحقيها، وهم في تفاعل واتصال يومي مع الزملاء والمرضى وحتى الزائرين.

وفي ظل هذا الواقع، لا يمكن الحديث عن نجاح استراتيجية الحوكمة والجودة، إذ لا جودة للمخرجات في ظل غياب الجودة الداخلية المتعلقة بظروف العمل وإمكانياته والعمليات التنظيمية.

- في المرتبة السادسة كانت العبارتين (33) والعبارة (39) حيث العبارة (33) تشجع بيئة العمل المادية العاملين على الأداء الجيد، جاءت بمتوسط حسابي قدره (2.4)، وانحراف معياري قدره (1.34) وبأهمية نسبية بلغت (48%)، وهو ما يعني ان الظروف والبيئة المادية العمل حسب الباحثين، ليست مناسبة لرفع الأداء وتحسينه فهي لا تتصف بالجودة، وهنا لا بد من الإشارة إلى ان البيئة المادية للعمل لا تقتصر على توفر الظروف الملموسة المناسبة بالنسبة لفئة دون أخرى، بل يقصد بها كل تلك الجوانب المتعلقة بالعمل الإداري والطبي وشبه الطبي، فضعف عملية الاتصال والتواصل بين المريض والطاقم الطبي وإدارة المستشفى مثلا، ومستوى البيئة المادية للمستشفى من حيث وسائل العمل وظروفه، من شأنه التأثير على رضا الموظفين، وكلما زاد انفاق المؤسسة على تحسين البيئة المادية للمؤسسة كالتدفئة والتهوية والإضاءة والهدوء زادت فرص تحسين الأداء، وتشجيع العمال على تقديم الأفضل، حيث: تعد تكاليف اللوازم الطبية هي العنصر الأكثر تكلفة في الرعاية الصحية بعد تكاليف القوى العاملة الصحية، ولذلك يعتمد مقدمو الخدمات اللوجستية الطبية على نظريات إدارة سلسلة التوريد، لتقليل تكاليف قطاع الرعاية الصحية والذي ينقسم إلى ثلاثة مجالات رئيسية هي العتاد الطبي، الهندسة الطبية الحيوية (الكلينيكية) وإدارة المنشآت الصحية. (شعيب، 2013، صفحة 34)

وتسهر الدولة بمقتضى المادة 98 من قانون الصحة ل: تحسين ظروف العمل من خلال القوانين المنظمة لقطاع الصحة، حيث تهدف الصحة في وسط العمل لاسيما إلى ما يأتي: ترقية الراحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعمال في كل المهن والحفاظ على أعلى درجة لها، الوقاية من كل ضرر يلحق بالعمال جراء ظروف عملهم، حماية العمال في شغلهم من الاخطار الناتجة عن وجود عوامل مضرّة بصحتهم، وقاية العمال وحمايتهم من حوادث العمل والامراض المهنية، تنصيب العمال في مناصب عمل ملائمة لقدراتهم الفيزيولوجية والنفسية وابقاؤهم فيها.

لكن واقع إجابات الباحثين يؤكد الشرح القائم بين المأمول والمعمول، وعدم كفاية القوانين التي تنص على تحسين ظروف العمل، لأن القانون غني بها بل ما ينقص هو التطبيق الفعلي لأن الجودة وتحسين الخدمة ليست قوانين او شعارات او خطب سياسية بل لا بد من إجراءات في الميدان تعكس اهتمام الدولة ومسعى تطوير القطاع. فلتقديم أداء جيد لا بد من تضافر عدة

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

عوامل منها القدرة على الأداء من خلال توفر القدرة الجسدية والدهنية والمؤهلات والوسائل والامكانيات والرغبة في الأداء من خلال الحوافز والدوافع وكذا توفر المناخ التنظيمي المساعد. أما العبارة (39) وهي في نفس الرتبة أيضا ومحتواها: تضمن المؤسسة حصولكم على الخدمات الاجتماعية المناسبة لاحتياجاتكم جاءت بمتوسط حسابي قدر ب(2.4) وبانحراف معياري يبلغ(1.67) وبأهمية نسبية مماثلة للعبارة(33) وهي (48%)، ويعود ذلك لتلقي الموظفين نفس النوعية من الخدمات منذ زمن طويل ولم تتغير مستوى الخدمات المقدمة ولا نوعيتها ، حتى ان العديد من المبحوثين قد تساءلوا عن السبب الذي يجعل الخدمات الاجتماعية الممنوحة لهم تختلف عن الخدمات التي يحصل عليها نظراؤهم في المؤسسات الاستشفائية الجامعية، أو تلك التي توجد في المدن الكبرى، رغم قيامهم بنفس العمل ونفس الخدمات، كما صرحت لنا موظفة إدارية تمتلك أقدمية تفوق 10 سنوات أن الخدمات الاجتماعية المقدمة هي نفسها لم تتغير منذ مدة طويلة، حيث يتحصلون في الدخل الاجتماعي على قسيمة شراء بقيمة 6 آلاف وفي السنة الجديدة تمنح لهم قسيمة بقيمة 4 آلاف دينار جزائري.

في المرتبة السابعة كانت العبارة (32): تعمل المؤسسة على تلبية احتياجاتك المعنوية، بمتوسط حسابي قدر ب(2.23)، وإنحراف معياري قدره (1.26) وبأهمية نسبية بلغت (44.6%)، ويعود ذلك لضعف التواصل بين الإدارة العليا والموظفين، بالإضافة لعدم تمكينهم من قبل إدارة المؤسسة الاستشفائية وعدم استشارتهم أو مشاركتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالعمل، كما ان سوء ظروف العمل يؤثر بشكل مباشر على معنويات الموظفين ويخلق نوعا من عدم الرضا الوظيفي، لانعدام فرص الإنجاز والتشجيع عليه وقلة الحوافز والدوافع المعنوية لتحسين الأداء. الجدول رقم(37): يوضح العلاقة بين مدى تشجيع البيئة المادية للعاملين على الأداء الجيد ومدى عمل المؤسسة على تلبية احتياجاتهم المعنوية.

		العبارة 33 تشجع بيئة العمل المادية للعاملين على الأداء الجيد.					المجموع
		معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
العبارة 32 تعمل المؤسسة على تلبية احتياجاتك المعنوية.	معارض جدا	25 19.2%	6 4.6%	5 3.8%	7 5.4%	1 0.8%	44 33.8%
	معارض	9 6.9%	17 13.1%	4 3.1%	5 3.8%	0 0.0%	35 26.9%
	محايد	1 0.8%	12 9.2%	12 9.2%	3 2.3%	1 0.8%	29 22.3%
	موافق	0 0.0%	4 3.1%	7 5.4%	8 6.2%	1 0.8%	20 15.4%
	موافق جدا	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	1 0.8%	2 1.5%
	المجموع	35 26.9%	39 30.0%	28 21.5%	24 18.5%	4 3.1%	130 100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

يبدو من خلال الجدول (37) ان 43.8% من عينة الدراسة يعارضون العبارتين 32 و33 في مقابل 8.6% فقط يوافقون على كلا العبارتين: تعمل المؤسسة على تلبية احتياجاتك المعنوية. وتشجع بيئة العمل المادية العاملين على الأداء الجيد وهو ما يعني أن أغلب المبحوثين لا يشعرون بالرضا اتجاه ظروف العمل المادي المتوفرة في مؤسستهم فهي لا تشجعهم على الأداء الجيد، كما انهم يطمحون لتوفر ظروف معنوية أفضل مما هو متاح إذ لا تعمل المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة على تلبية احتياجاتهم المعنوية. بالرجوع لنتائج المقابلات مع إطارات المؤسسة فقد توصلنا إلى أن إجاباتهم كانت في اتجاه التوازن بين التأكيد والمعارضة للعبارة الخاصة بتوفر عوامل جودة الحياة الوظيفية وتفسير ذلك يعود بالنسبة للبعض لعدم وجود عوامل مشجعة لأن هناك ضغوط من حيث العمل وكذلك التوقيت، عدم توفر الوسائل المادية المناسبة والمعنوية غير كافية نتيجة غياب التحفيز الضرورية للموظفين وتهميشهم، كما يوجد النقص في تخصصات طبية معينة. في حين يرى النصف الباقي أن لديها كل الكفاءات خاصة المعنوية لكن يوجد تهميش، فالمؤسسة تتوفر فعلا على العوامل المادية والمعنوية المشجعة والحوافز ومنها توفير الأمن والعدل في تسيير مسارات العمال والشفافية في معالجة كل القضايا.

-في المرتبة الثامنة والأخيرة كانت العبارة (37) والتي مفادها: يتوافق الاجر الذي تتقاضاه مع الجهود المبذولة في العمل داخل المؤسسة، بمتوسط حسابي قدر بـ (1.84)، وإنحراف معياري قدره (1.32) وبأهمية نسبية بلغت (36.8%)، وذلك راجع لتبعية موظفي القطاع الصحي للوظائف العمومي الذي يعد هو الأضعف من حيث الأجور مقارنة بالمؤسسات الوطنية كالبريد والمواصلات والضمان الاجتماعي وسونلغاز وسوناطراك، رغم ان الجهود والخدمات الصحية التي يقدمها موظفوا القطاع الصحي تشكل في العديد من الأحيان مجهودا وطاقة اكبر، خاصة أن هؤلاء في مواجهة دائمة مع الاخطار الصحية والمرض نتيجة العدوى، فالمحافظة على الامن الصحي للوطن مسؤوليتهم. ولهذا تعمل الوزارة الوصية مؤخرا بالتشاور مع الهيئات النقابية للقطاع من أجل تحسين أجور هذه الفئة مع طرح إمكانية انفصالها عن قانون الوظيفة العمومي. ورغم تطور الاجر القاعدي ووصوله ل18 ألف دينار جزائري منذ 10 سنوات إلا أنه يبقى بحاجة لرفعه بالنظر للتضخم والغلاء، والجدول التالي يكشف لنا عن تطور الاجر القاعدي في الجزائر منذ 1990 إلى غاية جانفي 2012

الجدول رقم 37: تطور الأجر الوطني الأدنى المضمون في الجزائر

وحدة: د.ج.	السنة
1 000	01 جانفي 1990
1 800	01 جانفي 1991
2 000	01 جويلية 1991
2 500	01 أفريل 1992
4 000	01 جانفي 1994
4 800	01 ماي 1997
5 400	01 جانفي 1998
6 000	01 سبتمبر 1998
8 000	01 جانفي 2001
10 000	01 جانفي 2004
12 000	01 جانفي 2007
15 000	01 جانفي 2010
18 000	01 جانفي 2012

(الديوان الوطني للإحصائيات، 2018، صفحة 20)

الجدول رقم (38): يوضح العلاقة بين عدم رضا العاملين عن أجورهم وعدم تناسب الخدمات الاجتماعية مع احتياجاتهم .

		العبارة 39 تضمن المؤسسة حصولكم على الخدمات الاجتماعية المناسبة لاحتياجاتكم.					المجموع
		معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
العبارة 37 يتوافق الأجر الذي تتقاضاه مع الجهود المبذولة في العمل داخل المؤسسة.	معارض جدا	31	14	8	12	2	67
		23.8%	10.8%	6.2%	9.2%	1.5%	51.5%
	معارض	5	17	7	5	4	38
		3.8%	13.1%	5.4%	3.8%	3.1%	29.2%
	محايد	0	3	4	3	1	11
		0.0%	2.3%	3.1%	2.3%	0.8%	8.5%
	موافق	2	3	0	1	0	6
		1.5%	2.3%	0.0%	0.8%	0.0%	4.6%
	موافق جدا	3	0	0	3	2	8
		2.3%	0.0%	0.0%	2.3%	1.5%	6.2%
	المجموع	41	37	19	24	9	130
		31.5%	28.5%	14.6%	18.5%	6.9%	100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

نلاحظ من الجدول أعلاه ان ما نسبته 51.5% من المبحوثين قد اختاروا المعارضة على العبارتين 37 و 39 في مقابل 4.6% فقط من عينة البحث يرون بان أجورهم تتوافق مع جهودهم في العمل وفي نفس الوقت، فإن المؤسسة تضمن لهم خدمات اجتماعية تناسب احتياجاتهم، وهو الأمر الذي يعبر عن عدم رضا غالبية المبحوثين بالنسبة لعدم توافق راتبهم الشهري مع جهودهم المبذولة في العمل، كما انهم غير راضين أيضا بالنسبة للخدمات الاجتماعية التي تقدمها المؤسسة لهم، ومرد ذلك إلى التعامل المباشر مع المرضى، وما ينجم عنه من ضرورة البقاء منتبهين و يقظين دائما لمتابعة الحالة الصحية واستقبال المرضى والسهرة على رعايتهم، في مقابل أجور تعد هي الأضعف

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

في المنظومة الصحية العربية، خاصة في ظل تزايد معدل التضخم وتراجع قيمة العملة الوطنية، كما ان الخدمات الاجتماعية لا توافق تطلعاتهم.

وفي الأخير يمكن القول بأنه «يوجد تطابق بين نظامي الجودة والحوكمة في أن كل منهما من أنظمة الإدارة التي تؤدي إلى ضبط ورقابة وتحسين الأداء بالمؤسسة، وان كلا منهما يقوم على مبادئ رئيسية دولية تساعد على تحسين أداء نظام إدارة جودة المؤسسة، ويوجد تشابه بينهما في بعض المبادئ مثل مسؤولية الإدارة ودور أصحاب المصالح، ويوجد اختلاف بينهما في المبادئ والمفاهيم عند التطبيق، ويوجد اختلاف أساسي بين النظامين هو التركيز على تحقيق متطلبات ورغبات العميل في نظام الجودة والتركيز على حقوق المساهمين والملاك في نظام الحوكمة، وأن الدمج والتطبيق لنظامي الجودة والحوكمة بالمؤسسة سوف يؤدي إلى مزيد من التحسين والتطوير لأداء المؤسسة. (الشويخ، 2017، صفحة 05).

2. قياس درجة الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل.

2.1. درجة الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال بعد المسؤولية الأخلاقية أو أخلاقيات

(المهنة الطبية)

جدول رقم (39): يوضح الحسابات المتعلقة ببعد المسؤولية الأخلاقية

رقم العبارة	البعد الأول: المسؤولية الأخلاقية	المقياس	موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	التقدير
40	تعمل المؤسسة على ترسيخ القيم الأخلاقية بين العاملين بها.	التكرار	18	35	39	17	21	3.09	1.6	61.8%	09	متوسط
		النسبة	13.8	26.9	30	13.1	16.2					
41	تنتشر داخل المؤسسة ثقافة العمل التطوعي الخاص بالوقاية الصحية.	التكرار	12	56	24	24	14	3.21	1.38	64.2%	07	متوسط
		النسبة	9.2	43.1	18.5	18.5	10.8					
42	يلتزم العاملون داخل المؤسسة بالسر الطبي بخصوص الحالة الصحية للمريض.	التكرار	26	57	26	12	9	3.6	1.24	72%	02	مرتفع
		النسبة	20	43.8	20	9.2	6.9					
43	تلتزم المؤسسة بتطبيق ميثاق أخلاقيات الصحة.	التكرار	21	45	45	9	10	3.44	1.179	68.8%	06	مرتفع
		النسبة	16.2	34.6	34.6	6.9	7.7					

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

متوسط	08	62%	1.46	3.1	14	31	27	43	15	التكرار	تلتزم المؤسسة بتقديم خدمات صحية مجانية عالية المستوى.	44
					10.8	23.8	20.8	33.1	11.5	النسبة		
مرتفع	03	%71.2	0.97	3.56	5	12	38	55	20	التكرار	يلتزم العاملون بالمؤسسة بأخلاقيات المهنة.	45
					3.8	9.2	29.2	42.3	15.4	النسبة		
مرتفع	05	%70.6	1.3	3.53	12	12	21	65	20	التكرار	تعمل المؤسسة على نشر الوعي الصحي في المجتمع من خلال حملات التوعية التي تقوم بها.	46
					9.2	9.2	16.2	50	15.4	النسبة		
مرتفع	04	70.8%	1.165	3.54	4	22	28	51	25	التكرار	يحترم العاملون بالمؤسسة حقوق الأفراد في المعاملة الحسنة وفق حالاتهم الصحية والنفسية.	47
					3.1	16.9	21.5	39.2	19.2	النسبة		
مرتفع	01	%72.8	0.97	3.64	6	11	25	69	19	التكرار	عند ارتكاب مخالفات يتم الاحتكام لمجلس أخلاقيات المهنة للفصل فيها.	48
					4.6	8.5	19.2	53.1	14.6	النسبة		
متوسط	10	%60.8	1.45	3.04	19	20	41	36	14	التكرار	تهتم المؤسسة بتنمية رأسمالها البشري.	49
					14.6	15.4	31.5	27.7	10.8	النسبة		
متوسط	/	67.4	1.11	3.37							البعد الكلي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

يتناول الجدول (39) درجة الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال بعد المسؤولية الاخلاقية حيث أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لهذا البعد تراوح بين (3.04 و3.64) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ المتوسط العام لهذا البعد (3.37) بإنحراف معياري (1.11) وأهمية نسبية قدرت بـ (67.4%). وإستنادا لمعيار التحليل نجد أن تقدير بعد المسؤولية الأخلاقية كان متوسط.

ويلاحظ من الجدول وجود تفاوت وعدم تماثل وتشتت في إستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات بعد المسؤولية الاخلاقية إذ كانت تجمع بين التقدير المرتفع والمتوسط.

ومن المصادر التي تشكل أخلاقيات الأعمال حسب (العامري والغالي، 2008) هي: الدين والتاريخ والتقاليد والأعراف والثقافة القومية والوطنية والتكوين القبلي والعائلي والقادة والأحزاب السياسية ووسائل الإعلام ومدى تطورها والخبرة العلمية والعملية للمجتمع.

وتتضمن المدونة الدولية للأخلاقيات الطبية الواجبات والمهام التالية:

- الواجبات العامة للأطباء:
 - 1- الحفاظ على المعايير العليا للسلوك المهني.
 - 2- تغليب مصلحة المريض على مصلحة الطبيب الربحية.
 - 3- التعامل الحذر مع الاكتشافات والتجارب الطبية.
 - 4- احترام الخبرة الشخصية في اختبار والمصادقة على نتائج الأبحاث.
 - 5- التركيز على مصلحة المريض بالدرجة الأولى حين استخدام كل ما من شأنه المساس بالقدرة الجسدية أو الفكرية للفرد الخاضع للعلاج.
- واجبات الطاقم الطبي اتجاه المرض:
 - 1- الإلتزام الدائم بالمحافظة على الحياة.
 - 2- لا بد من تسخير موارد العلوم الطبيعية خدمة للمريض، مع واجب تقديم النصيحة الطبية له كما ان العلاج والشفاء خارج قدرة الطبيب.
 - 3- يجب ان يكون الطبيب في مستوى الثقة ولا يعرض السر الطبي للمريض للكشف
 - 4- مالم تكن هناك فرق خاصة بالطوارئ، فإنه من الواجب انسانيًا على كل طبيب تقديم الخدمات الطبية المستعجلة لمحتاجيها.
- واجبات الأطباء اتجاه زملائهم:
 - 1- يجب كل طبيب أن يكون مثالاً أخلاقياً لما يريد ان يعامل به من قبل زملائه.
 - 2- يجب ان تتسم الممارسات الصحية بأخلاقيات التنافس، ولا يسحب الطبيب المرضى من زملائه بالأساليب غير المشروعة.
 - 3- يجب على الطبيب الاطلاع على مبادئ تصريح جنيف للصحة والالتزام بها.

أما عن الممارسات غير الأخلاقية التي تعترض المهن الطبية فهي كل ما يتعارض ويناقض المسؤوليات السابقة الذكر، بالإضافة إلى الفساد المتعلق بقبول ومنح الهدايا أو الرشوة للحصول على خدمات أو امتيازات غير مستحقة ويعاقب عليها قانوناً. واستغلال امكانيات وموارد القطاع الصحي العام من قبل الطاقم الطبي لأغراض شخصية. (Swash, 1995, p. 468)

وبالعودة إلى المعطيات الإحصائية للجدول السابق ومن خلال الشواهد الرقمية ومعيار التحليل فيلاحظ ان التقدير السائد مرتفع من خلال الأهمية النسبية للعبارات المرتبة كالتالي:

المرتبة الأولى العبارة (48) والتي مفادها: عند ارتكاب مخالفات يتم الاحتكام لمجلس أخلاقيات المهنة للفصل فيها، بمتوسط حسابي قدره (3.64)، وإنحراف معياري قدره (0.97) وبأهمية نسبية بلغت (72.8%)، وذلك لكون المخالفات أثناء العمل المتعلق بالصحة واضحة ومحددة بموجب

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

القانون، وبالنسبة لأخلاقيات المهن الطبية على وجه الخصوص فإن قسم الطبيب الاغريقي أبقرراط (460-377 ق.م) هو أقدم وثيقة تناولت الأخلاقيات الطبية، ويرتكز هذا القسم على ثلاثة أبعاد أساسية هي:

أولاً: توخي المنافع للمريض وعدم الضرر وفق الحكم التقديري للطبيب.

ثانياً: الاحتفاظ بسرية المعلومات الخاصة بالمريض أو من خلال التشخيص والمتابعة الطبية.

ثالثاً: الفضائل الشخصية للطبيب كالوفاء وعفة النفس. (نجم، 2006، صفحة 402).

والمخالفات هي كل عمل أو خطأ ارتكب سواء عن قصد أو غير قصد من قبل موظفي المؤسسة يكون من شأنه الاخلال والتعارض مع الابعاد الثلاث السابقة.

وبالعودة إلى قانون الصحة الجزائري الأخير المؤرخ في 2018 نجد المواد التالية تنص على أخلاقيات المهنة وواجبات مهنيي الصحة في مجال عملهم

المادة 183: "يستفيد مهنيو الصحة لهيكل ومؤسسات الصحة أثناء ممارسة مهامهم من الأمن وحماية الدولة من كل أشكال العنف طبقاً للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

المادة 184: "يمنع تحت طائلة العقوبات المنصوص عليها في التشريع والتنظيم المعمول بهما على كل مهني الصحة أن يطلب أو يقبل مباشرة أو عن طريق شخص وسيط في إطار مهامه هدايا أو تبرعات أو مكافآت أو امتيازات مهما كانت طبيعتها.

-المرتبة الثانية نجد العبارة (42) والتي مفادها: يلتزم العاملون داخل المؤسسة بالسر الطبي بخصوص الحالة الصحية للمريض، بمتوسط حسابي قدره (3.6)، وإنحراف معياري قدره (1.24) وبأهمية نسبية بلغت (72%)، حيث تعد إلتزامات موظفي المؤسسات الاستشفائية اتجاه مرضاهم أحد أبعاد المسؤولية الاجتماعية في بعديها الأخلاقي والقانوني إذ يتوجب عليهم منح المريض حقه في معرفة تشخيص الأطباء لحالته الصحية وفق لغة بسيطة يفهمها، مع اطلاعه على الخطورة التي قد يشكلها اجراء علاجي ما، وفق ما تستدعيه حالته الطبية والتدخل العلاجي حسب ما يضمن حياته بشكل طبيعي واعلامه بمختلف المخاطر التي قد تنتج عن التدخل الطبي والعلاج المحتمل، وضمان حقه وحرية الاختيار بين قبول التدخل العلاجي المقترح أو رفضه، مع حقه في الاحتفاظ وضمان سرية المعلومات الخاصة بحالته الصحية، وكذا الحصول على ملفه الطبي التشخيصي والخروج من المستشفى وعدم مواصلة العلاج، إن لم يكن مصابا بالأمراض المعدية أو العقلية التي من شأنها تهديد المحيطين به. (البكري، 2005، صفحة 244).

كما ان القانون العام للوظيفة العمومية قد نص في المادة 48 على أنه "يجب على الموظف الإلتزام بالسر المهني، ويمنع عليه ان يكشف محتوى أية وثيقة بحوزته أو أي حدث أو خبر علم به

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

أو اطلع عليه بمناسبة ممارسة مهامه، ماعدا ما تقتضيه ضرورة المصلحة، ولا يتحرر الموظف من واجب السر المهني إلا بترخيص مكتوب من السلطة السلمية المؤهلة. (الجريدة الرسمية الجزائرية، 2006، صفحة 06)

-في المرتبة الثالثة كانت العبارة (45) والتي مفادها: يلتزم العاملون بالمؤسسة بأخلاقيات المهنة، بمتوسط حسابي قدره (3.56)، وإنحراف معياري قدره (0.97) وبأهمية نسبية بلغت (71.2%)، وذلك لأن الاخلاق عموما جزء من التركيبة الاجتماعية والثقافية للأفراد وهي تعبر عن الشخصية السوية التي تدرك مالها وما عليها فتوفي بما عليها من إلتزامات وتحصل على حقوقها بالطرق المشروعة، ويؤكد جاد الرب ذلك بالإشارة إلى أن الاخلاقيات هي مجمل القيم والمعايير والمبادئ التي تحكم علاقة الفرد بالجماعة وترجم في سلوكيات واضحة. ولدى الإدارة العليا لكل مؤسسة مجموعة من القواعد العامة للسلوك تحدد طبيعة الحقوق والواجبات بين العاملين الداخليين ضمن المؤسسة والمتعاملين الخارجيين معها، وهذه الأطر الأخلاقية العامة للسلوك تستمد وقيم وعادات وتقاليده المجتمع الذي تتواجد فيه ، ولذلك فهي تتوافق مع المصلحة العامة وتحظى بالتقبل من طرف المجتمع ولا تتعارض مع الدين ولا الخلفية الفكرية للمجتمع. (جاد الرب، 1995، صفحة 220)

الجدول رقم (40): يوضح العلاقة بين إلتزام العاملين بأخلاقيات المهنة والالتزام المؤسسة بتطبيق ميثاق أخلاقيات الصحة.

	العبارة 45 يلتزم العاملون بالمؤسسة بأخلاقيات المهنة					المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
العبارة 43	1	1	4	2	2	10
تلتزم	0.8%	0.8%	3.1%	1.5%	1.5%	7.7%
المؤسسة	0	0	3	5	1	9
بتطبيق	0.0%	0.0%	2.3%	3.8%	0.8%	6.9%
ميثاق	1	5	20	14	5	45
أخلاقيات	0.8%	3.8%	15.4%	10.8%	3.8%	34.6%
الصحة.	0	6	9	26	4	45
موافق	0.0%	4.6%	6.9%	20.0%	3.1%	34.6%
موافق جدا	3	0	2	8	8	21
	2.3%	0.0%	1.5%	6.2%	6.2%	16.2%
المجموع	5	12	38	55	20	130
	3.8%	9.2%	29.2%	42.3%	15.4%	100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

نجد من خلال المعطيات الكمية للجدول رقم (40) أن ما يمثل نسبة (0.16%) فقط يعترضون على كلا العبارتين 43 و45 وهي نسبة ضئيلة جدا، في مقابل (35.5%) يوافقون على كلا العبارتين وهي نسبة كبيرة بمقارنتها مع نسبة المعارضين، ويمكن تفسير ذلك للعلاقة القائمة بين كلا العبارتين

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

حيث يعبر إلزام العاملين بالمؤسسة بأخلاقيات المهنة على مدى إلزام مؤسستهم في حد ذاتها بتطبيق ميثاق أخلاقيات المهنة باعتبار المؤسسة الصحية كيان معنويًا يتكون من مجمل الأفراد العاملين فيه وبالتالي فهم يعكسون صورة مؤسستهم ويمثلونها من خلال عملهم على تحقيق أهدافها وخططها الصحية والتزاماتها الأخلاقية.

في المرتبة الرابعة كانت العبارة (47) والتي مفادها: يحترم العاملون بالمؤسسة حقوق الأفراد في المعاملة الحسنة وفق حالاتهم الصحية والنفسية، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.54)، وإنحراف معياري قدره (1.16) وبأهمية نسبية بلغت (70.8%)، ويمكن إرجاع ذلك لوعي مهنيي الصحة بمهامهم الإنسانية قبل أن تكون وظيفة عمومية مقابل راتب شهري نظير ما يقدمونه من خدمات وما يؤدونه من مهام محددة بموجب القانون المنظم للقطاع الصحي والوظيفة العمومية، الجدول رقم(41): يوضح العلاقة بين احتفاظ العاملين بالسري الطبي للمرضى واحترام حقوقهم في حسن التعامل.

	العبارة 47 يحترم العاملون بالمؤسسة حقوق الأفراد في المعاملة الحسنة وفق حالاتهم الصحية والنفسية.					المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
العبارة 42 يعارضون جدا يلتزم العاملون داخل المؤسسة بالسري الطبي بخصوص الحالة الصحية للمريض.	0	1	2	3	3	9
	0.0%	0.8%	1.5%	2.3%	2.3%	6.9%
معارض	1	3	2	4	2	12
	0.8%	2.3%	1.5%	3.1%	1.5%	9.2%
محايد	0	6	5	10	5	26
	0.0%	4.6%	3.8%	7.7%	3.8%	20.0%
موافق	1	9	16	24	7	57
	0.8%	6.9%	12.3%	18.5%	5.4%	43.8%
موافق جدا	2	3	3	10	8	26
	1.5%	2.3%	2.3%	7.7%	6.2%	20.0%
المجموع	4	22	28	51	25	130
	3.1%	16.9%	21.5%	39.2%	19.2%	100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن ما يمثل نسبة 37.8% من المبحوثين يوافقون على العبارتين 42 و 47 في مقابل 3.9% فقط معترضون على كلا العبارتين وهو ما يعني أن الموظفين يلتزمون بالحفاظ على السري الطبي للمرضى ويحترمون في نفس الوقت حقوقهم في المعاملة الحسنة ومراعاة احتياجاتهم الصحية والنفسية، وذلك راجع لتقدير المبحوثين للطابع الإنساني والأخلاقي بالدرجة الأولى لمهامهم الطبية الخاصة بتقديم رعاية وتشخيص وعلاج لمن هم بحاجة إليه

في المرتبة الخامسة كانت العبارة (46) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على نشر الوعي الصحي في المجتمع من خلال حملات التوعية التي تقوم بها، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.53)، وإنحراف معياري

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

قدره (1.3) وبأهمية نسبية بلغت (70.6%)، حيث تنظم المؤسسة الاستشفائية حملات توعية للمجتمع المدني من خلال العديد من الاحتفاليات والمناسبات الصحية على سبيل المثال اليوم العالمي للسرطان، اليوم العالمي للطفولة، اليوم العالمي لمحاربة التدخين والمخدرات، اليوم العالمي للكشف المبكر ضد سرطان الثدي، وبالإضافة لتنظيم قوافل الكشف الطبي والتشخيص المجاني اتجاه المناطق النائية والتي تكون مكونة عادة من فريق طبي بما فيه الأطباء المختصين والعامين وشبه الطبيين كذلك. وقانون الصحة يلزم المؤسسات الاستشفائية بدورها الاجتماعي في التوعية والتثقيف الصحي حيث نجد المادة 30 فحواها: "تنظم هيكل الصحة في إطار تنفيذ برامج الصحة بمساعدة السلطة المعنية، حملات التوعية والإعلام وأعمال الوقاية من الأمراض والآفات الاجتماعية والحوادث والكوارث مهما كانت طبيعتها".

-في المرتبة السادسة كانت العبارة (43) والتي مفادها: تلتزم المؤسسة بتطبيق ميثاق أخلاقيات الصحة، بمتوسط حسابي قدره (3.44)، وإنحراف معياري قدره (1.17) وبأهمية نسبية بلغت (68.8%)، وذلك راجع لكون العديد من المبحوثين يرون أن مؤسساتهم ملتزمة بمهامها المحددة وفق القانون والأخلاق والأعراف الاجتماعية السائدة، فكل فئة من فئات السلك المهني المنتمي للمؤسسة الاستشفائية تقوم بالأدوار المنوطة بها دون أي تدمير أو اعتراض لأن إدارة المؤسسة في هذا ذاتها تلتزم العدالة التنظيمية في تحديد الأدوار الوظيفية والمهام والصلاحيات حسب المستوى والخبرة المهنية، كما ان الطابع الإنساني للخدمات التي تقدمها المؤسسة يجعل منها منبرا أخلاقيا للإلتزام التنظيمي والانتماء الوظيفي.

وكانت العبارات المتبقية ذات تقدير متوسط وفقا لأهميتها النسبية وهي مرتبة على الشكل الموالي:
-في المرتبة السابعة كانت العبارة (41) والتي مفادها: تنتشر داخل المؤسسة ثقافة العمل التطوعي الخاص بالوقاية الصحية، بمتوسط حسابي قدره (3.21)، وإنحراف معياري قدره (1.38) وبأهمية نسبية بلغت (64.2%)، فعلى اعتبار ان المستشفيات تلعب دورا وقائيا تنص عليه اخلاقيات المهن الصحية ووفاء بمسؤولياتها الاجتماعية باعتبارها جزءا من النسيج الاجتماعي فإنها مطالبة بضرورة تنظيم حملات التطعيم والتحصين الموجه لحماية الافراد ووقايتهم من الامراض ، وكذا الاهتمام بإعداد نشرات وبرامج صحية تثقيفية وعرضها في مختلف المؤسسات التربوية لتعزيز التربية الصحية والتوعية الثقافية وكذا استغلال وتسخير مختلف الوسائل الإعلامية والاعلانية بهدف توصيل المعلومة لجمهور المواطنين أينما كانوا على اختلاف أعمارهم ومستوياتهم. (بن عرامة وبليزاك، 2020، صفحة 147)

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

-في المرتبة الثامنة كانت العبارة (44) والتي مفادها: تلتزم المؤسسة بتقديم خدمات صحية مجانية عالية المستوى، بمتوسط حسابي قدر ب (3.1)، وإنحراف معياري قدره (1.46) وبأهمية نسبية بلغت (62%)، وذلك لكونها مجانية بالفعل لكنها لا ترقى للجودة المطلوبة ومستوى الخدمات المقدمة مرتبط بطبيعة ونوعية الوسائل المتوفرة من المستلزمات الطبية التي مازالت لم تصل للنوعية المنشودة سواء من قبل الطاقم الطبي وشبه الطبي أو من قبل المرضى أنفسهم. ونجد المادة 13 من قانون الصحة تنص على ان "الدولة تضمن مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني، وتنفذ كل وسائل التشخيص والمعالجة واستشفاء المرضى في كل الهياكل العمومية للصحة، وكذا كل الأعمال الموجهة لحماية صحتهم وترقيتها."

-في المرتبة التاسعة كانت العبارة (40) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على ترسيخ القيم الأخلاقية بين العاملين بها، بمتوسط حسابي قدر ب (3.09)، وإنحراف معياري قدره (1.6) وبأهمية نسبية بلغت (61.8%)، ويمكن إرجاع ذلك لنظرة الموظفين إلى القيم الأخلاقية رغم انها مرتبطو بالعمل إلا انهم يعتبرونها قيم فردية تنبع من الأفراد وتصوراتهم الشخصية عما يجب أن يتحلوا به وبالتالي فالمؤسسة لا يمكنها التأثير على قيمهم والتزامهم الأخلاقي لأنها معايير شخصية حسهم قد تختلف من فرد لأخر حسب درجة وعيه وانضباطه ومسؤوليته اتجاه نفسه والآخرين. رغم ان قيم العمل والثقافة الأخلاقية في العمل تعتبر من مسؤولية المؤسسة أيضا، إلى جانب التنشئة الاجتماعية التي يكتسبها العمال من أسرهم وبمجتمعهم، وهذا التناقض في فهم القيم التنظيمية من قبل الموظفين عبر عن ضعف مؤشرات ثقافة الجودة التنظيمية..

وبالنسبة لJOHN فان اهم ثلاثة أبعاد لأخلاقيات مهنة الطب هي الشعور بالمرضى، المهارات العالية والاستقلالية. (John, 2009, p. 22) وهي تعبر قيم اجتماعية وتنظيمية واخلاقية عموما.

وقد أكد إطارات المؤسسة محل المقابلة ذلك بالقول أن المسؤولية الأخلاقية هي قيم ذاتية تتوقف على السلوك الأخلاقي للأفراد ولا يمكن قياسها معنويا إلا من خلال السلوكيات والمظاهر الملموسة وهنا لا يمكن الحكم على الجميع بالتعميم فعلي سبيل المثال أشار أحد الرؤساء إلى ان بعض العمال لا يتصفون بالسلوك السوي فهم مستهترين في عملهم كما لا يحافظون على السر المنى للمرضى ورغم ذلك فهي تعد حالات شاده لا يمكن الحكم والقياس عليها.

-في المرتبة العاشرة والاخيرة كانت العبارة (49) والتي مفادها: تهتم المؤسسة بتنمية رأسمالها البشري، بمتوسط حسابي قدر ب (3.04)، وإنحراف معياري قدره (1.45) وبأهمية نسبية بلغت (60.8%)، لطبيعة الظروف التي يعملون فيها من حيث نقص الوسائل والامكانيات وعدم استفادة الأغلبية من أي تكوين أو تدريب بعد التوظيف ، كما ان عدم تمكين الموظفين وعدم استشارتهم

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

أو منحهم فرص المشاركة في اتخاذ القرار تعد مؤشرات لنقص اهتمام المؤسسة الاستشفائية بموظفيها لاسيما تنمية قدراتهم وتطويرها لتقديم أداء افضل وخدمات صحية ذات جودة.

2.2. درجة الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال بعد المسؤولية القانونية

جدول رقم (42): يوضح الحسابات المتعلقة ببعد المسؤولية القانونية

رقم العبارة	البعد الثاني: المسؤولية القانونية	المقياس	موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	التقدير
50	تعمل المؤسسة على الإلتزام بالقوانين الخاصة بحقوق العاملين بها.	التكرار	13	41	35	27	14	3.09	1.35	61.8%	07	متوسط
		النسبة	10	31.5	26.9	20.8	10.8					
51	تلتزم المؤسسة بالقوانين المتعلقة بالحفاظ على البيئة وحمايتها.	التكرار	12	50	34	24	10	3.23	1.2	64.6%	06	متوسط
		النسبة	9.2	38.5	26.2	18.5	7.7					
52	يضمن قانون الصحة الحق في التعويض عن ساعات العمل الليلية	التكرار	23	70	13	11	13	3.6	1.37	72%	03	مرتفع
		النسبة	17.7	53.8	10	8.5	10					
53	يتم الاحتكام إلى النصوص القانونية في حالة الأخطاء المهنية.	التكرار	20	72	27	8	3	3.75	0.76	75%	02	مرتفع
		النسبة	15.4	55.4	20.8	6.2	2.3					
54	تتوافق القوانين التنظيمية للمؤسسة مع خصوصية المجتمع الجزائري.	التكرار	22	53	24	22	9	3.43	1.218	68.6	04	مرتفع
		النسبة	16.9	40.8	18.5	16.9	6.9					
55	يحدد قانون الصحة واجبات العاملين اتجاه المرضى.	التكرار	31	70	16	10	3	3.89	0.87	77.8%	01	مرتفع
		النسبة	23.8	53.8	12.3	7.7	2.3					
56	تعمل المؤسسة على تطبيق اجراءات حماية العاملين بها من الاخطار المهنية.	التكرار	19	47	30	21	13	3.29	1.43	65.8%	05	متوسط
		النسبة	14.6	36.2	23.1	16.2	10					
		البعد الكلي						3.46	1.17	69.2%	/	مرتفع

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

يتعلق الجدول (42) بدرجة الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال بعد المسؤولية القانونية حيث كشفت النتائج أن المتوسط الحسابي لهذا البعد تراوح بين (3.09 و3.89) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ متوسطه العام (3.46) بإنحراف معياري (1.17) وأهمية نسبية قدرت بـ (69.2%). وبالاطلاع على معيار التحليل نجد أن تقدير بعد المسؤولية القانونية كان مرتفعاً. ويلاحظ من الجدول وجود تماثل في إستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات بعد المسؤولية القانونية إذ كانت في الغالب مرتفعة.

و يرى (Gharaee, et al., 2013) انه من بين الأسباب التي تدفع المؤسسات لتبني متطلبات المسؤولية الاجتماعية هي تأثيرها بالبيئة المحيطة، وبالتالي فتطبيق المسؤولية الاجتماعية يأتي كاستجابة لتأثيرات العولمة والوفاء بالالتزامات القانونية والتنظيمية، وتغير توقعات الجمهور اتجاه سمعة المؤسسة في المجتمع ورفع قدرتها التنافسية.

ووفقاً لإستجابات الباحثين وبالنظر للأهمية النسبية نجد أربع عبارات ذات تقدير مرتفع وهي:

المرتبة الأولى كانت العبارة (55) والتي مفادها: يحدد قانون الصحة واجبات العاملين اتجاه المرضى، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.89)، وإنحراف معياري قدره (0.87) وبأهمية نسبية بلغت (77.8%)، فمهام الموظفين في القطاع الصحي وكذا مختلف المصالح الإدارية والصحية محددة بموجب المرسوم الرئاسي 2008 والمعدل والمتمم في 2018

المرتبة الثانية كانت العبارة (53) والتي مفادها: يتم الاحتكام إلى النصوص القانونية في حالة الأخطاء المهنية، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.75)، وإنحراف معياري قدره (0.76) وبأهمية نسبية بلغت (75%)، وذلك يعبر عن اتجاه الباحثين للموافقة حول العبارة بنسبة 47.7% وهو ما يعني الموضوعية والحيادية في تعامل الأفراد والإدارة مع مختلف الأخطاء المهنية بالعودة إلى الاحكام القانونية التي تشرح نوعية الخطأ المرتكب والعقوبات الناجمة عنه وفق التشريع والتنظيم المعمول به في تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية وحسب ما يقتضيه قانون الوظيفة العمومي.

فبالاطلاع على قانون الصحة نجد العديد من المواد القانونية التي تحدد نوعية الأخطاء المهنية وطبيعة العقوبات المترتبة عنها كما هو الحال مثلاً بالنسبة للمواد القانونية التالية:

المادة 417: "عدم التقيد بالالتزام السرطاني والمهني يعرض صاحبه للعقوبات المنصوص عليها في المادة 301 من قانون العقوبات"

المادة 418: "يعاقب على كل رفض للامتثال لطلبات تسخيرة الصادرة من السلطة العمومية حسب الأشكال المنصوص عليها في التنظيم الساري المفعول، طبقاً لأحكام المادة 187 مكرر من قانون العقوبات"

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

المادة 419: "يعاقب كل مهني الصحة الذي يخالف المنع المتعلق بالوصف الطبي أو تغييره المنصوص عليه في أحكام المادة 180 من هذا القانون، بالحبس من ستة أشهر حتى سنتين وبغرامة من 50 إلى 100 ألف دينار جزائري."

المادة 420: " يعاقب كل مهني الصحة الذي يخالف احكام المادتين 198 و 199 من هذا القانون، المتعلقة على التوالي بإعلام المصالح المعنية وتحرير الشهادة الوصفية وحالات العنف بغرامة من 20000 إلى 40000 دج."

الجدول رقم (43): يوضح العلاقة بين استجابات الباحثين حول إلزام المؤسسة بقوانين حقوق العاملين والاحتكام للقانون في حالة الأخطاء المهنية.

		العبارة 53 يتم الاحتكام إلى النصوص القانونية في حالة الأخطاء المهنية.					المجموع
		معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
العبارة 50 تعمل المؤسسة على الإلتزام بالقوانين الخاصة بحقوق العاملين بها.	معارض جدا	1 0.8%	1 0.8%	3 2.3%	3 2.3%	6 4.6%	14 10.8%
	معارض	0 0.0%	3 2.3%	7 5.4%	16 12.3%	1 0.8%	27 20.8%
	محايد	0 0.0%	2 1.5%	8 6.2%	22 16.9%	3 2.3%	35 26.9%
	موافق	0 0.0%	2 1.5%	5 3.8%	27 20.8%	7 5.4%	41 31.5%
	موافق جدا	2 1.5%	0 0.0%	4 3.1%	4 3.1%	3 2.3%	13 10.0%
	المجموع	3 2.3%	8 6.2%	27 20.8%	72 55.4%	20 15.4%	130 100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

من خلال محتوى الجدول نجد 31.9% من الباحثين موافقون على العبارتين 50 و 53، في حين نجد مقابل ذلك 3.9% فقط من عينة البحث يعترضون على العبارتين، وهذه النسب المئوية تكشف إلزام المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة بالقوانين المحددة لحقوق الموظفين حيث انها في حالة الأخطاء المهنية لا تستند إلى العلاقات الشخصية أو المحاباة للفصل في الأخطاء المتنازع فيها وتقرير العقوبات أو التغاضي عن الامر، بل أن الامر يسير وفق ضوابط قانونية تحدد للمخطئ ماله وما عليه برؤية قانونية محضة

- في المرتبة الثالثة كانت العبارة (52) والتي مفادها: يضمن قانون الصحة الحق في التعويض عن ساعات العمل الليلية، بمتوسط حسابي قدر ب (3.6)، وإنحراف معياري قدره (1.37) وبأهمية نسبية بلغت (72%)، حيث توجد في القانون المنظم لقطاع الصحة مواد قانونية صريحة تتيح للموظفين حق الاختيار بين التعويض المالي عن المناوبة الليلية أو التعويض بالراحة، وفي حالة ضرورات المصلحة الصحية في حالة الطوارئ أو الوباء فمن حق مدير المؤسسة الصحية برمجة

عدد اكبر من المناوبين سواء من الأطباء أو من شبه الطبيين ولكن حقهم في المقابل عن ذلك مضمون بموجب القانون.

-في المرتبة الرابعة كانت العبارة (54) والتي مفادها: تتوافق القوانين التنظيمية للمؤسسة مع خصوصية المجتمع الجزائري، بمتوسط حسابي قدر ب (3.43)، وإنحراف معياري قدره (1.21) وبأهمية نسبية بلغت (68.6%)، لأن أي مؤسسة توجد في بيئة حية متفاعلة، حيث يجب اخذ قيم البيئة ومحددات السلوك الأخلاقي بعين الاعتبار في صياغة اهداف أي مؤسسة وتطبيق استراتيجيتها التنفيذية من أجل كسب قبول المجتمع وتعاونه وبالتالي الحصول على السمعة الحسنة. (نجم، 2006، صفحة 17)

فبالعودة إلى ضرورة توافق قوانين المؤسسة الاستشفائية مع خصوصية البيئة الاجتماعية الخاصة بكل مجتمع فإنه مثلا بالنسبة ل " موت الرحمة الفعال بإعطاء المريض جرعة دوائية قاتلة يعد انتحارا من قبل المريض وقتل من قبل الطبيب على الأقل في بلداننا العربية وفي تعاليمنا الإسلامية.

أما الموت الرحيم السلبي في السماح للفرد بأن يموت، فهو ممارسة المريض لحقه في رفض العلاج وقبول الموت بكرامة. ومثل هذا الحق قد يتعارض مع حقه في الحياة الذي يعرضه عليه أوصياؤه". (نجم، 2006، صفحة 412)

فيما جاءت العبارات الباقية بتقدير متوسط وفقا لإستجابات المبحوثين وأهميتها النسبية وترتيبها على النحو التالي:

-في المرتبة الخامسة كانت العبارة (56) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على تطبيق اجراءات حماية العاملين بها من الاخطار المهنية، بمتوسط حسابي قدر ب (3.29)، وإنحراف معياري قدره (1.43) وبأهمية نسبية بلغت (65.8%)، فبالنظر إلى أهمية الصحة واعتبارها قطاع حيوي في منظومة الأمن لأي دولة وبما ان الجزائر على غرار باقي دول العالم منضمة لمنظمة الصحة العالمية فإنها ملزمة بتوفير ظروف عمل آمنة للعاملين الصحيين، ولكن في ظل الإمكانيات المتاحة فقد سجل المستشفى عدة نقائص على سبيل المثال بخصوص وسائل الوقاية من عدوى وباء كوفيد19، حيث صرح لنا أحد رؤساء المصالح بقيمة بعض الهبات الطبية التي منحت لهم من قبل العديد من المؤسسات الاقتصادية والتي سهمت بشكل كبير في تجاوز النقص الظرفي في المعدات والوسائل الطبية والوقائية كالشركة القطرية للصلب التي عملت على امدادهم بقارورات الأوكسجين ومعدات التنفس الاصطناعي مجانا والهبات التضامنية من طرف مختلف فعاليات المجتمع المدني كمؤسسة "بيفا" والعديد من المؤسسات غيرها.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

-في المرتبة السادسة كانت العبارة (51) والتي مفادها: تلتزم المؤسسة بالقوانين المتعلقة بالحفاظ على البيئة وحمايتها، بمتوسط حسابي قدره (3.23)، وإنحراف معياري قدره (1.2) وبأهمية نسبية بلغت (64.6%)، حيث تعمل على التخلص من النفايات الصحية وفق نظام خاص لتقسيمها حسب مكوناتها وخطورها وقانون الصحة يتضمن مواداً صريحة على إلزامية التخلص الصحي من النفايات دون الأضرار بالطبيعة والبيئة المحيطة، حيث تتضمن اللوائح التنظيمية الخاصة بالعمل الصحي، والقوانين الداخلية لتسيير المؤسسات الاستشفائية والصحية مواد قانونية إلزامية، تنص على ضرورة تقسيم النفايات والمخلفات حسب نوعيتها ومكوناتها، ووضعها في أكياس مخصصة لذلك، على أن يخصص الكيس البلاستيكي ذو اللون الأسود لجمع ورمي النفايات المنزلية بما فيها الأوراق والنفايات غير المعدية، فيما تكون الأكياس الصفراء مخصصة للنفايات الملوثة والمعدية مثل القطن الطبي والكمادات الملوثة بالدم أو السوائل البيولوجية، ليكون الكيس ذو اللون الأخضر مخصص لجمع ورمي البقايا التشريحية.

والجدير بالذكر، أن مخالفة القوانين المتعلقة بالحفاظ على البيئة وإدارة النفايات الطبية يؤدي بالضرورة لمضاعفة تكاليف المؤسسة الصحية، حيث تظهر الأمراض المرتبطة بالتعفنات الحاصلة في الوسط الاستشفائي، أو ما تسمى بـ"الانتانات الاستشفائية"، ويقصد بها التعفنات التي تنتقل داخل الوسط الاستشفائي وتؤدي إلى زيادة حالات المرضى وزيادة مدة الاستشفاء، وتكاثرات الإجراءات العلاجية والتشخيصية، وبالتالي زيادة تكلفة المريض، وتعد مكافحة الانتانات الاستشفائية عنصراً أساسياً في سياسة تحسين نوعية العلاج وخفض تكاليف المؤسسات الصحية". (تومي و العلواني، 2006، الصفحات 326-327)

-في المرتبة السابعة والأخيرة كانت العبارة (50) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على الالتزام بالقوانين الخاصة بحقوق العاملين بها، بمتوسط حسابي قدره (3.09)، وإنحراف معياري قدره (1.35) وبأهمية نسبية بلغت (61.8%)، ويمكن إرجاع ذلك لما صرح لنا به العديد من المبحوثين حول اعتقادهم بوجود تمييز في المعاملة من قبل إدارة المؤسسة حيث يحظى البعض منهم بامتياز التأخر والغياب دون انذار أو انقاص للأجر فيما يعامل البعض منهم بانتقام في حالة عدم ولاءه أو اعتراضه على قرارات الإدارة وقد وقفنا على عملية تحويل أحد الموظفين من مصلحة لأخرى نتيجة خطأ مهني وكان الأمر مجحفاً على حد تعبيره لأن الأمر لا يستحق ذلك ولو كان الذي ارتكبه أحد المقربين من الهيئات العليا لما كان تعرض لهذا الإجراء والتعسف بنقله.

ولكن على عكس ذلك، أكد رؤساء المصالح المعنيين بالمقابلة أن المؤسسة والعمال يلتزمون بمسؤولياتهم القانونية على حد سواء حيث هناك مسؤوليات اتجاه الزملاء والموظفين ومسؤوليات

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

أخرى اتجاه المرضى والمؤسسة محل الدراسة تقوم بتطبيق كل الإجراءات القانونية الخاصة بالموظف والمريض من خلال أداء المهام على مستوى كل مصلحة في إطار قانوني منظم ومحدد في التشريع وفقا للوائح والتنظيمات الواردة من الجهات الوصية والقانون الداخلي للمؤسسة بما فيها التكفل بالحالات الاستعجالية وتوفير العلاج في الوقت اللازم واحترام مواقيت العمل والقواعد الصحية وتسيير النفايات ولكن لا يتم احترامها من قبل الكل.

3.2. درجة الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال بعد المسؤولية البيئية

جدول رقم (44): يوضح الحسابات المتعلقة ببعد المسؤولية البيئية

رقم العبارة	البعد الثالث: المسؤولية البيئية	المقياس	موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	التقدير
57	يحترم العاملون داخل المؤسسة الخصوصية الثقافية للمجتمع الجزائري.	التكرار	24	69	20	10	7	3.71	1.05	74.2%	02	مرتفع
		النسبة	18.5	53.1	15.4	7.7	5.4					
58	تلتزم المؤسسة بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية.	التكرار	27	64	26	8	5	3.76	0.95	75.2%	01	مرتفع
		النسبة	20.8	49.2	20	6.2	3.8					
59	تستخدم المؤسسة محاليل طبية صديقة للبيئة.	التكرار	4	23	73	19	11	2.92	0.78	58.4%	08	متوسط
		النسبة	3.1	17.7	56.2	14.6	8.5					
60	تعمل المؤسسة من أجل الحفاظ على البيئة من التلوث.	التكرار	16	49	42	16	7	3.39	1.06	67.8%	03	متوسط
		النسبة	12.3	37.7	32.3	12.3	5.4					
61	تتوفر المؤسسة على المساحات الخضراء.	التكرار	14	66	13	21	16	3.31	1.5	66.2%	04	متوسط
		النسبة	10.8	50.8	10	16.2	12.3					
62	تعمل المؤسسة على المشاركة في مبادرات تطوعية لنشر الوعي الصحي في المجتمع	التكرار	13	44	41	19	13	3.19	1.25	63.8%	06	متوسط
		النسبة	10	33.8	31.5	14.6	10					
63	تشجع المؤسسة العاملين بها على الانخراط في مختلف الفعاليات	التكرار	13	29	44	33	11	3.00	1.22	60%	07	متوسط
		النسبة	10	22.3	33.8	25.4	8.5					

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

											المتعلقة بالصحة والبيئة.	
متوسط	05	65.2%	0.9		8	10	64	36	12	التكرار	يتضمن القانون الداخلي للمؤسسة مواد خاصة بالحفاظ على البيئة.	64
				3.26	6.2	7.7	49.2	27.7	9.2	النسبة		
متوسط	/	66.2%	1.08	3.31							البعد الكلي	

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

يوضح الجدول (44) درجة الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال بعد المسؤولية البيئية، فمن خلال الشواهد الكمية للجدول أعلاه أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لهذا البعد تراوح بين (2.92 و 3.76) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ المتوسط العام لهذا البعد (3.31) بإنحراف معياري (1.08) وأهمية نسبية قدرت بـ (66.2%)، وبالإعتماد على معيار التحليل نجد أن تقدير بعد المسؤولية البيئية كان متوسط.

وقد تطرقت معايير الايزو 26000 لحماية البيئة ضمن البند (6.5) من خلال ضرورة عمل المؤسسات الصحية على التنمية المستدامة وحماية الموارد الطبيعية من الاستنزاف والاستعمال الأمثل لها من خلال تقليل التلوث وإدارة وتسيير النفايات الطبية بما يحافظ على البيئة ونشر الوعي البيئي والثقافة الصحية والوقاية من المخاطر البيئية والصحية.

ويلاحظ من الجدول وجود تماثل كبير في إستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات بعد المسؤولية البيئية إذ كانت متوسطة.

وقد جاءت العبارات مرتبة على الشكل الآتي وفقا لأهميتها النسبية بالنظر لاستجابات المبحوثين: المرتبة الأولى كانت العبارة (58) والتي مفادها: تلتزم المؤسسة بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.76)، وإنحراف معياري قدره (0.954) وبأهمية نسبية بلغت (75.2%)، وهي ذات تقدير مرتفع، لأن المؤسسة تسهر على تنفيذ توصيات وزارة الصحة بخصوص عملية تسيير وإدارة النفايات الطبية، وفي ظل وباء كوفيد19 وخطر العدوى فقد شددت كل الوزارة وهيكلها الصحية على الصرامة والحذر الشديدين في التعامل مع المخلفات الطبية لتجنب الكوارث الصحية والبيئية من انتشار العدوى نتيجة اللامبالاة والإهمال.

ولتجنب الكوارث الصحية والبيئية الناجمة عن بعض الوسائل المستعملة في التشخيص الطبي والعلاج لابد أيضا من إدارة وتسيير النفايات الطبية والتي تعرفها منظمة الصحة العالمية ب: جميع النفايات التي تنتج عن مرافق ومؤسسات الرعاية الصحية ومراكز البحث والمختبرات، وهي تقسم لصنفين:

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

أ- المصادر الرئيسية المنتجة للمخلفات الطبية: تتمثل في: المستشفيات الجامعية، المستشفيات العمومية والجوارية، مؤسسات الرعاية الصحية كخدمات الرعاية الطبية الاستعجالية، عيادات الامومة والتوليد، مراكز تصفية ونقل وغسيل الكلى، الخدمات الطبية العسكرية، المختبرات الطبية ومراكز الأبحاث، مراكز التشريع ومستودعات حفظ الجثث، أبحاث الطب والبيطرة الخاصة بالحيوانات، بنوك الدم...

ب- المصادر الثانوية لنفايات الرعاية الصحية: مؤسسات الرعاية الصحية الصغيرة، مثل مكاتب الأطباء وعيادات طب الأسنان، المعالجة بالوخز بالإبر، مؤسسات الرعاية الصحية المتخصصة، مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية، الأنشطة التي تشمل ادخال وريدي أو تحت الجلد مثل دور التجميل لثقب الاذن والوشم، خدمات الجناز والعلاج المنزلي. (منظمة الصحة العالمية، 2006، صفحة 13)

ويتضمن قانون الصحة لسنة 2018 العديد من المواد القانونية الخاصة بتسيير النفايات على مستوى المؤسسات الصحية وكيفية التخلص منها وحماية البيئة من أخطارها، وعلى سبيل المثال لا الحصر نستعرض المواد التالية:

المادة 115: " يتعين على هياكل ومؤسسات الصحة وضع ترتيبات الحماية من الإشعاعات الأيونية طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما".

المادة 116: " يجب ان يتم جمع النفايات ونقلها ومعالجتها قصد حماية صحة المواطنين والمحافظة على البيئة، طبقا للمقاييس المحددة في التشريع والتنظيم المعمول بهما".

المادة 117: " يتعين على هياكل ومؤسسات الصحة اتخاذ التدابير الخاصة المتعلقة بمعالجة وإزالة نفاياتها طبقا للمقاييس المحينة في هذا المجال والمحددة عن طريق التنظيم"

المادة 118: " يجب على هياكل ومؤسسات الصحة العمومية والخاصة ان تسهر بداخلها على احترام مقاييس حفظ الصحة الاستشفائية ومقاييس إزالة نفايات النشاطات العلاجية ذات خطر العدوى قصد تفادي العدوى المرتبطة بها".

وكما تمت الإشارة سابقا، فمن قواعد السلامة البيئية المعتمدة فيما يخص إجراءات التخلص من النفايات الطبية وإدارتها، يتم تخصيص كيس بلاستيكي من اللون الأسود لجمع ورمي النفايات المنزلية بما فيها الأوراق والنفايات غير المعدية، وتوجد أكياس أخرى صفراء مخصصة للنفايات

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

الملوثة والمعدية مثل القطن الطبي والكمادات الملوثة بالدم او السوائل البيولوجية، ليكون الكيس ذو اللون الأخضر مخصص لتجميع ورمي البقايا التشريحية.

ولكن بالنسبة لعملية التخلص النهائي من هذه النفايات هناك اتفاقية للمؤسسة مع احد الخواص من أجل نقلها لمركز الردم التقني في بسكرة، غير ان بعض النفايات غير الملوثة كالأوراق والعلب يتم حرقها هناك على مستوى المستشفى وقد وقفنا على حادثة من هذا الشكل حين قيامنا بالدراسة الميدانية على مستوى المؤسسة فعند تواجدها بالمؤسسة لاحظنا وجود دخان في سماء المستشفى ورائحة كريهة ناجمة عن حرق النفايات، ولما سألنا احد الأعوان عن مصدرها أخبرنا انه يتم حرق بعض النفايات في الباحة الخلفية للمؤسسة فتوجهنا هناك وكان ان لاحظنا حاوية نفايات أرضية كبيرة تشتعل بالنيران ودخان كثيف حتى انك تحس بالاختناق هناك وتنتابك نوبة من السعال والرغبة في التقيؤ وهو الامر الذي يتعارض صراحة مع ضرورة مراعاة قرب المكان من المصالح الصحية ومكان إقامة المرضى وتلقي العلاج ، فإذا كنا نحن بصفتنا باحثين مؤقتين بالمؤسسة وتأثرنا بذلك جسديا ومعنويا، فما بالك بالعاملين هناك والمرضى. إن عملية حرق النفايات هناك في المستشفى حتى ولو كان في الباحة الخلفية، لكن الأمر يعبر عن جو غير صحي وغير ملائم لطبيعة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة وطبيعة زوارها المرضى وذويهم.

وهو الأمر الوحيد الذي سبب امتعاض بعض الموظفين والمرضى بخصوص هذه النقطة فقط (التذمر من حرق النفايات في المؤسسة والدخان والرائحة الناتجة عنها). لكن تقدير اجاباتهم كان مرتفع بالنسبة للالتزام المؤسسة عموما بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية المنصوص عليها قانونا.

-في المرتبة الثانية كانت العبارة (57) والتي مفادها: يحترم العاملون داخل المؤسسة الخصوصية الثقافية للمجتمع الجزائري، بمتوسط حسابي قدر ب (3.71)، وإنحراف معياري قدره (1.05) وبأهمية نسبية بلغت (74.2%)، وهي أيضا بتقدير مرتفع فلمراعاة الخصوصية الثقافية "نسترشد بالمبادئ الثلاثة التالية: احترام القيم الإنسانية الجوهرية التي تحدد المعايير الأخلاقية المطلعة في جميع أنشطة الأعمال، احترام التقاليد المحلية، والاعتقاد بالسياقات التي تحدد ما هو صواب أو ما هو خاطئ." (نجم، 2006، صفحة 17). وهنا نتذكر جليا الحادثة التي أطلعنا عليها احدى مفردات العينة حيث قالت الطبيبة بأنه في ظل الازدحام على المصالح الصحية الاستعجالا بالدرجة الأولى في ظل جائحة كورونا فقد تعرض الطاقم الطبي لحادث في نفس السياق حيث اضطروا لوضع مريضة في قسم الرجال في قاعة الإنعاش وهو ما جعلهم يتحفظون على الأمر

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

ويرفضونه ولكن ولاعتبارات طبية محضة وللضرورة تم وضعها حيث يتوفر جهاز الإنعاش على ان تحول في أقرب وقت لقسم النساء.

وكمثال آخر على ضرورة إلتزام العمل الطبي بمراعاة خصوصية الدين والثقافة الأخلاقية للمجتمع الذي تتواجد فيه نجد ان المادة 64 من الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية تنص على أنه: "لا يجوز للطبيب إجهاض امرأة حامل إلا إذا اقتضت ذلك دواع طبية تهدد صحة الأم وحياتها. ومع ذلك يجوز الإجهاض إذا لم يكن الحمل قد أتم أربعة أشهر وثبت بصورة أكيدة أن استمراره يهدد صحة الأم بضرر جسيم، على أن يتم إثبات هذا الأمر بقرار من لجنة طبية لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أخصائيين، يكون بينهم أخصائي ملم بنوعية المرض الذي أوصي من أجله بإنهاء الحمل، يقومون بإعداد تقرير يوضحون فيه نوع الخطورة المذكورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم فيها لو استمر الحمل. وفي حالة التوصية بضرورة الإجهاض يوضح ذلك للمريضة وزوجها أو وليها، ثم تؤخذ موافقتهم الخطية على ذلك".

فيما كانت العبارات الأخرى ذات تقدير متوسط وهي مرتبة على الشكل الموالي:

-المرتبة الثالثة كانت العبارة (60) والتي مفادها: تعمل المؤسسة من أجل الحفاظ على البيئة من التلوث، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.39)، وإنحراف معياري قدره (1.06) وبأهمية نسبية بلغت (67.8%)، ويعد هذا إلتزام مفروضا بموجب القانون، ففي قانون الصحة نجد فصلا كاملا بعنوان "حماية الوسط والبيئة" وفيه تنص المادة 106 على "تولي الدولة تنفيذ سياسة حفظ صحة الوسط وإطار حياة المواطنين والبيئة من أجل ضمان حماية صحة السكان وترقيتها، يجب على المؤسسات والهيكل المعنية إقامة أنظمة رصد ومراقبة النوعية الفيزيائية والكيميائية والبيولوجية لعوامل البيئة، لاسيما الماء والهواء والتربة"

فالمؤسسات الصحية مطالبة بتوفير وتقديم خدمات صحية جيدة لا تشكل تهديدا بيئيا وتتسم بالنظافة والحفاظ على البيئة من خلال توظيف الأساليب العلمية في التخلص من المخلفات والنفائات الطبية بشكل ينعكس في سلوكيات كوادر المنظومة الصحية والمواطنين على حد سواء حيث يعبر عن ارتفاع معدلات الوعي البيئي والمواطنة الصحية. (Lance, 2014, pp. 17-22)

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

الجدول رقم(45): يوضح العلاقة بين إلتزام المؤسسة بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية وحفاظها على البيئة من التلوث.

	العبارة 60 تعمل المؤسسة من أجل الحفاظ على البيئة من التلوث.					المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
العبارة 58 معارض جدا	1	1	3	0	0	5
تلتزم المؤسسة بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية.	0.8%	0.8%	2.3%	0.0%	0.0%	3.8%
معارض	0	3	2	3	0	8
محايد	0.0%	2.3%	1.5%	2.3%	0.0%	6.2%
موافق	1	2	14	7	2	26
موافق جدا	0.8%	1.5%	10.8%	5.4%	1.5%	20.0%
المجموع	5	8	19	29	3	64
	3.8%	6.2%	14.6%	22.3%	2.3%	49.2%
	0	2	4	10	11	27
	0.0%	1.5%	3.1%	7.7%	8.5%	20.8%
	7	16	42	49	16	130
	5.4%	12.3%	32.3%	37.7%	12.3%	100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

تبين الشواهد الرقمية للجدول ان ما يساوي 40.8% من المبحوثين يقرون بأن مؤسستهم تلتزم بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية وهو يعني الحفاظ على البيئة من التلوث، وفي المقابل نجد ان ما يعادل 3.9% فقط من المبحوثين يعترضون على العبارتين 58 و60.

- في المرتبة الرابعة كانت العبارة (61) والتي مفادها: تتوفر المؤسسة على المساحات الخضراء، بمتوسط حسابي قدر ب (3.31)، وإنحراف معياري قدره (1.5) وبأهمية نسبية بلغت (66.2%)، ويمكن إرجاع ذلك لما وقفنا عليه خلال بحثنا حيث لاحظنا قلة المساحات الخضراء بالنظر أصلا لقدم المستشفى وغياب فضاءات الاثرية فهي بنايات أو طرق ومسارات معبدة.

- في المرتبة الخامسة كانت العبارة (64) والتي مفادها: يتضمن القانون الداخلي للمؤسسة مواد خاصة بالحفاظ على البيئة، بمتوسط حسابي قدر ب (3.26)، وإنحراف معياري قدره (09) وبأهمية نسبية بلغت (65.2%)، وقد تصادف وجودنا بالمؤسسة في فترة التريص مع القيام بحرق بعض النفايات في الباحة الخلفية للمستشفى وقد لاحظنا انبعاث رائحة الدخان رغم بعد المكان نسبيا عن مركز المؤسسة لكنه يبقى ضمن حدودها الجغرافية بالتالي فقد رأينا اعتراض العديد من المرضى والطاقم الطبي وشبه الطبي على العملية بالقول ان الامر يتعارض مع مصلحة المرضى وضرورة الحفاظ على نقاء الجو والمكان. وتعرف المسؤولية البيئية على انها " بيان نوايا المؤسسة ومبادئها المرتبطة بأدائها البيئي والذي يوفر إطارا للعمل ووضع أهدافها واستراتيجياتها البيئية" (فولسين و جيمس، 2001، صفحة 81) " وقد تعالت الأصوات من خلال الكتابات الاكاديمية والجماعات البيئية الضاغطة من اجل ادخال البيئة في التخطيط الاستراتيجي للشركات واعتبار

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

البيئة أحد معايير الأداء الاستراتيجي، شأنها شأن التكلفة والجودة والمرونة والاعتمادية. ومن ثمة مراعاة المسؤولية البيئية في عملياتها المختلفة من أجل حماية الطبيعة والمجتمع". (نجم، 2006، صفحة 288). ولكن لا بد من التطبيق الفعلي والرقابة الصارمة لمدة التزام المؤسسات بمعايير السلامة البيئية مع ضرورة اخضاعها لعقوبات في حالة مخالفة كيفية التخلص من النفايات المحددة بموجب القوانين.

-في المرتبة السادسة كانت العبارة (62) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على المشاركة في مبادرات تطوعية لنشر الوعي الصحي في المجتمع، بمتوسط حسابي قدره (3.19)، وإنحراف معياري قدره (1.25) وبأهمية نسبية بلغت (63.8%)، فباطلاعنا على الصفحة الرسمية للمؤسسة على موقع التواصل الاجتماعي لاحظنا مشاركتها في حملات التوعية ضد الانفلونزا وداء السكري والفحص المبكر كما تزامن وجودنا في المؤسسة في العديد من المرات مع حملات التلقيح ضد وباء كوفيد19 سواء منها تلك الموجهة لموظفي المؤسسة او الموجهة لعموم المواطنين حيث يكون التلقيح بالتوجه إلى مقر المؤسسة الاستشفائية في حد ذاتها وفي العديد من المرات يتم توجيه قافلة متنقلة للتلقيح عبر مختلف المساجد والاحياء السكنية والإدارات العمومية أين يتم التقرب ممن المواطن والتنقل إليه، لكنها مرحلية ومناسباتية ومؤقتة وغير دائمة كما لاتصل للجميع خاصة في المناطق النائية والمعزولة. ورغم ذلك فإن المسؤولية الاجتماعية وفق معايير الايزو 26000 يجب ان تكون جزءا متكاملًا يحظى بحيز هام ضمن إستراتيجية المؤسسة التنظيمية والذي يترجم في قرارات وأنشطة متوافقة مع المصلحة العليا للمجتمع، كما لا يمكن للأعمال الخيرية ان تنوب عن الالتزامات البيئية والأخلاقية والقانونية التي يستوجب العمل على تعزيزها ضمن المؤسسة.

-في المرتبة السابعة كانت العبارة (63) والتي مفادها: تشجع المؤسسة العاملين بها على الانخراط في مختلف الفعاليات المتعلقة بالصحة والبيئة، بمتوسط حسابي قدره (3)، وإنحراف معياري قدره (1.22) وبأهمية نسبية بلغت (60%)، لأن العمل التطوعي ذاتي ولا يمكن للمؤسسة فرضه عليهم.

-في المرتبة الثامنة والأخيرة كانت العبارة (59) والتي مفادها: تستخدم المؤسسة محاليل طبية صديقة للبيئة، بمتوسط حسابي قدره (2.92)، وإنحراف معياري قدره (0.78) وبأهمية نسبية بلغت (58.4%)، حيث نلاحظ ان مانسبته 56.2% لم يقدموا إجابة واضحة والتزموا الحياد بالنسبة لهذا السؤال والسبب يعود بالأساس لجهلهم بالتركيب الكيميائية للمحاليل المستخدمة وفيما كانت مضررة بالبيئة ام لا وأحيانا غموض مصطلح صديقة للبيئة.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

4.2. درجة الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال بعد المسؤولية الاقتصادية

جدول رقم (46): يوضح الحسابات المتعلقة ببعد المسؤولية الاقتصادية

رقم العبارة	البعد الرابع: المسؤولية الاقتصادية	المقياس	موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	التقدير
65	تعمل المؤسسة على ضمان استدامة وسائل العمل.	التكرار	19	57	26	19	9	3.44	1.25	68.8%	02	مرتفع
		النسبة	14.6	43.8	20	14.6	6.9					
66	يمكنك الاجر الذي تتقاضاه من تلبية احتياجاتك الاقتصادية.	التكرار	3	16	12	35	64	1.91	1.28	38.2%	06	منخفض
		النسبة	2.3	12.3	9.2	26.9	49.2					
67	تضمن المؤسسة مجانية الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضى.	التكرار	38	69	7	6	10	3.91	1.22	78.2%	01	مرتفع
		النسبة	29.2	53.1	5.4	4.6	7.7					
68	تعمل المؤسسة على تحديث أجهزتها و اقتناء الوسائل الطبية المتطورة.	التكرار	15	53	28	22	12	3.28	1.33	65.6%	03	متوسط
		النسبة	11.5	40.8	21.5	16.9	9.2					
69	تغطي ميزانية المستشفى تكاليف الدورات التدريبية للعاملين بها.	التكرار	16	13	38	38	25	2.66	1.55	53.2%	04	متوسط
		النسبة	12.3	10	29.2	29.2	19.2					
70	تلتزم المؤسسة الصحية بالشفافية في عرض البيانات صرف الميزانية	التكرار	16	11	38	39	26	2.63	1.55	52.6%	05	متوسط
		النسبة	12.3	8.5	29.2	30.0	20.0					
		البعد الكلي										
								2.97	1.36	59.4%	/	متوسط

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

يكشف الجدول (46) عن درجة الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال البعد الرابع والأخير وهو المسؤولية الاقتصادية، حيث كشفت النتائج أن المتوسط الحسابي لهذا الأخير تراوح بين (1.91 و 3.91) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ المتوسط العام لهذا البعد (2.97) بإنحراف معياري (1.36) وأهمية نسبية قدرت بـ (59.4%).

واستنادا لمعيار التحليل نجد أن تقدير بعد المسؤولية الاقتصادية كان متوسطا.

ويلاحظ من الجدول وجود تماثل كبير في إستجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات بعد المسؤولية الاقتصادية إذ كانت أغلبيتها متوسطة.

وتقاس المسؤولية الاقتصادية للمستشفى أو الاستدامة الاقتصادية من خلال إلتزام المستشفى ب:-
العناية والحفاظ على المنشآت والأجهزة في حالة - أمانة ومناسبة.

-الاختيار والاحتفاظ بأطباء أكفاء. وصياغة واعتماد وتنفيذ قواعد وسياسات مناسبة وتوفير
الإمكانيات اللازمة التي تضمن جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

-مراجعة المسؤولية والمساءلة بهدف تحسين الجودة وضمان الأمن.

-المستشفى هو المسئول عن نتائج إهماله الناشئة عن الفشل في ضمان الحفاظ على المعايير
الصحيحة للرعاية. لذلك على المستشفى القيام بدوره الاجتماعي من خلال المتابعة والإشراف على

تتبع عمل الطاقم الطبي والحالة الصحية للمرضى.. (حنترو وآخرون، 2014، صفحة 31)

وبالعودة إلى إستجابات المبحوثين فقد جاءت العبارات مرتبة بناء على أهميتها النسبية كما يلي:

في المرتبة الأولى كانت العبارة (67) والتي مفادها: تضمن المؤسسة مجانية الخدمات الصحية التي

تقدمها للمرضى، بمتوسط حسابي قدر بـ (3.91)، وإنحراف معياري قدره (1.22) وبأهمية نسبية

بلغت (78.2%)، وذلك لأن الدولة الجزائرية ممثلة في قطاع الصحة تعمل جاهدة من أجل ضمان

العدالة الصحية من خلال الحفاظ على الطابع المجاني أو المقابل الرمزي للخدمات الصحية وتوفير

العلاج لكل المواطنين سواء كانوا مؤمنين اجتماعيا أو بطالين فمثلا بالنسبة للأرامل والمطلقات

اللواتي لا يملكن أي دخل أو البطالين من ذوي الأمراض المزمنة قامت الدولة بتوفير الضمان

الاجتماعي لهم عبر بطاقة الشفاء التي تمكنهم من تلقي الخدمات الصحية وتعويض الوصفات

الطبية. كما ان الطابع الاجتماعي للدولة الجزائرية يجعلها تعمل دوما على توفير التغطية الصحية

الشاملة للمواطنين أينما كانوا حتى بالنسبة للمناطق النائية والمعزولة ففيها نجد قاعات للعلاج

وتقديم خدمات صحية مجانية. وعلى سبيل المثال فان القيام بصورة اشعاعية للصدر في القطاع

الخاص تكلف 2000 دينار جزائري، في حين ان نفس التصوير في المؤسسات الاستشفائية العمومية

أو العيادات الجوارية لا يكلف سوى 20 دج وهو مبلغ رمزي جدا، ونفس الشيء يقال عن الفرق بين

سعر الخدمات الصحية المتعلقة بإجراءات التحاليل والفحوصات الطبية أيا كانت بين القطاع

العمومي والقطاع الخاص. كما ان بطاقة الشفاء تعد أحد الإجراءات الاجتماعية التي تضمن مجانية العلاج بالنسبة للمعوزين وذوي الأمراض المزمنة من عديهي الدخل، حيث "تضمن الدولة مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني. وتنفذ كل وسائل التشخيص والمعالجة واستشفاء المرضى في كل الهياكل العمومية للصحة، وكذا كل الاعمال الموجة لحماية صحتهم وترقيتها" بموجب المادة 13 من قانون الصحة لسنة 2018.

-في المرتبة الثانية كانت العبارة (65) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على ضمان استدامة وسائل العمل، بمتوسط حسابي قدر ب (3.44)، وإنحراف معياري قدره (1.25) وبأهمية نسبية بلغت (68.8%)، وتفسير التقدير المرتفع لاستجابات المبحوثين اتجاه هذه العبارة يعود لكون "الاستدامة هي عامل رئيسي من عوامل النجاح في احداث تغييرات في ظروف العمل في القطاع الصحي، لذلك تعمل منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية على آلية للتقييم الخارجي ترصد مدى استعداد البلدان لحالات الطوارئ في مجال الصحة العامة... وذلك كمؤشر على قدرة النظام الصحي على حماية الصحة والسلامة المهنية للعاملين الصحيين والمعنيين بالاستجابة للطوارئ. (WHO & ILO, 2021, p. 11)

ولهذا فالاستدامة التنظيمية للمستشفيات ترتبط مباشرة باستمرارية تقديم الخدمات الصحية وذلك يعود للدور الاجتماعي للمستشفيات من خلال الخدمات الصحية التي لا يمكن الاستغناء عنها في حالة الفشل التنظيمي. وبالتالي فللاستدامة أثر إيجابي على القدرة التنافسية للمستشفى في الأجل الطويل. (حنتر وآخرون، 2014، صفحة 16)

ويجدر بنا التذكير ان العبارتين السابقتين قد جاءتا بتقدير مرتفع بالنظر إلى معيار التحليل الخاص بتقدير الإجابات بناء على أهميتها النسبية ومدى ميلها في اتجاه الموافقة. فيما نجد العبارات الثلاث الموالية ذات تقدير متوسط وهي على الترتيب الموالي:

-في المرتبة الثالثة كانت العبارة (68) والتي مفادها: تعمل المؤسسة على تحديث أجهزتها واقتناء الوسائل الطبية المتطورة، بمتوسط حسابي قدر ب (3.28)، وإنحراف معياري قدره (1.33) وبأهمية نسبية بلغت (65.6%)، ويمكن إرجاع ذلك إلى الميزانية الكبيرة المخصصة لقطاع الصحة ككل حيث يحظى بالمرتبة الرابعة بعد كل من ميزانية الدفاع ثم ميزانية الداخلية والجماعات المحلية والتهيئة العمرانية ثم ميزانية التربية الوطنية حيث قدرت الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة في ميزانية 2022 ضمن قانون المالية المؤرخ في 30 ديسمبر 2021 ب 439.422.008.000 دج. والمادة 205 من قانون الصحة لسنة 2018 تؤكد سعي وزارة الصحة ممثلة في مختلف مؤسساتها الصحية للعمل على تحديث المستلزمات الطبية حيث "تسهر الدولة على توفير المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية وتضمن تسهيل الحصول على المواد لاسيما الأساسية

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

منها، في كل وقت وفي كل مكان من التراب الوطني. وتسهر كذلك على احترام مقتضيات الفعالية والامن والنوعية في مجال صنع المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية واستيرادها وتصديرها وتوزيعها وتوفيرها. وتسهر زيادة على ذلك على الاستعمال العقلاني للدواء وترقية الدواء الجنيس".
الجدول رقم(47): يوضح إجابات المبحوثين حول تحديث المؤسسة لأجهزتها واقتناء الوسائل الطبية المتطورة وفقا لمتغير السلك الوظيفي الذي ينتمون إليه

	العبارة 68 تعمل المؤسسة على تحديث أجهزتها و اقتناء الوسائل الطبية المتطورة.					المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
الإداريين العبارة 3 السلك الوظيفي	1 0.8%	4 3.1%	6 4.6%	10 7.7%	7 5.4%	28 21.5%
شبه الطبيين في الصحة العمومية	8 6.2%	15 11.5%	19 14.6%	36 27.7%	7 5.4%	85 65.4%
الممارسين الطبيين في الصحة العمومية	3 2.3%	3 2.3%	3 2.3%	7 5.4%	1 0.8%	17 13.1%
المجموع	12 9.2%	22 16.9%	28 21.5%	53 40.8%	15 11.5%	130 100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

يلاحظ من خلال هذا الجدول ان غالبية الفئات الوظيفية ترى ان المؤسسة تعمل على تحديث أجهزتها واقتناء الوسائل الطبية المتطورة بنسبة 52.3% حيث يوافق ما يعادل 13.1% من فئة الإداريين على ذلك في مقابل 33.1% من شبه الطبيين وما يمثل 6.2% من فئة الممارسين الطبيين كذلك يوافقون على العبارة، ويعود ذلك لاستراتيجية الدولة من اجل رفع ميزانية التجهيز والتسيير الخاصة بالعمل الصحي من اجل تحسين ظروف الرعاية والتكفل بالمرضى والرقمنة الصحية.

وبالرجوع لنتائج المقابلة مع بعض إطارات المؤسسة الاستشفائية فقد أكد هؤلاء على عدم كفاية ميزانية المستشفى لذلك فأن عملية التطوير والتحسين تبقى مرهونة بحجم الإمكانيات المتوفرة والمتاحة وكلما زادت ميزانية التجهيز والتسيير المخصصة للمؤسسة كلما تمكنت من مساهمة التطور العلمي في مجال اقتناء أحدث الأجهزة والمستلزمات الطبية الخاصة بتجديد المنظومة الصحية وعصرنة خدماتها ورفع مستوى التكفل بالمرضى واحتياجاتهم الصحية.

-في المرتبة الرابعة كانت العبارة (69) والتي مفادها: تغطي ميزانية المستشفى تكاليف الدورات التدريبية للعاملين بها، بمتوسط حسابي قدر ب (2.66)، وإنحراف معياري قدره (1.55) وبأهمية نسبية بلغت (53.2%)، فلقيام المورد البشري الصحي بمهامه بكفاءة عالية لابد على المؤسسات الصحية من إخضاعه لدورات تدريبية من أجل تطوير العمل الطبي ونوعية الخدمات والرعاية الصحية المقدمة، فاقتناء الهياكل التكنولوجية وأحدث معدات التشخيص والعلاج الطبي وحده لا يكفي بل لابد أن يتماشى معه رفع مستوى الطاقم الطبي وتكوين ممرضين مؤهلين للتحكم في

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

الأجهزة الحديثة طبيا ولا يكون ذلك إلا من خلال : سياسات التدريب والتطوير التي تتبناها المؤسسات الصحية فهي من الاستراتيجيات المؤثرة على السلوك والأداء التنظيمي للموارد البشرية، وهي مترابطة بشكل فعال حيث كل منهما يسهل عمل الآخر في شكل علاقة جدلية ويشكلان معا جزءا جوهريا في استراتيجية المنظمة، لأن التطوير يمثل هدفا تنظيما والتدريب وسيلة لتحقيق ذلك. (غواري، 2021، صفحة 918) وفي ظل نقص تغطية المؤسسة الصحية لتكوين وتدريب موظفيها يعد هذا احدى العوائق التي من شأنها التعبير عن ضعف المسؤولية الاقتصادية للمستشفى اتجاه العاملين والمرضى والمجتمع.

رغم أن قانون الصحة ينص صراحة في المادة 170 على أن "التكوين المتواصل حق، وهو إجباري بالنسبة لجميع مستخدمي الصحة الذين يمارسون في هياكل ومؤسسات الصحة. وهو على عاتق الدولة بالنسبة لمهنيي الصحة الذين يمارسون في الهياكل والمؤسسات العمومية الصحية" الجدول رقم(48): يوضح العلاقة بين تغطية ميزانية المستشفى لتكاليف الدورات التدريبية ومدى استفادة العاملين منها

	العبارة 69 تغطي ميزانية المستشفى تكاليف الدورات التدريبية للعاملين بها.					المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
معارض جدا العبارة 13	7	6	7	4	6	30
استفدت من دورات تكوينية في مجال عملك	5.4%	4.6%	5.4%	3.1%	4.6%	23.1%
معارض	9	11	15	2	6	43
محايد	6.9%	8.5%	11.5%	1.5%	4.6%	33.1%
موافق	0	2	6	2	1	11
موافق جدا	0.0%	1.5%	4.6%	1.5%	0.8%	8.5%
المجموع	7	16	9	5	2	39
	5.4%	12.3%	6.9%	3.8%	1.5%	30.0%
	2	3	1	0	1	7
	1.5%	2.3%	0.8%	0.0%	0.8%	5.4%
	25	38	38	13	16	130
	19.2%	29.2%	29.2%	10.0%	12.3%	100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

يبدو من خلال الجدول أن نسبة كبيرة من العاملين بالمؤسسة لم يستفيدوا من دورات تدريبية في مجال عملهم كما يقرون بأن المستشفى لا يغطي تكاليف الدورات التدريبية للعاملين به بنسبة 25.4% في مقابل 6.1% فقط تمثل نسبة العاملين الذين استفادوا من دورات تكوينية في مجال عملهم ويرون بان المستشفى يغطي تكاليف هذه الدورات التدريبية وهي نسبة ضئيلة جدا بالمقارنة مع المخرجات الاحصائية للجدول وهو الأمر الذي يعد بحذ ذاته مفسرا لاتجاه غالبية الإجابات نحو المعارضة بالنسبة لكلا العبارتين.

-المرتبة الخامسة كانت العبارة (70) والتي مفادها: تلتزم المؤسسة الصحية بالشفافية في عرض بيانات صرف الميزانية، بمتوسط حسابي قدر ب (2.63)، وإنحراف معياري قدره (1.55) وبأهمية

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

نسبية بلغت (52.6%)، ومرد ذلك لعدم اطلاع عامة الموظفين في المؤسسة على أوجه صرف ميزانية المستشفى وذلك ان المدير يطالب بميزانية محددة ثم بعد الموافقة من السلطات الوصية يتم صرفها على المشاريع التي سبق تحديدها عند اعداد مشروع الميزانية ، تجدر الإشارة إلى ان ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية تشمل بابا للإيرادات وبابا للنفقات محددة بموجب المادة 29 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 حيث تنص المادة 30 من نفس المرسوم على ان "المدير يعد مشروع الميزانية ويعرضه على مجلس الإدارة للمداولة، ويرسله بعدئذ إلى السلطة الوصية للموافقة عليه." (الجريدة الرسمية، 2007، صفحة 14)

في المرتبة السادسة والأخيرة وبتقدير منخفض كانت العبارة (66) والتي مفادها: يمكنك الأجر الذي تتقاضاه من تلبية احتياجاتك الاقتصادية.، بمتوسط حسابي قدر بـ (1.91)، وإنحراف معياري قدره (1.28) وبأهمية نسبية بلغت (38.2%)، وتفسير ذلك يعود للوضع الاقتصادي التي تشهده البلاد من حيث الركود الاقتصادي جراء جائحة كورونا والذي سبب ارتفاع الأسعار وغلواء المعيشة. ولتفسير ذلك أكثر عمدنا إلى توضيح العلاقة بين الراتب الشهري لعينة الدراسة وإجابتهم على العبارة (66) من خلال الجدول الموالي:

الجدول رقم(49): يوضح العلاقة بين الراتب الشهري للموظفين بالمؤسسة ومدى كفايته لتلبية احتياجاتهم الاقتصادية .

	العبارة 66 يمكنك الأجر الذي تتقاضاه من تلبية احتياجاتك الاقتصادية.					المجموع
	معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
العبارة 5 أقل من 30000 دج	9	4	3	3	0	19
الراتب الشهري	6.9%	3.1%	2.3%	2.3%	0.0%	14.6%
من 30000 دج إلى أقل	43	26	7	9	2	87
من 45000 دج	33.1%	20.0%	5.4%	6.9%	1.5%	66.9%
من 45000 دج إلى أقل	10	4	2	2	1	19
من 60000 دج	7.7%	3.1%	1.5%	1.5%	0.8%	14.6%
من 60000 دج فما فوق	2	1	0	2	0	5
	1.5%	0.8%	0.0%	1.5%	0.0%	3.8%
المجموع	64	35	12	16	3	130
	49.2%	26.9%	9.2%	12.3%	2.3%	100.0%

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

إن القراءة الأولية للمخرجات الإحصائية لهذا الجدول تبين لنا ان نسبة الأغلبية من موظفي المؤسسة يرون ان أجورهم لا تمكنهم من تلبية احتياجاتهم المادية والاقتصادية وذلك بنسبة 76.1% وضمن هذه النسبة نجد ان ما يمثل 10% يتقاضون اجرا يقل عن 30 الف دينار في مقابل 53.1% من عينة البحث تتقاضى راتبا شهريا يتراوح بين 30 و45 ألف دينار جزائري وهي تمثل نسبة الأغلبية ممن يقرون ان أجورهم هاته غير كافية ولا تلي احتياجاتهم الاقتصادية، وتمثل الفئة الثالثة من يتقاضون راتبا يتراوح بين ال45 و60 الف دينار جزائري ويعتبرون ان

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

أجورهم لا تمكنهم من تحصيل كل احتياجاتهم المادية والاقتصادية بنسبة 10.8%، والقراءة الكيفية لهذه النسب تكشف لنا ان معظم أفراد عينة الدراسة يعتبرون أجورهم غير كافية لأنها لا تسمح لهم بتوفير كل مستلزمات العيش الكريم خاصة إذا علمنا أن العديد منهم أرباب أسر ولديهم عائلات ينفقون عليها والبعض منهم أيضا لا يمتلكون منزلا وسيارة وبالتالي فنص أجورهم تذهب في أجرة كراء المنزل وفواتير الكهرباء والغاز والنقل كما صرح لنا العديد من المبحوثين، وبما ان المؤسسة الاستشفائية تقع بعيدا عن المدينة نسبيا فإن التنقل إليها لا يكون إلا عبر وسائل النقل وهو ما جعل أغلب موظفي المؤسسة يلجؤون للغذاء بعيدا عن منازلهم وهو ما يشكل عبئا ماديا اخر في ظل تدني الأجور وما يعانيه المجتمع من غلاء وتدني القدرة الشرائية.

3. إختبار الفرضية الرئيسية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة الصحية والإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

ولإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بإختبار جميع فرضياتها الفرعية وذلك على النحو التالي:

3.1. إختبار الفرضية الفرعية الأولى:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بإجراء إختبار (بيرسون) لمعرفة إذا كانت هناك علاقة إرتباطية بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية الاجتماعية ومدى قوة هذه العلاقة كما هو موضح بالجدول:

جدول رقم (50) يوضح معامل الإرتباط (بيرسون) بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

		(الإفصاح والشفافية)		المتغير
الدلالة	معنوية	قيمة معامل الارتباط	0.465**	المسؤولية
				الاجتماعية
دال	0.000.			

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على spss. ** الارتباط معنوي عند درجة معنوية 0.01 من خلال الجدول يتضح ان قيمة معامل الارتباط هي (0.465) وهي قيمة موجبة، كما أن المعنوية sing (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) ، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة معنوية بين بعد (الإفصاح والشفافية) ومتغير المسؤولية الاجتماعية وبما أن

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي (0.465) فهذا يعني ان طبيعة العلاقة أو طبيعة الارتباط طردي ضعيف

وبناء على هذه النتائج نقبل الفرضية أي توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

لذلك فإن التزام المؤسسات الصحية بالإفصاح والشفافية يعد ركيزة أساسية ضمن استراتيجية الحوكمة الصحية من أجل ضمان التزام المؤسسات الاستشفائية بدورها الاجتماعي والوفاء بالتزاماتها الداخلية والخارجية.

3.2. اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بإجراء إختبار (بيرسون) لمعرفة إذا كانت هناك علاقة إرتباطية بين إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية ومدى قوة هذه العلاقة كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (51): يوضح معامل الارتباط (بيرسون) بين إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

إدارة المخاطر الصحية		المتغير
الدلالة	المعنوية	المسؤولية الاجتماعية
دال	0.000	**0.534

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات spss. ** الارتباط معنوي عند درجة معنوية 0.01

من خلال الجدول يتضح ان قيمة معامل الارتباط هي (0.534) وهي قيمة موجبة، كما أن المعنوية sing (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة معنوية بين بعد إدارة المخاطر الصحية ومتغير المسؤولية الاجتماعية وبما أن قيمة

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

معامل الارتباط بيرسون تساوي (0.534) فهذا يعني ان طبيعة العلاقة أو طبيعة الارتباط طردي متوسط

وبناء على هذه النتائج نقبل الفرضية أي توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

وفق ما تم التوصل إليه فإن إدارة المخاطر الصحية أهمية كبرى ضمن المؤسسات الصحية باعتبارها تدخل ضمن استراتيجية الوقاية ومواجهة التحديات المفاجئة والتي تعد سبيلا للحفاظ على دور المؤسسات الصحية واستعدادها على أكمل وجه لحماية أفراد المجتمع من أي عارض يهدد أمنهم الصحي.

3.3. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بإجراء إختبار (بيرسون) لمعرفة إذا كانت هناك علاقة إرتباطية بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية ومدى قوة هذه العلاقة كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (52): يوضح معامل الارتباط (بيرسون) بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

جودة الخدمات الصحية		المتغير
الدلالة	المعنوية	المسؤولية الاجتماعية
دال	0.000	قيمة معامل الارتباط **0.705

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات spss. * الارتباط معنوي عند درجة معنوية 0.01

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

من خلال الجدول يتضح ان قيمة معامل الارتباط هي (0.705) وهي قيمة موجبة، كما أن المعنوية sing (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة معنوية بين بعد جودة الخدمات الصحية و متغير المسؤولية الاجتماعية وبما أن قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي (0.705) فهذا يعني ان طبيعة العلاقة والارتباط طردي قوي وبناء على هذه النتائج نقبل الفرضية أي توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

وفي إطار هذه العلاقة المحققة يبدو لنا جليا أن مسؤولية المؤسسات الاستشفائية لا يمكن أن تتحقق إلا بتنفيذ برامج التقييم والتحسين المستمر لنوعية الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية العمومية من أجل حوكمة صحية جيدة وناجحة.

4.3. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

لإختبار هذه الفرضية قامت الباحثة بإجراء إختبار (بيرسون) لمعرفة إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية ومدى قوة هذه العلاقة كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (53): يوضح معامل الارتباط (بيرسون) بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

جودة الحياة الوظيفية		المتغير
الدلالة	المعنوية	المسؤولية الاجتماعية
دال	0.000	0.641

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على مخرجات spss. **الارتباط معنوي عند درجة معنوية

0.01

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

من خلال الجدول يتضح ان قيمة معامل الارتباط هي (0.641) وهي قيمة موجبة، كما أن المعنوية sing (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة معنوية بين بعد جودة الحياة الوظيفية ومتغير المسؤولية الاجتماعية وبما أن قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي (0.641) فهذا يعني ان طبيعة العلاقة أو طبيعة الارتباط طردي متوسط

وبناء على هذه النتائج نقبل الفرضية أي توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

وكتيجة لما سبق التوصل اليه فإن الحوكمة الصحية تركز على المدخلات والمخرجات وما يربطهما من عمليات تنظيمية وتسييرية، ولا يمكن الحديث عن جودة للمخرجات إلا في ظل جودة ظروف الحياة الوظيفية لمهي الصحة باعتبارهم الرائد المنفذ لاستراتيجيات تحسين الأداء والخدمات والمتأثر في نفس الوقت بالظروف المادية والمعنوية المحيطة ببيئة العمل.

وقد قامت الباحثة أيضا بإجراء اختبار بيرسون لمعرفة قوة العلاقة الارتباطية بين الحوكمة

الصحية كمتغير كلي بجميع أبعاده والمسؤولية الاجتماعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (54): يوضح معامل الارتباط (بيرسون) بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

المتغير		الحوكمة الصحية	
المسؤولية الاجتماعية	قيمة معامل الارتباط	المعنوية	الدلالة
	**0.726	0.000	دال

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على spss. ** الارتباط معنوي عند درجة معنوية 0.01

من خلال الجدول يتضح ان قيمة معامل الارتباط هي (0.726) وهي قيمة موجبة، كما أن المعنوية sing (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية

ذات دلالة معنوية بين متغير الحوكمة الصحية ومتغير المسؤولية الاجتماعية وبما أن قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي (0.726) فهذا يعني ان طبيعة العلاقة أو طبيعة الارتباط طردي قوي وبناء على هذه النتائج نقبل الفرضية أي توجد علاقة طردية قوية ذات دلالة إحصائية بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

لقد تراءى لنا عند القيام بتحرير الإطار النظري لهذه الدراسة بناء على جملة المراجع والدراسات السابقة والمداخل النظرية المفسرة لمتغيري الدراسة أن هناك علاقة بين مفهومي الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية، وعند القيام بالدراسة التطبيقية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية بدت لنا هذه الرؤية والافتراض النظري صادق واقعي ومحقق ميدانيا من خلال جملة المعطيات المتحصل عليها والنتائج المتوصل إليها عبر كل من شبكة الملاحظة وإطار المقابلة ومحاور الاستبيان، فالحوكمة الصحية تعد مفهوما شاملا يهدف لتحسين المنظومة الصحية والارتقاء بالخدمات لمصاف الجودة إذ يتضمن برنامج الايزو العالمي بنود وفاء المؤسسات بمسؤوليتها الاجتماعية اتجاه أصحاب المصالح والمجتمع الذي تتواجد فيه. وكما زادت مؤشرات الحوكمة الصحية كلما ساهم ذلك في الإلتزام الاجتماعي ضمن المنظومة الصحية داخليا وخارجيا.

ثانياً: عرض وتحليل بيانات المقابلة

جدول رقم (55): يوضح تحليل البيانات الخاصة بالمقابلة

النسبة	التكرار	السؤال	
50%	5	نعم	1-هل ترى بان مؤسستك نجحت في تطبيق الحوكمة الصحية؟ أ-في حالة نعم ماهي معاييرها؟ ب-في حالة لا ماهي النقائص؟
50%	5	لا	
40%	4	نعم	2- هل تلتزم مؤسستكم بالشفافية والافصاح في نشر البيانات والمعلومات الخاصة بنتائج التوظيف وتقييم الأداء والترقية؟
50%	5	لا	
10%	1	لا اعلم	
100%	10	نعم	3-هل توجد إدارة أو خلية للمخاطر الصحية على مستوى مؤسستكم؟ وماهي مهامها؟
60%	6	نعم	4-هل تتسم الخدمات الصحية المقدمة على مستوى مؤسستكم بالجودة؟ وماهي معايير جودة الخدمات الصحية حسب رأيكم؟
40%	4	لا	
50%	5	نعم	5-هل ترى بأن مؤسستكم تتوفر على العوامل المادية والمعنوية المشجعة على العمل؟ ل كان الأمر كذلك فماهي برأيك هذه العوامل على مستوى مؤسستكم؟
50%	5	لا	
30%	3	نعم	6-هل تلتزم مؤسستكم الاستشفائية بمسؤولياتها الأخلاقية؟ لماذا؟
20%	2	لا	
50%	5	لا اعلم	
70%	7	نعم	7-هل سبق اشتراك أحد العاملين من مصلحتك في الحملات التطوعية الخاصة بنشر الوعي والثقافة الصحية؟
20%	2	لا	
10%	1	لا اعلم	
100%	10	نعم	8-هل تلتزم مصلحتكم بمسؤوليتها البيئية؟ وماهي علامات هذا الالتزام؟
70%	7	نعم	9- هل يلتزم العاملون والمؤسسة ككل بمسؤولياتهم القانونية داخل المؤسسة؟
30%	3	لا	
20%	2	نعم	10-هل تتوفر مؤسستكم الصحية على الميزانية الكافية لتحسين ظروف ووسائل العمل من اجل جودة الخدمات الصحية؟
50%	5	لا	
30%	3	لا اعلم	

تجدر الإشارة أولاً أنه قد تم تبويب البيانات الشخصية الخاصة بخصائص مفردات المقابلة في فصل الإجراءات المنهجية للدراسة (الجدول رقم 27 في الصفحة 234)، علماً أن الباحثة قد

استعانت بإجابات المدراء الفرعيين ورؤساء المصالح بالمؤسسة الاستشفائية حول أسئلة المقابلة المقننة لدى قيامها بتحليل وتفسير إجابات عينة الدراسة حول أسئلة الاستبيان من أجل تقديم قراءة كيفية لنوعية البيانات الكمية والاحصائية المتحصل عليها من ميدان الدراسة. وفي هذا الجزء سنقوم بتحليل بيانات المحور الثاني والثالث والرابع من محاور المقابلة مع نواب المدير ورؤساء المصالح.

أولاً: إجابات عينة المقابلة على أسئلة محور الحوكمة الصحية:

1- بالنسبة للسؤال الأول حول نجاح المؤسسة في تطبيق الحوكمة الصحية، تبين عملية تكميم إجابات المبحوثين أن الاجابات متساوية بين من يرون ان المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية قد نجحت في تطبيق الحوكمة الصحية، في حين يرى آخرون أنها لم تنجح في تطبيق الحوكمة الصحية بنسبة متعادلة وهي 50% موافقين و50% غير موافقين.

وتعني الحوكمة الصحية حسب رؤساء المصالح محاولة الوصول إلى تقديم أكبر قدر ممكن من المنفعة والخدمة الصحية في إطار الاستغلال الأمثل والعقلاني للإمكانات المتاحة.

ولتوضيح أسباب تساوي الإجابات بين الموافقين والمعارضين تم سؤالهم عن معايير تحقيق الحوكمة الصحية والعوامل التي تعترض تحقيقها، فكانت حسب إجابات رؤساء المصالح كالتالي:

أ- معايير الحوكمة الصحية: أجمع أفراد العينة على ان الحوكمة الصحية تعني جودة الخدمات الصحية أي التحسين المستمر لنوعية الخدمات الصحية وتقديم الرعاية الصحية للمريض والتكفل به، وجودة الحياة الوظيفية من خلال توفير الشروط الملائمة للعمل ماديا ومعنويا والاعتماد على مبدأ الكفاءة في الأداء وتقديم الخدمات مع ضرورة خلق دورات تكوينية للأطباء والممرضين والاداريين.

ب- أما عن نقائص الحوكمة الصحية فقد أجاب افراد المقابلة بأنها تتمثل في:

ضعف الاغلفة المالية الممنوحة من قبل الوزارة الوصية وبالتالي قلة الإمكانيات المادية والبشرية حيث لا توجد كفاءات خاصة للعمل الجاد وفي حالة وجودها لا يتم تمكينها ومنحها الفرص للإنجاز والمشاركة في اتخاذ القرارات وتقديم الاستشارة. كما ان الموقع غير لائق والميزانية لا تسمح بتطوير بيئة العمل ولا تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة.

2- وفيما يتعلق بالسؤال رقم (2) حول إلتزام المؤسسة بالشفافية في نشر البيانات والمعلومات الخاصة بنتائج تقييم الأداء والترقية، فقد كشفت المقابلة أن ما نسبته 50% من عينة المقابلة ان يرون ان مؤسستهم لا تلتزم بالإفصاح والشفافية بخصوص نتائج تقييم الأداء والترقية في حين يقر 40% من أفراد المقابلة ان مؤسستهم تلتزم بالشفافية عند الإفصاح عن نتائج تقييم الأداء

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

والترقية من خلال عملية الاشهار أو الإعلان عن النتائج بصفة رسمية من خلال وجود أماكن و لوحات مخصصة للنشر في جميع المصالح حتى يتسنى لكافة العمال الاطلاع عليها.

3- وفي استفسار حول وجود إدارة أو خلية للمخاطر على مستوى المؤسسة أكد المبحوثين رؤساء المصالح المعنيين بالمقابلة بنسبة 100% أن مؤسستهم تتوفر على مصلحة خاصة بإدارة المخاطر وهي تتمثل في مصلحة الوقاية والأوبئة، وهي مصلحة قارة توجد ضمن الهيكل التنظيمي لكل المؤسسات الاستشفائية العمومية، وفي نفس الوقت فإنه يتم تشكيل خلايا خاصة بالأوبئة والمخاطر الصحية حسب المقترضات والضرورات الصحية في حالة تفشي وباء ما وظهور مرض معدي كما هو الحال بالنسبة لخلية الأزمة التي تم تعيينها من قبل المؤسسة في ظل تفشي جائحة كورونا منذ جانفي 2020، كما انه قد شكلت خلية أزمة من قبل نتيجة انتشار مرض التهاب السحايا سنة 2003 والذي كان عدد كبير من الأطفال عرضة له.

حيث توجد عدة خلايا لإدارة المخاطر وفيها لجنة مكافحة العدوى في الوسط الاستشفائي التي مهمتها الرئيسية هي التكفل بالطوارئ الوبائية ، وفي ظل تزامن دراستنا الميدانية مع تفشي جائحة كورونا فقد أطلعنا مدير المستشفى ورئيس مصلحة الموارد البشرية بالمؤسسة انه تم تشكيل خلية ازمة مهمتها السهر على تنفيذ برامج الوقاية المختلفة خاصة بمرضى كورونا(كوفيد19) وهي تعمل على متابعة تطورات المرض وكيفية التعامل معه من خلال إجراء الفحوصات وكتابة التقارير والسهر على تطورات الحدث وتوثيقها يوميا والتبليغ بالحدث للحماية المدنية، مديرية الصحة، الشرطة، البلدية... الخ

4- وعن جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة ميدان الدراسة فان 60% يقرون ان الخدمات الصحية المقدمة على مستوى مؤسستهم تتميز بالجودة في حين ان 40% يرون أن الخدمات المقدمة تنقصها الجودة ويمكن تفسير ذلك حسب آراء المبحوثين أنفسهم بكون المؤسسة تسعى دوما لتحسين خدماتها والاستجابة لإحتياجات المرضى لكن في إطار الإمكانيات المتاحة وهو ما يفسر عدم تلقى الإدارة لشكاوى خاصة بعد القيام بالمهام

أما معاييرها حسب رأيكم فيمكن إجمالها في:

-رضا المريض عن الخدمات المقدمة له وكذلك استجابته للعلاج والشفاء.

-خدمة العمال يجب ان تكون في ظروف جيدة حتى يكون المردود جيد.

-كل حسب حسه بالمسؤولية وحسب الإمكانيات.

-الاستيعاب والاتقان وصرامة رئيس المصلحة بالدرجة الأولى والتجهيزات المواكبة.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

-توفير وسائل العمل من أجل تقديم خدمة أفضل للمريض وكذلك توفير الوسائل البشرية لحسن سير العمل.

5-وبالنسبة لمدى توفر المؤسسة على العوامل المادية والمعنوية المشجعة على العمل، فقد ذهبت إجابات الباحثين في اتجاه التوازن بين التأكيد والمعارضة للعبارة الخاصة بتوفر عوامل جودة الحياة الوظيفية وتفسير ذلك يعود بالنسبة للبعض لعدم وجود عوامل مشجعة لأن هناك ضغوط من حيث العمل وكذلك التوقيت، عدم توفر الوسائل المادية المناسبة والمعنوية غير كافية نتيجة غياب التحفيز الضرورية للموظفين وتهميشهم، كما يوجد النقص في تخصصات طبية معينة. في حين يرى النصف الباقي أن لديها كل الكفاءات خاصة المعنوية لكن يوجد تهميش، فالمؤسسة تتوفر فعلا على العوامل المادية والمعنوية المشجعة والحوافز ومنها توفير الأمن والعدل في تسيير مسارات العمال والشفافية في معالجة كل القضايا.

ثانيا: إجابات عينة المقابلة على أسئلة محور المسؤولية الاجتماعية:

6-هل تلتزم مؤسستكم الاستشفائية بمسؤولياتها الأخلاقية؟ علل اجابتك لماذا؟

يلاحظ ان مايمثل 50% من رؤساء المصالح لا يعلمون بمدى التزام مؤسستهم بمسؤوليتها الأخلاقية بالنظر لكونها قيم ذاتية تتوقف على السلوك الأخلاقي للأفراد ولا يمكن قياسها معنويا إلا من خلال السلوكيات والمظاهر الملموسة فعلي سبيل المثال أشار أحد الرؤساء إلى ان بعض العمال لا يتصفون بالسلوك السوي فهم مستهترين في عملهم كما لا يحافظون على السر المهني للمرضى في حين 30% فقط يرون ان المؤسسة تلتزم بالمسؤولية الأخلاقية واخلاقيات المهنة في حين يمثل البقية اتجاه الرفض.

7-هل سبق اشتراك أحد العاملين من مصالحتك في الحملات التطوعية الخاصة بنشر الوعي والثقافة الصحية؟ حسب إجابات أفراد المقابلة نجد ان 70% منهم يؤكدون اشتراك موظفين من مصالحتهم في الحملات التطوعية والخرجات التوعوية المتعلقة بنشر الوعي والثقافة الصحية الوقائية كحملات الوقاية من بعض الامراض التي تصيب الأطفال، وخاصة حملات التوعية والتلقيح ضد هذا وباء القرن الواحد والعشرين غير المتوقع وباء كورونا.

8-هل تلتزم مصالحتكم بمسؤوليتها البيئية؟ وماهي علامات هذا الالتزام؟

أجاب كل رؤساء المصالح المعنيين بالمقابلة ان مصالحتهم تلتزم بمسؤولياتها البيئية وذلك من خلال فرز النفايات الناتجة عن العلاجات داخل المستشفى حسب أنواعها وابرام عقد مع شركة خاصة لمعالجة والتخلص من النفايات وحرصها على عقد اتفاقيات مع مؤسسات خاصة فيما يتعلق بعمليات التخلص من النفايات بمختلف أنواعها. كما توجد محرقة مخصصة لحرق النفايات كما

توجد مكبات نفايات خاصة كل واحدة لنوع معين لكن يسجل نوع من النفايات في المصالح الاستشفائية من قبل العمال.

9- بالنسبة للمسؤولية القانونية فان أغلبية أفراد المقابلة يقرون بأن المؤسسة والعمال يلتزمون بمسؤولياتهم القانونية على حد سواء بنسبة 70% في حين يرى البقية أنه لا يتم الالتزام بالمسؤوليات القانونية للمؤسسة والموظفين. حيث هناك مسؤوليات اتجاه الزملاء والموظفين ومسؤوليات أخرى اتجاه المرضى والمؤسسة محل الدراسة تقوم بتطبيق كل الإجراءات القانونية الخاصة بالموظف والمريض من خلال أداء المهام على مستوى كل مصلحة في إطار قانوني منظم ومحدد في التشريع وفقا للوائح والتنظيمات الواردة من الجهات الوصية والقانون الداخلي للمؤسسة بما فيها التكفل بالحالات الاستعجالية وتوفير العلاج في الوقت اللازم واحترام مواقيت العمل والقواعد الصحية وتسيير النفايات ولكن لا يتم احترامها من قبل الكل.

10- وبالنسبة للسؤال الأخير من محور المسؤولية الاجتماعية حول مدى كفاية ميزانية المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لتحسين ظروف ووسائل العمل من اجل جودة الخدمات الصحية والوفاء بمسؤوليتها الاقتصادية فقد أجاب 50% من رؤساء المصالح بان ميزانية المستشفى لا تكفي في حين أجاب 30% أنهم لا يعلمون في حين 20% يرون ان الميزانية كافية لتحقيق الجودة الخدمائية والجودة المهنية. حيث تعمل المؤسسة على توفير وسائل العمل إلى حد كبير.

لكن الميزانية تظل غير كافية مقارنة مع الكم الهائل للمرضى الذين يتهافتون على المؤسسة من كل الأماكن وحتى من خارج إقليم الولاية ويظهر ذلك في النقائص المسجلة بالنسبة لعدم تهيئة للمصالح الصحية وعدم مواكبة التجهيزات المتطورة ونقص الإمكانيات المادية والبشرية، كما ان ضعف الإمكانيات والأجور يتسبب في دوران العمل وتفضيل العديد من الكفاءات الطبية خاصة الاختصاصيين منهم العمل في القطاع الخاص وهو ما يعني ضعف مؤشرات الجودة بالنظر لضعف ميزانية التسيير والتجهيز المخصصة للمستشفى في كل دورة مالية من قبل الوزارة.

ثالثا: إجابات عينة المقابلة على أسئلة محور الأمن الصحي والتهديدات الوبائية:

11- وفي سؤال حول معنى الأمن الصحي بالنسبة للمبحوثين المعنيين بالمقابلة فقد اجمعوا على انه يعني حماية الأشخاص من أي عدوى قد تصيب المواطن كما ان الامن الصحي هو العمل في ظروف ملائمة بدون ضغوطات خارجية مع مراعاة القوانين الصحية المتعامل بها وتوفير كل المستلزمات الصحية من وقاية وحماية وتغطية صحية لكل مواطن جزائري وخلق جو عام بعيدا عن الكوارث والمشاكل الصحية، و الوقاية من الامراض المعدية من خلال توعية العاملين حول مخاطر تلك الأمراض، بمعنى توفير الأمن صحيا لكل المرضى والموظفين والمواطنين وكذلك توفير كل الوسائل التي تحميهم من كل خطر صحي أو وباء.

الفصل السادس: عرض وتحليل البيانات الميدانية للدراسة

- 12- ومن الإجراءات المتخذة لمواجهة انتشار الامراض المعدية والأوبئة على مستوى المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية حسب رؤساء المصالح هي:
- توفير كل وسائل الوقاية وتوعية المستخدمين والمواطنين والمرضى من مخاطر كل الأمراض المعدية وغيرها.
 - وجود خلية تدخل ومتابعة تطورات الوضع الصحي لكل مرضى كوفيد 19.
 - وضع مخطط مدروس ومنهج وفق البروتوكول الصحي المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية.
 - انشاء مخزن استعجالي خاص بالأوبئة والكوارث.
 - انشاء لجنة خاصة لمواجهة هذه المشاكل.
 - حسن تنظيم المصلحة من كل النواحي والتجهيز المستمر والاستعداد لكل الطوارئ المحتملة
 - إجراء التحاليل والحماية من كل المخاطر بالأدوات اللازمة من لباس واقنعة ومحاليل للتطهير.
- 13- في سؤال لعينة المقابلة حول الاستراتيجيات المستقبلية التي يقترحونها للوقاية من المخاطر ومواجهة التهديدات الوبائية المفاجئة خاصة في ظل تداعيات الجائحة وحثمية الإصلاح نتيجة الفشل في احتواء الكارثة الصحية والخطأ في تقدير حجم الخطر الصحي على العالم بأسره خاصة وان عدد الإصابات لغاية جانفي 2022 قد فاق الـ 5 ملايين إصابة و5 ملايين وفاة فقد أصبح من اللازم والضروري جدا اكثر من أي وقت مضى العمل على وضع استراتيجيات وقائية ضد أي وباء محتمل مع توفير كل الإمكانيات والوسائل الحديثة والمتطورة بما في ذلك تأهيل الطاقم البشري وتكوين عمال متخصصين، ووضع خطة عمل ودراسة كل جوانبها المادية والمعنوية قبل حدوث أي مخاطر، والعمل على تغيير الذهنيات وهي عسيرة ومثلا على ذلك رفض المواطنين للتلقيح ضد كوفيد19، والتأهب والاستعداد الدائم من خلال التجهيز التام والدائم بكل الوسائل المادية والبشرية المخصصة للحالات الطارئة أو وضع وحدة مخصصة لهاته المخاطر والحالات المفاجئة.

خلاصة الفصل:

بعد عرض البيانات الميدانية المستقاة من ميدان الدراسة وهو المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية، بناء على تقنيتي الاستبيان والمقابلة، فقد توصلنا لكون مستوى تطبيق الحوكمة الصحية بهذه المؤسسة كان متوسطا وكذلك الحال بالنسبة لالتزامها بمسؤوليتها الاجتماعية، ومرد ذلك نجده في مناقشة المدراء الفرعيين ورؤساء مختلف المصالح الصحية الذي أجرينا معهم المقابلة، حيث أكد هؤلاء على العلاقة وثيقة الصلة بين بعدي الحوكمة الصحية والالتزام الاجتماعي للمؤسسات الاستشفائية، ولكن في ظل ارتباط مسعى تحسين الخدمات الصحية وترقية ظروف العمل بالإمكانيات المتاحة فقد لاحظنا عدم رضا أغلب المبحوثين من عينة الدراسة عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة، بالنظر لتأثرها بجودة الحياة الوظيفية المهني الصحة، فلا يمكن الحديث عن مردود إيجابي في ظل النقائص المسجلة على مستوى ظروف ووسائل العمل، ولكن في مقابل ذلك، فكلما تحسنت ظروف العمل وتوفر الوسائل المتطورة كلما تحسنت نوعية الخدمات الصحية المقدمة، لذلك فتعزيز مؤشرات الحوكمة الصحية وتدعيمها من شأنه الرفع من معدل الالتزام المسؤول اجتماعيا اتجاه جميع أصحاب المصالح بما فيهم الموظفين والمرضى والمجتمع.

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة الميدانية

-تمهيد

- 1- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات.
- 2- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء أهداف الدراسة.
- 3- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة.
- 4- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء النظريات المفسرة للموضوع.
- 5- النتائج العامة للدراسة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

انطلاقاً من تحديد الإجراءات المنهجية المتعلقة بالدراسة الميدانية واسترداد الاستبيان في ظل اختيار العينة التطبيقية الممثلة لمجتمع البحث الخاص بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية، قمنا بعملية تحليل البيانات الميدانية للدراسة واختبار الفرضيات بناءً على برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، لنتمكن في الأخير من قياس مستوى تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية، وتحديد طبيعة العلاقة بين المتغيرين في ظل تفكيك المتغير المستقل إلى أربعة أبعاد مرتبطة مباشرة بالمنظومة الصحية وهي (الإفصاح والشفافية)، إدارة المخاطر الصحية، جودة الخدمات الصحية، جودة الحياة الوظيفية، سنتطرق في هذا الفصل إلى استكمال البحث الميدانية من خلال القيام بمناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء كل من الفرضيات و أهداف الدراسة، والمداخل النظرية المفسرة للموضوع، ثم الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع سواء من جهة المتغير المستقل او المتغير التابع أو أحد الأبعاد الخاصة بمتغير الحوكمة الصحية، لنقوم في الأخير بتقديم جملة من التوصيات العلمية والعملية لتحسين واقع المنظومة الصحية ككل، واستنباط عدد من القضايا والتساؤلات التي تثيرها الدراسة الراهنة.

1- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضيات.

1-1- النتائج المستخلصة من الاستبيان

1. نتائج الدراسة المتعلقة مستوى تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل.

جدول رقم (56) يوضح مستوى تطبيق الحوكمة الصحية من خلال جميع أبعادها

الرقم	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	التقدير
01	(الإفصاح والشفافية)	3.05	1.50	61%	1	متوسط
02	إدارة المخاطر الصحية	2.94	1.47	58.8%	3	متوسط
03	جودة الخدمات الصحية	3	1.37	60%	2	متوسط
04	جودة الحياة الوظيفية	2.56	1.48	51.2%	4	منخفض
المتغير		2.88	1.45	57.6%	/	متوسط

المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على مخرجات SPSS.

وفق المعطيات الإحصائية للجدول (56) يتضح لنا ان مستوى الحوكمة الصحية في المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية متوسط، حيث قدر الانحراف المعياري للمتغير الكلي الأول ب 2.88، فيما كان الانحراف المعياري يساوي 1.45 أما الأهمية النسبية المترتبة عن ذلك فقد كانت 57.6%، وتفسير التقدير المتوسط لإجابات المبحوثين نحو تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية لتأثره في الدرجة الأولى بحجم الإمكانيات المتاحة، رغم سهر الإدارة العليا للمستشفى على تعزيز مؤشرات الحوكمة و استدماجها في السلوكيات الإدارية والتنظيمية للمؤسسة، فإن موظفي المؤسسة لهم موقف آخر، حيث اتجه الموظفين في العديد من المرات للتأكيد على أن المنظومة الصحية الجزائرية عموما لم ترقى بعد للمستوى المنشود، وإلا لما فضل العديد من المواطنين التوجه لتلقي الخدمات الصحية في المستشفيات و العيادات الخاصة، ولما إتجه الكثير من إطارات الدولة للعلاج في المستشفيات الأوروبية. وقد جاء التقدير متوسطا بالنسبة لمستوى تطبيق للحوكمة الصحية بالمؤسسة في إطار نتائج الدراسة الميدانية المحصل عليها عبر أداة الاستبيان الموزع على عدد من موظفي السلك الإداري والسلك الطبي وشبه الطبي للصحة العمومية.

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

وبالنظر لنتائج المقابلة مع المدراء الفرعيين ورؤساء المصالح الصحية بالمؤسسة الاستشفائية بالميلية، فقد تماثلت إجاباتهم أيضا مع إجابات المبحوثين عبر تقنية الاستبيان، حيث كانت الاجابات متعادلة بين من يميلون للقول أن مؤسستهم الاستشفائية قد نجحت في تطبيق الحوكمة الصحية، وذلك بالنظر لكون هذه الأخيرة تتجسد في محاولة تحقيق ممكن من المنفعة الصحية ذات الجودة في إطار الإمكانيات المتاحة، وبين من يميلون للرأي القائل بأن المؤسسة لم تنجح في تطبيق الحوكمة الصحية، لوجود عدة نقائص تعترض هذا الهدف، وهي متعلقة بالدرجة الأولى حسيهم بضعف الأغلفة المالية الممنوحة من قبل الوزارة الوصية وبالتالي قلة الإمكانيات المادية والبشرية، حيث تعاني المؤسسة من نقص الكفاءات، وفي حالة وجودها لا تمنح فرصا للتمكين، أو حتى الاستشارة لدى اتخاذ القرارات على حد تعبير البعض من رؤساء المصالح وأحد المدراء الفرعيين أيضا، كما أن الموقع غير لائق بالنظر لقدمه والميزانية لا تسمح بتطوير بيئة العمل، ولا تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة. وبالرجوع لترتيب أبعاد الحوكمة الصحية وفق أهميتها النسبية يظهر أن بعد (الإفصاح والشفافية) رغم تقديره المتوسط، فلقد جاء في المرتبة الأولى من حيث استجابات المبحوثين،

حيث أظهرت النتائج أن المتوسط الحسابي لبعده (الإفصاح والشفافية) تراوح بين (2.73 و3.44) وفق مقياس ليكرث الخماسي، كما بلغ المتوسط العام لهذا البعد (3.05) بإنحراف معياري (1.5)، وأهمية نسبية قدرت بـ (61%)، ولتوضيح ذلك تجدر الإشارة لكون معيار الإفصاح والشفافية يعد مبدأ رئيسيا ومقوما أساسيا للحوكمة بصفة عامة، إذ إتفقت الأدبيات التنظيرية والتطبيقية أنه كلما زادت مؤشرات الإفصاح والشفافية بأي مؤسسة كلما ساهم ذلك في تحقيق أهدافها الداخلية والخارجية، من خلال الرفع من مصداقيتها، وثقة أصحاب المصالح في إدارتها وموظفيها.

وفي مقابل ذلك في المرتبة الثانية جاء بعد جودة الخدمات الصحية بأهمية نسبية بلغت 60% وتقدير متوسط ومتوسط حسابي 3 وانحراف معياري 1.37، ولعل من المناسب هنا التأكيد على الصلة المباشرة بين متغير الحوكمة الصحية وبعد جودة الخدمات الصحية على اعتبار أن الهدف الرئيسي لتطبيق الحوكمة الصحية هو السعي لتحسين نوعية الخدمات الصحية وضمان جودتها.

غير أن المرتبة الثالثة وفقا لنتائج الدراسة الميدانية كانت لصالح بعد إدارة المخاطر الصحية بتقدير متوسط وأهمية نسبية 58.8% وانحراف معياري 1.47 ومتوسط حسابي

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

2.94، وتفسير ذلك لكون مظاهر الالتزام بإدارة المخاطر الصحية على مستوى مؤسسة الدراسة غير كافية حسب وجهة نظر المبحوثين، في ظل نقص التكوين ونقص الإمكانيات. وعلى النقيض من ذلك، فلقد كشفت استجابات المبحوثين أن بعد جودة الحياة الوظيفية، جاء في المرتبة الرابعة والأخيرة حيث بلغ متوسطه الحسابي 2.56 وانحرافه المعياري 1.48 أما الأهمية النسبية فكانت 51.2%، وهي وفقا لمعيار التحليل ذات تقدير منخفض، وبناء على هذه المعطيات الرقمية، يمكننا القول أن ضعف مؤشرات جودة الحياة الوظيفية يعيق المؤسسة عن تحقيق أهدافها المسطرة، حيث أن نقص مظاهر الجودة بالنسبة لبيئة وظروف العمل الخاصة بمنهجي القطاع الصحي سيجعلهم غير راضين، وهو الأمر الذي سينعكس بشكل مباشر على مستويات الأداء والفعالية للمؤسسة ككل.

2. نتائج الدراسة الخاصة بقياس درجة الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

جدول رقم (57) يوضح مستوى الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية من خلال جميع أبعادها

رقم البعد	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	الأهمية النسبية	الترتيب	التقدير
01	المسؤولية الأخلاقية	3.37	1.11	67.4	2	متوسط
02	المسؤولية القانونية	3.46	1.17	69.2%	1	مرتفع
03	المسؤولية البيئية	3.31	1.08	66.2%	3	متوسط
04	المسؤولية الاقتصادية	2.97	1.36	59.4%	4	متوسط
	المتغير	3.27	1.18	65.4%	/	متوسط

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات SPSS.

من خلال القراءة الكمية لبيانات الجدول (57)، يبدو ان نتائج الدراسة الميدانية كشفت أن مستوى الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة المعنية كان متوسطا، حيث قدر المتوسط الحسابي لمتغير المسؤولية الاجتماعية الكلي 3.27 فيما كان الانحراف المعياري يبلغ 1.18 وقدرت الأهمية النسبية تبعا لذلك بـ 65.4%، وفي ظل هذه النتائج نسمح لأنفسنا بالقول أن التقدير المتوسط لمتغير المسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسة محل الدراسة يعبر عن نقص في إلتزام المستشفى بدوره الاجتماعي، حيث يبقى معدل الأداء الاجتماعي ضمن المؤسسات العمومية الاستشفائية على العموم أقل مما هو مأمول، وربما

سبب ذلك هو ضعف الرقابة والمساءلة، خاصة في ظل العلاقة وثيقة الصلة بين مسعى تحسين المنظومة الصحية من خلال تطبيق الحوكمة الفعالة والرغبة في تقديم أداء أفضل يستجيب لتطلعات مختلف شرائح المجتمع، ممن هم في حاجة للرعاية الأولية والتشخيص الصحيح والعلاج المناسب، والمسؤولية المجتمعية لمختلف المؤسسات العمومية ودورها المباشر في التنمية الصحية، وتحقيق الرفاهية الاجتماعية، التي لا يمكن أن تتم في ظل تذبذب الخدمات الصحية، وضعف الإلتزام التنظيمي ونقص الإلتزام المسؤول اجتماعيا من طرف كل مهني القطاع الصحي إتجاه البيئتين الداخلية والخارجية.

وعلى الرغم من ذلك، فقد اتجهت إجابات المبحوثين في إتجاه تأكيد إلتزام مؤسستهم والعاملين بها بالمسؤولية القانونية، حيث كان تقديرها مرتفعا بناء على أهميتها النسبية التي بلغت 69.2% وهو ما يجعلها في المرتبة الأولى بين أبعاد المسؤولية الاجتماعية، فيما كان المتوسط الحسابي 3.46 وبلغ الانحراف المعياري 1.17، ويتوافق ذلك مع نتائج المقابلة في سؤال حول مدى التزام المؤسسة بالمسؤولية القانونية، إذ أن أغلبية أفراد المقابلة يقرون بأن كل من المؤسسة والموظفين يلتزمون بمسؤولياتهم القانونية على حد سواء بنسبة 70% فهناك مسؤوليات متعددة اتجه الزملاء والموظفين، ومسؤوليات أخرى اتجه المرضى والمؤسسة حسب آراء عينة المقابلة تقوم بتطبيق كل الإجراءات القانونية الخاصة بالموظف والمريض، من خلال أداء المهام على مستوى كل مصلحة في إطار قانوني منظم ومحدد في التشريع وفقا للوائح والتنظيمات الواردة من الجهات الوصية والقانون الداخلي للمؤسسة، بما فيها التكفل بالحالات الاستعجالية وتوفير العلاج في الوقت اللازم واحترام مواقيت العمل والقواعد الصحية وتسيير النفايات .

في حين كان في المرتبة الثانية بعد المسؤولية الأخلاقية بأهمية نسبية بلغت 67.4% وتقدير متوسط بمتوسط انحرافي 3.37 وانحراف معياري بلغ 1.11، حيث تراوحت إجابات المبحوثين حول أسئلة هذا البعد بين التقدير المرتفع والمتوسط، ومرد ذلك إلى كون البعد الأخلاقي في المسؤولية الاجتماعية يعد بعدا فرديا، يتضمن المسؤولية الطوعية والخيرية التي تكون نابعة من ذوات الأفراد وأهداف المؤسسة، لكنها في نفس الوقت تفتقد صيغة الرقابة القانونية، إلا في حالة تعارضها مع أخلاقيات المهن الطبية او اخلاقيات المهنة عموما.

وفي ذات السياق، وبتقدير متوسط أيضا كانت المرتبة الثالثة لبعد المسؤولية البيئية بمتوسط حسابي يبلغ 3.31 وانحراف معياري قدر بـ 1.08 وبأهمية نسبية بلغت 66.2%، حيث أن تجاوب أفراد العينة مع مؤشرات هذا البعد تراوح بين المرتفع والمتوسط، في الوقت الذي كانت إجابات المبحوثين تتجه للموافقة على احترام الخصوصية الثقافية للمجتمع

الجزائري والالتزام بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية، إلا ان باقي الإجابات اتجهت نحو التقدير المتوسط، حيث لا يمكن الحديث مثلا عن المساحات الخضراء في ظل غياب المساحات الترابية وقدم البناء الهيكلي للمستشفى.

ليكون في الاخير بعد المسؤولية الاقتصادية أو الاستدامة الاقتصادية في المرتبة الرابعة بتقدير متوسط حيث بلغت أهميته النسبية 59.4% فيما كان متوسطه الحسابي 2.97 وانحرافه المعياري 1.36، ومرد ذلك إلى تراوح استجابات المبحوثين حول أسئلة هذا البعد بين التقدير المنخفض والمتوسط والمرتفع، حيث لا يمكن ان توفي المؤسسة بمسؤولياتها الاقتصادية في ظل ضعف الأجور ونقص ميزانية تطوير وتوفير المستلزمات الطبية ونقص الدورات التدريبية والتكوينية لإطارات القطاع الصحي، رغم ضمانها مجانية أغلب خدماتها.

3. نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضية الرئيسية: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية

* توجد علاقة طردية موجبة قوية ذات دلالة بين تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية، بمعامل ارتباط (0.726) عند مستوى الدلالة 0.05 وهو ما يعني تحقق الفرضية الرئيسية.

وفي ظل ثبوت هذه العلاقة وبما أنها طردية قوية، فهذا يتيح لنا القول بأنه كلما عملت المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية على تطبيق آليات الحوكمة الصحية عبر تعزيز عمليات الإفصاح والشفافية وتفعيل دور إدارة المخاطر الصحية لتحسين الخدمات الصحية وجودتها من خلال دعم كوادرات القطاع الصحي وضمان جودة الحياة الوظيفية لهم، فإن هذه العوامل والشروط تساهم بشكل مباشر وفعال في الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية اتجاه أصحاب المصالح بما فهم القوى العاملة الصحية والمرضى والمجتمع، من خلال التزم لمؤسسات الصحية بالأخلاقيات المهنية إستنادا إلى القانون الذي يحدد المهام والمسؤوليات والحقوق لكل منهم، وقيام هذه المؤسسات بدورها الاجتماعي من خلال نشر الوعي الصحي والمحافظة على البيئة، مع ضرورة العمل على ضمان الاستدامة الاقتصادية لمستلزمات العمل الصحي وتلبية الاحتياجات المادية والمعنوية لطاقم المؤسسة

وطالبي الخدمات الصحية ككل، من أجل تحسين الرعاية الصحية و تحقيق التنمية الاجتماعية وضمان الأمن الصحي.

3. (1،2،3،4). نتائج الدراسة المتعلقة بالعلاقات الارتباطية للفرضيات الفرعية

المشتقة من الفرضية الرئيسية:

1.3. هناك علاقة موجبة طردية ضعيفة ذات دلالة بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية

الاجتماعية بمعامل ارتباط (0.465) عند مستوى الدلالة 0.05 وهو ما يعني تحقق الفرضية الفرعية الأولى.

وهنا يمكن لنا القول، بأن الصدق والوضوح في الإفصاح عن المعلومات والبيانات المتعلقة بمعايير الترقية وتقييم الأداء والرقابة الداخلية، والتوظيف المستحق وأوجه صرف الميزانية وأن تتاح هذه المعلومات وتنشر في الوقت المناسب للجمهور المعني بها داخليا وخارجيا والشفافية عكس الفساد وبالتالي فالمقصود بها النزاهة والمصداقية والتصريح بالحقيقة والموضوعية فيما يخص التقارير الإدارية والصحية والمالية يؤثر بشكل ضعيف في المسؤولية الاجتماعية بالنسبة لمستشفى بشير منتوري بالميلية.

2.3. هناك علاقة موجبة طردية متوسطة ذات دلالة بين إدارة المخاطر الصحية

والمسؤولية الاجتماعية بمعامل ارتباط (0.534) عند مستوى الدلالة 0.05 وهو ما يعني تحقق الفرضية الفرعية الثانية.

فعلى اعتبار إدارة المخاطر الصحية جهاز تنظيمي ضمن المستشفيات يعمل على تحديد الإمكانيات والنقائص التي من الممكن أن تعيق المؤسسات الصحية عن تأدية مهامها الخدمائية على الشكل الأمثل، من خلال تعزيز العمل المبني على الرؤى الاستشرافية لتوقع الازمات والمخاطر، وذلك عبر العمل على تأهيل وتدريب وتكوين وتعبئة الموارد الصحية البشرية لمواجهة الاخطار والاستعداد الدائم لها، من خلال توفير أحدث التقنيات و الموارد المادية والامكانيات اللازمة لمكافحة العدوى، و المخزون الكاف من المعدات الطبية للطوارئ وتشجيع البحث العلمي في مجال الامراض والأوبئة والمتابعة الصارمة لسير العمل الصحي و

لبيانات المرضى عبر نظام الرقمنة، فهي تؤثر بشكل متوسط في المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة محل الدراسة الميدانية.

3.3. هناك علاقة موجبة طردية قوية ذات دلالة بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية بمعامل ارتباط (0.705) عند مستوى الدلالة 0.05 وهو ما يعني تحقق الفرضية الفرعية الثالثة.

من الواضح ان هذه النتيجة قد توافقت مع ما تم تداوله في العديد من الأدبيات النظرية الخاصة بجودة الخدمات الصحية، واعتبارها بعدا من أبعاد المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية، وبالتالي فكلما زادت مؤشرات جودة الخدمات الصحية كلما زاد معها مستوى المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية عموما، والمؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية على وجه التحديد. وهذا ما يسمح لنا بالتأكيد على ان عمل المؤسسة الاستشفائية على ضمان تقديم الخدمة الصحية على الوجه الذي يستجيب لتوقعات المرضى والمجتمع، من توفير كل الإمكانيات اللازمة للتشخيص والعلاج والاهتمام بالمرضى وتقديم الخدمات لهم في الوقت المناسب وتشجيع الالتزام بأخلاقيات المهن الطبية بما يخلق شعورا بالثقة والأمان، والعمل على التقييم الدوري لنوعية الخدمات صحية من أجل تحسينها وتحقيق الرضا بالنسبة لأصحاب المصالح يؤثر بشكل قوي في إلتزام المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بمسؤوليتها الاجتماعية.

4.3. هناك علاقة موجبة طردية متوسطة ذات دلالة بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية بمعامل ارتباط (0.641) عند مستوى الدلالة 0.05 وهو ما يعني تحقق الفرضية الفرعية الرابعة.

رغم ضعف تقدير بعد جودة الحياة الوظيفية على مستوى مؤسسة الدراسة، إلا انه في حال توفرت العوامل الإيجابية التي تتعلق ببيئة العمل الصحي والتي من شأنها ان تلي وتستجيب لاحتياجات العاملين بها المادية كالأجر المناسب والاضاءة والتهوية الجيدة وتوفير وسائل العمل والتشخيص والعلاج اللازمة وصيانة الأجهزة الطبية لضمان استمرارية الخدمة والاهتمام بالجوانب المعنوية من خلال تشجيعهم وتحفيزهم واستشارتهم، وتوفير العوامل سابقة الذكر من شأنها أن تضمن الاستقرار والرضا الوظيفي للعاملين مما يدفعهم لتحسين

أدائهم، إلا أنها تؤثر بشكل متوسط في إلتزام المؤسسة الاستشفائية بالميلية بمسؤولياتها الاجتماعية.

2-1. النتائج المستخلصة من المقابلة:

أولاً: نتائج أسئلة المقابلة حول متغير الحوكمة الصحية:

1- بالنسبة للسؤال الأول حول نجاح المؤسسة في تطبيق الحوكمة الصحية، تبين عملية تكميم إجابات المبحوثين أن الاجابات متساوية بين من يرون ان المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية قد نجحت في تطبيق الحوكمة الصحية، في حين يرى آخرون أنها لم تنجح في تطبيق الحوكمة الصحية بنسبة متعادلة وهي 50% موافقين و50% غير موافقين.

2- وفيما يتعلق بالسؤال رقم (2) حول إلتزام المؤسسة بالشفافية في نشر البيانات والمعلومات الخاصة بنتائج تقييم الأداء والترقية، فقد كشفت المقابلة أن ما نسبته 50% من عينة المقابلة يرون ان مؤسستهم لا تلتزم بالإفصاح والشفافية بخصوص نتائج تقييم الأداء والترقية في حين يقر 40% من أفراد المقابلة ان مؤسستهم تلتزم بالشفافية عند الإفصاح عن نتائج تقييم الأداء والترقية .

3- وفي استفسار حول وجود إدارة أو خلية للمخاطر على مستوى المؤسسة أكد المبحوثين رؤساء المصالح المعنيين بالمقابلة بنسبة 100% أن مؤسستهم تتوفر على مصلحة خاصة بإدارة المخاطر وهي تتمثل في مصلحة الوقاية والأوبئة، وفي نفس الوقت فإنه يتم تشكيل خلايا خاصة بالأوبئة والمخاطر الصحية حسب المقتضيات والضرورات الصحية في حالة تفشي وباء ما وظهور مرض معدي.

4- وعن جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة ميدان الدراسة فان 60% يقرون ان الخدمات الصحية المقدمة على مستوى مؤسستهم تتميز بالجودة في حين ان 40% يرون أن الخدمات المقدمة تنقصها الجودة.

5- وبالنسبة لمدى توفر المؤسسة على العوامل المادية والمعنوية المشجعة على العمل، فقد ذهبت إجابات المبحوثين في اتجاه التوازن بين التأكيد والمعارضة للعبارة الخاصة بتوفر عوامل جودة الحياة الوظيفية 50% نعم في مقابل 50% لا.

ثانياً: نتائج المقابلة حول متغير المسؤولية الاجتماعية:

6- هل تلتزم مؤسساتكم الاستشفائية بمسؤولياتها الأخلاقية؟ يلاحظ ان مايمثل 50% من رؤساء المصالح لا يعلمون بمدى التزام مؤسساتهم بمسؤولياتها الأخلاقية، في حين 30% فقط يرون ان المؤسسة تلتزم بالمسؤولية الأخلاقية و اخلاقيات المهنة في حين يمثل البقية اتجاه الرفض.

7- هل سبق اشتراك أحد العاملين من مصالحتك في الحملات التطوعية الخاصة بنشر الوعي والثقافة الصحية؟ حسب إجابات أفراد المقابلة نجد ان 70% منهم يؤكدون اشتراك موظفين من مصالحتهم في الحملات التطوعية والخرجات التوعوية المتعلقة بنشر الوعي والثقافة الصحة الوقائية كحملات الوقاية من بعض الامراض التي تصيب الأطفال، وخاصة حملات التوعية والتلقيح ضد هذا وباء القرن الواحد والعشرين غير المتوقع وباء كورونا.

8- هل تلتزم مصالحتكم بمسؤولياتها البيئية؟ أجاب كل رؤساء المصالح المعنيين بالمقابلة ان مصالحتهم تلتزم بمسؤولياتها البيئية.

9- بالنسبة للمسؤولية القانونية فان أغلبية أفراد المقابلة يقرون بأن المؤسسة والعمال يلتزمون بمسؤولياتهم القانونية على حد سواء بنسبة 70% في حين يرى البقية أنه لا يتم الالتزام بالمسؤوليات القانونية للمؤسسة والموظفين.

10- وبالنسبة للسؤال الأخير من محور المسؤولية الاجتماعية حول مدى كفاية ميزانية المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لتحسين ظروف ووسائل العمل من اجل جودة الخدمات الصحية والوفاء بمسؤولياتها الاقتصادية فقد أجاب 50% من رؤساء المصالح بان ميزانية المستشفى لا تكفي في حين أجاب 30% أنهم لا يعلمون في حين 20% يرون ان الميزانية كافية لتحقيق الجودة الخدماتية والجودة المهنية. حيث تعمل المؤسسة على توفير وسائل العمل إلى حد كبير.

لكن الميزانية تظل غير كافية مقارنة مع الكم الهائل للمرضى الذين يتهافتون على المؤسسة من كل الأماكن وحتى من خارج إقليم الولاية ويظهر ذلك في النقائص المسجلة بالنسبة لعدم تهيئة للمصالح الصحية وعدم مواكبة التجهيزات المتطورة ونقص الإمكانيات المادية والبشرية، كما ان ضعف الإمكانيات والأجور يتسبب في دوران العمل وتفضيل العديد من الكفاءات الطبية خاصة الاختصاصيين منهم العمل في القطاع الخاص.

2- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء أهداف الدراسة:

إن المقصود بمناقشة نتائج الدراسة في ضوء أهدافها هو التوضيح إلى أي مدى قد نجحت هذه الدراسة في تحقيق الأهداف التي دفعت بالباحث لتناول هذا الموضوع وماهي المساعي التي كان يرمي إليها حين اختياره له وقيامه بالدراسة الميدانية، وبالمقارنة بين نتائج الدراسة الحالية والأهداف التي صاغتها الباحثة في الفصل الأول الخاص بالإطار التصوري والنظري للدراسة فيمكن لنا التأكيد على أن الأهداف المتوخاة من الدراسة قد تحققت كلها حيث تم تشخيص واقع المنظومة الصحية الجزائرية ممثلة في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية من حيث مستوى تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة والذي كان متوسطا وفي نفس الدرجة أيضا أباتت الدراسة عن إلتزام متوسط للمؤسسة بمسؤولياتها الاجتماعية.

ورغم التقدير المتوسط لكل من متغيري الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية فقد كشفت نتائج الدراسة الميدانية عن وجود علاقة طردية قوية بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة سابقة الذكر، فيما كانت العلاقة بين بعد (الإفصاح والشفافية) ومتغير المسؤولية الاجتماعية علاقة موجبة طردية ضعيفة، أما بالنسبة للعلاقة القائمة بين كل من بعد إدارة المخاطر الصحية وجودة الحياة الوظيفية مع المتغير الكلي للمسؤولية الاجتماعية فقد كانت علاقة طردية متوسطة. في مقابل التوصل إلى العلاقة الطردية القوية بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

3. مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة:

بعد التطرق لنتائج الدراسة الميدانية ومناقشتها في ضوء كل من فرضيات الدراسة وأهدافها، لابد من مقارنة نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج مختلف الدراسات السابقة التي تم عرضها في الفصل الأول الخاص بالإطار التصوري والنظري للدراسة، وذلك بغية الكشف عن نقاط التقاطع وأوجه الاختلاف بين النتائج المتوصل إليها في نطاق البحث الميداني الخاص بموضوع الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الاستشفائية العمومية ونتائج الدراسات التي تم عرضها سابقا.

بالنسبة لنتائج دراسة سهام شعبان حول آليات حوكمة قطاع الصحة في الجزائر ودورها في تحسين الخدمة الصحية نجد أنها قد توصلت إلى ان واقع تطبيق الحوكمة الصحية كان متوسطا وهذه النتيجة تتماثل مع نتيجة الدراسة الراهنة حيث توصلنا إلى أن مستوى تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية بشير منتوري كان متوسطا أيضا. وفي الوقت الذي توصلت الدراسة الحالية إلى ان درجة بعد الإفصاح والشفافية كانت متوسطة فقد تماثلت نتيجة الدراسة السابقة أيضا حيث توصل الباحث لكون مدى تطبيق مبدأ الإفصاح والشفافية ضمن المؤسسات الاستشفائية المعنية بالدراسة كان متوسطا كذلك ووفق أهميته النسبية فقد جاء في المرتبة الخامسة في حين انه كان بالنسبة للدراسة الراهنة في المرتبة الأولى من حيث أهميته النسبية.

أما بخصوص مبدأ المساءلة والرقابة الصحية، فيتقارب ضمن الدراسة الحالية مع العبارة رقم 25 والتي محتواها: تقوم المؤسسة بعمليات تقييم دورية للخدمات الصحية المقدمة وتوصلت كلا الدراستين إلى انهما في مستوى متوسط من التطبيق. كما تقاطع مبدأ المشاركة في اتخاذ القرار بالنسبة لدراسة شعبان مع العبارة رقم 36 ضمن استمارة بحثنا والملفت للانتباه أن نتيجة الدراسة في كليهما توصلت إلى كون درجة المشاركة في اتخاذ القرار ضمن المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة كانت منخفضة وضعيفة.

وبخصوص مبدأ الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمة الصحية ضمن الدراسة السابقة فهو يعبر بوجه آخر عن بعد جودة الخدمات الصحية في الدراسة الراهنة نظرا لكون جملة الأسئلة المعبرة عنه ضمن الاستبيان المعد من قبل الباحث شعبان هي في غالبيتها تعبر عن أبعاد جودة الخدمات الصحية من الملموسية، الاستجابة، والموثوقية والتعاطف وقد جاءت نتيجة الدراسة متوسطة في كلا الموضوعين.

وبالنسبة لمبدأ الاستدامة الصحية ضمن دراسة شعبان فيمكن مقارنته ببعده المسؤولية الاقتصادية أو الاستدامة الاقتصادية باعتبارها تعني مدى توفر الوسائل اللازمة لضمان استمرار العمل الصحي وعدم توقف المؤسسة عن تحقيق أهدافها ومواصلة تقديم الخدمات الصحية في كل الظروف فقد توصلت كلا الدراستين إلى انه كان متوسطا ورتب في الدرجة الرابعة وفق استجابات الباحثين وأهميته النسبية.

وبالإضافة لكل ما سبق فقد تحققت الفرضية القائلة بأن التبنى الفعال لمبادئ الحوكمة الصحية يساهم في تحسين الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية العمومية المعنية بالدراسة السابقة، كما توصلت الدراسة الراهنة لوجود علاقة طردية قوية بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية بشير منتوري.

وبالرجوع لنتائج دراسة جوهرة أقطي وفوزية مقراش حول أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية فقد كشفت أن المستشفى العمومي لولاية جيجل يطبق مستوى عالي من أبعاد الحوكمة، وتختلف هذه النتيجة مع الدراسة الراهنة التي توصلت إلى ان مستوى تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية كان متوسطا.

وفي الوقت التي توصلت دراسة أقطي ومقراش لكون الطاقم الطبي بالمستشفى له مستوى عالي من أخلاقيات المهنة، فقد جاء بعد المسؤولية الأخلاقية في المرتبة الثانية وبتقدير متوسط بالنسبة لأبعاد المسؤولية الاجتماعية

أما بعد الشفافية فقد كان له أثر إيجابي مباشر على اخلاقيات المهنة الطبية حسب ما تناولته الدراسة السابقة وفي مقابل ذلك كان بعد الإفصاح والشفافية ضمن الدراسة الحالية ذو تقدير متوسط رغم أنه جاء في المرتبة الأولى تبعا لأهميته النسبية، وفي الوقت الذي كشفت نتائج الدراسة الراهنة عن وجود علاقة طردية قوية بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة سابقة الذكر، فقد كانت العلاقة بين بعد (الإفصاح والشفافية) ومتغير المسؤولية الاجتماعية علاقة موجبة طردية ضعيفة.

أما دراسة سهام شيخاوي حول إشكالية الحوكمة والقيم التنظيمية في الجامعة فقد كشفت نتائجها ان هناك مشاركة متوسطة من قبل الأطراف المعنية سواء أساتذة او طلبة او إداريين في استراتيجية الحوكمة الجامعية وجاءت في المركز الثاني، وفي مقابل ذلك نلاحظ ان إجابات المبحوثين المعنيين بالدراسة الراهنة بينت مستوى ضعيف للمشاركة في اتخاذ القرار من قبل السلك الطبي وشبه الطبي والاداريين.

وفي الوقت الذي كانت هناك ممارسة متوسطة لمعيار الشفافية من قبل إدارة الجامعة الجزائرية في المرتبة الثالثة، تماثل الامر مع نتيجة الدراسة الراهنة حيث كان مستوى تطبيق الإفصاح والشفافية ضمن المؤسسة الاستشفائية بالميلية متوسطا أيضا إلا انه كان في المرتبة الأولى ضمن أبعاد الحوكمة الصحية تبعا لأهميته النسبية.

إلا ان معيار الأخلاقيات ضمن الجامعة جاء في المرتبة الرابعة وبمستوى منخفض، في حين انه يمثل المسؤولية الأخلاقية ضمن الدراسة الحالية وقد جاء في المرتبة الثانية ضمن أبعاد المسؤولية الاجتماعية وبتقدير متوسط.

وبالاطلاع على نتائج بعد خدمة أصحاب المصالح ضمن دراسة شيخاوي فقد ظهر بمستوى قبول منخفض، وباعتبار أصحاب المصالح ضمن المؤسسات الصحية هم الموظفين والمرضى

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

والمجتمع فيمكن مقارنة هذه النتيجة بنتائج الدراسة الحالية المتعلقة ببعد جودة الخدمات الصحية الذي يعبر عن الخدمات المقدمة للمرضى والذي كان تقديره متوسط، في حين تماثلت النتيجة السابقة الخاصة بالجامعة مع النتيجة الخاصة ببعد جودة الحياة الوظيفية الذي يعبر عن الشروط والظروف المتوفرة للموظفين حيث كشفت الدراسة الراهنة انه كان منخفض وجاء في المرتبة الرابعة والأخيرة ضمن ترتيب أبعاد الحوكمة الصحية.

وبخصوص دراسة محمد خليل الحزار حول إدارة وتقييم المخاطر وفق أولويات إطار سندي للكوارث 2030 في تؤكد سعي إدارة المستشفى إلى إشراك مقدمي الرعاية في العمليات المرتبطة بتعريف المخاطر، وتنمية وتدريب الموظفين على تحديد المؤشرات المرتبطة بحدوث المخاطر والحد منها وهي النتيجة التي تتعارض مع ما توصلت إليه الدراسة الراهنة بخصوص نقص معدل الدورات التكوينية عموما وحول الصحة الوقائية على وجه التحديد رغم وجود اتفاقية توأمة بين مستشفى الجامعي بقسنطينة ومستشفى الميلية من أجل تكوين وتدريب الطاقم الطبي وشبه الطبي، وضعف المشاركة في تسيير العملية الصحية ككل. وهو ما يفسر المرتبة الثالثة من حيث الأهمية النسبية التي تحصل عليها بعد إدارة المخاطر الصحية الذي كان تقديره متوسطا وليس عاليا. غير أن المستشفى يعمل على نشر الوعي الصحي من خلال الحملات التوعوية والتطوعية، وتوجد مصلحة للأمراض والوقاية مهمتها إدارة المخاطر الصحية ويتم تكوين خلايا الازمة لمواجهة المخاطر الصحية على غرار خلية الأزمة المتعلقة بترصد ومتابعة وباء كوفيد19.

كما توصلت دراسة الحزار إلى وجود مستوى عال من النزعة الإنسانية والأخلاقية بين موظفي المستشفى تمكّنهم من تسخير كل الموارد المادية والبشرية من أجل التصدي للمخاطر، والاستجابة للبروتوكولات الخاصة بتسيير المخاطر، وهو ما يمكن أن نستدل عليه بمتغير المسؤولية الاجتماعية بأبعادها الأربعة ضمن الدراسة الحالية حيث كان جاء هذا البعد ذو تقدير متوسط يتراوح بين المتوسط والمرتفع في معظم الأحيان وهو الأمر الذي لاحظناه فترة التريص الميداني من خلال وجود الملصقات التوعوية والمناشير الخاصة بالوقاية من الأمراض المزمنة وحملات التلقيح ضد وباء كورونا بالتشارك مع مختلف هيئات المجتمع المدني والمحلي. وفي الوقت الذي توصل فيه الباحث إلى ان بناء المستشفى محل الدراسة الميدانية لا يلتزم بالمعايير والمواصفات العالمية للبناء فيمكن لنا التأكيد على نفس الملاحظة بالنسبة لمستشفى الميلية حيث يعد البناء قديما ويعاني من نقص التهوية وضييف الغرف والمكاتب، ولا يتوفر على المساحات الخضراء الخاصة باستراحة المرضى. كما ان الحزار توصل في دراسته إلى ان

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

المخزون المتوفر من المواد المتعلقة بالطوارئ غير كافي بفعل الازمات، و نفس الشيء يقال بالنسبة لنتائج الدراسة الحالية حيث وقفنا اثناء الدراسة الميدانية على المخزون الطبي في الصيدلية المركزية أين لاحظنا النقص المسجل في بعض المستلزمات الطبية المتعلقة بالوقاية الصحية خاصة في ظل أزمة كورونا كأجهزة الكشف PCR والمحلول المخدر واللباس الواقي.

وفي حين أكد الباحث من خلال دراسته حول إدارة الأزمات وفق إطار سندي على سعي إدارة المستشفى لتحقيق الحماية اللازمة لاستمرار ديمومة العمل الصحي داخل المستشفى، فقد توصلت الدراسة الحالية لنتيجة متقاربة من خلال نتائج استجابة المبحوثين للأسئلة المتعلقة بالإمكانيات المتوفرة ومستوى الخدمات الصحية المقدمة حيث تعمل المؤسسة على تحسين خدماته الصحية وفق الاستراتيجية التي تتبناها الدولة الجزائرية من خلال السعي لتجديد المنظومة الصحية وترقية الصحة العمومية، والرقمنة الصحية لتطوير العمل الاستشفائي وتحديد الحجم الحقيقي للإمكانيات والنقائص المسجلة على مستوى كل مصلحة وكل مستشفى.

وقبل مناقشة نتائج دراستنا ومقارنتها مع نتائج دراسة محمد العابد حول معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية لابد لنا من التوضيح أولا ان ضعف مستوى أي بعد من الابعاد المعتمدة لدراستنا الحالية حول الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية أو اتجاه المبحوثين نحو معارضة أي عبارة من عبارات الاستبيان التي تعد مؤشرات ملموسة عن أبعاد كل متغير هو في الحقيقة تعبير عن اختلال ونقص يعيق عملية تطبيق الحوكمة الصحية بفعالية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بجدية.

لقد توصلت هذه الدراسة السابقة إلى ان هناك مستوى متوسط لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات) مأخوذة بصفة مجتمعة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية المعنية

إن التمعن في جملة معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية التي وظفها محمد العابد في دراسته يسمح لنا بتقسيمها إلى جزئين من حيث معوقات جودة الخدمات الصحية ومعوقات جودة الحياة الوظيفية وباعتبارهما من أبعاد الحوكمة الصحية

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

فهذا يسمح لنا بالقول أن وجود أي نقص في مقومات الجودة بنوعها يعتبر عائقا في وجه تطبيق الحوكمة الصحية، وقد توصلت دراستنا الحالية إلى كون بعد جودة الخدمات الصحية جاء بتقدير متوسط فيما كان بعد جودة الحياة الوظيفية منخفضا وهو ما يعني أن أغلب إجابات المبحوثين حول العبارات الخاصة بهذا البعد كانت في اتجاه المعارضة أي التعبير عن وجود نقص في توفر الظروف والمؤشرات المعبرة عن جودة الحياة الوظيفية ضمن مؤسستهم الاستشفائية

كما توصل الباحث في دراسته السابقة إلى أن معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة متواجدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة من المستوى الأكثر تواجد إلى الأقل حسب الترتيب الموالي وقد كان تقديرها متوسطا بإستثناء: عائق غياب التشجيع والتحفيز الذي كان تقديره مرتفعا وجاء في المرتبة الأولى من بين معوقات الجودة الشاملة ضمن المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة الميدانية، وفي مقابل هذا المعوق نجد ضمن الدراسة الراهنة تماثلا مع العبارة والتي مضمونها: تعمل إدارة المستشفى على تعزيز عوامل الانجاز لدى العاملين بها قد جاءت بتقدير منخفض وهو ما يعني معارضة أغلب المبحوثين للعبارة وبالتالي نستنتج أن إدارة المستشفى لا تعمل على تعزيز عوامل الانجاز لدى موظفيها.

أما بالنسبة لعائق غياب التعليم والتدريب، فقد لاحظنا من خلال نتائج الدراسة الحالية انها ليست كافية بدليل إجابات المبحوثين عن العبارة رقم ... (استفدت من دورات تكوينية في مجال الصحة والوقاية حيث كانت بتقدير متوسط لكنه يميل للمعارضة بمعنى ان الفئة الأكبر من المبحوثين لم يستفيدوا من أي دورة تكوينية، وفي نفس النطاق تدعم هذه الإجابات بنتائج العبارة حول تغطية ميزانية المستشفى تكاليف الدورات التدريبية للعاملين بها حيث جاءت أيضا متوسطة في اتجاه المعارضة على العبارة وهو ما يؤكد قولنا بأن نقص التعليم والتدريب يعد عائقا في وجه تحقيق الجودة الشاملة بالنسبة لدراسة محمد العابد وفي نفس الوقت هو عائق في وجه تحقيق الحوكمة الصحية.

أما عائق غياب التحسين المستمر فيقابله في الدراسة الراهنة العبارة تعمل المؤسسة على التحسين المستمر لنوعية خدماتها الصحية والتي جاءت بتقدير متوسط في الدراسة الحالية كما هي في الدراسة السابقة غير أنها تميل للموافقة بمعنى ان المبحوثين يقرون بأن مؤسستهم

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

تعمل فعلا على تحسين نوعية خدماتها وبالتالي فمؤسستهم لا تعاني من غياب الحسين المستمر عكس النتيجة المتوصل إليها ضمن الدراسة السابقة لمحمد العابد.

وبالنسبة لعائق غياب المشاركة، فنجد العبارة تشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة بتنظيم العمل الصحي في مؤسستك تعبر عنه حيث كشفت النتائج انه ذو تقدير منخفض وهو ما يعني عدم مشاركة أغلب المبحوثين في اتخاذ القرار ضمن مؤسستهم الاستشفائية.

ليكون عائق عدم التوجه نحو الزبون(المرضى) في المرتبة الأخيرة وبتقدير متوسط حسب نتائج دراسة محمد العابد ويقابله في الدراسة الحالية العبارة. (تتوفر المؤسسة على إمكانيات ومستلزمات طبية متطورة للتكفل الصحي بالمرضى) التي جاءت بتقدير منخفض ويعبر ذلك عن ان المبحوثين يرون بأن مؤسستهم تفتقد أو تسجل نقصا في الامكانيات والمستلزمات الطبية المتطورة التي من شأنها الاهتمام بالمرضى باعتبارهم زبائن.

وبمقارنة نتائج دراسة هاجر قريشي حول جودة الحياة الوظيفية ودورها في تحسين الخدمة العمومية مع نتائج الدراسة الحالية نجد أن الدراسة الراهنة قد أظهرت لنا أن مستوى جودة الحياة الوظيفية ضمن المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية قد كانت منخفضة فيما كان مستوى جودة الخدمات الصحية ضمن نفس المؤسسة متوسطا. غير أن دراسة هاجر قريشي توصلت لوجود أثر ذو دلالة معنوية لكل بعد من أبعاد جودة الحياة الوظيفية على حدى (لتغيرات البعد التنظيمي، البعد الوظيفي، البعد النفسي والاجتماعي) على تحسين الخدمة العمومية في الإدارة المحلية لولاية قسنطينة عند مستوى دلالة (0.05). وهو ما يعني وجود علاقة بين متغير جودة الحياة الوظيفية ومتغير تحسين الخدمة العمومية، وبمقارنة هذه النتيجة مع المتغير التابع للدراسة الراهنة وهو المسؤولية الاجتماعية نجده يعبر عن إلتزامات الموظفين والمؤسسة الاستشفائية من أجل جودة الخدمات الصحية(الإلتزامات اتجاه المرضى) وجودة الحياة الوظيفية(الإلتزامات اتجاه الموظفين) وبالتالي فنتيجة الدراسة الراهنة متشابهة مع النتيجة السابقة حيث توصلنا إلى انه توجد علاقة طردية متوسطة بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية للمؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية ، كما توجد أيضا علاقة طردية قوية بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية المذكورة آنفا.

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

وفيما يتعلق بنتائج دراسة رشيد سعيدان حول واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات لابد في البداية من التذكير باعتماد الباحث في دراسته متغير أصحاب المصالح للتعبير عن المسؤولية الاجتماعية، فيما اعتمدت الدراسة الراهنة أبعادا أخرى المسؤولية الاجتماعية متمثلة في المسؤولية الأخلاقية، القانونية، البيئية، الاقتصادية.

وقد توصلت دراسة رشيد سعيدان إلى ان التزام المؤسسات الاستشفائية بمسؤوليتها الاجتماعية يتوقف على مدى مشاركة جميع الأطراف أصحاب المصلحة (الموظفين، المرضى، المجتمع) ، ويمكن القول بتقاطع هذه النتيجة مع الشق المتعلق بأصحاب المصالح المعنيين بدراستنا الميدانية وهم الموظفين بمستوياتهم الثلاث (السلك الطبي، شبه الطبي والاداريين).

كما توصلت دراسة سعيدان أيضا إلى ان المسؤولية الاجتماعية تعتبر ضمن البعد الأخلاقي للعمل (لاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف.....) ضمن المؤسسات الإستشفائية، وهنا نلفت الانتباه إلى انه ضمن الدراسة الحالية تم اعتماد المسؤولية الأخلاقية كبعد من أبعاد المسؤولية الاجتماعية وفي نفس الوقت فإن متغيرات الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان... ضمن هذه الدراسة السابقة قد تم اعتمادها أيضا ضمن الدراسة الحالية لكن كأبعاد لمتغير جودة الخدمات الصحية، وهنا نستعرض نتائج دراستنا الحالية بخصوص المتغيرين حيث توصلنا إلى ان مستوى الالتزام بالمسؤولية الأخلاقية ضمن المؤسسة الاستشفائية بالمليية كان متوسطا ونفس التقدير أيضا توصلت إليه الدراسة حول متغير جودة الخدمات الصحية وفي نفس الوقت كشفت الدراسة الحالية عن وجود علاقة ارتباطية طردية قوية بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالمليية.

وبالإضافة لذلك كشفت دراسة سعيدان أن واقع ممارسة المؤسسات الإستشفائية محل الدراسة للمسؤولية الاجتماعية متباين تجاه أصحاب المصلحة (العاملين، المستفيدين (المرضى)، المجتمع، البيئة، المؤسسات الداعمة والمتعاملون..). كما تم تشخيص واقع إلتزام المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالمليية بمسؤوليتها الاجتماعية متباين بالنسبة لدرجة الإلتزام بكل بعد من أبعادها من قبل موظفي المؤسسة حيث كان تقدير بعد المسؤولية القانونية مرتفعا فيما كانت أبعاد المسؤولية الأخلاقية والبيئية والاقتصادية متوسطا.

وفيما يخص دراسة سلطان بن مشعل المطيري حول المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية وعلاقتها بجودة الخدمات الطبية فبالنسبة لواقع أبعاد المسؤولية الاجتماعية لدى

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

المؤسسات الصحية في المملكة العربية السعودية اتضح أن مفردات العينة يوافقون بدرجة متوسطة على عبارات البُعد القانوني، في حين أن الدراسة الحالية توصلت إلى ان بعد الإلتزام ببعد المسؤولية القانونية ضمن المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية كان مرتفعاً. وفي مقابل ذلك فقد كان درجة البعد الأخلاقي متوسطة في كلتا الدراستين، وكذلك الحال بالنسبة للبعد الإنساني الذي تقابله المسؤولية البيئية ضمن الدراسة الراهنة فقد كان متوسطاً هو الآخر.

وبالرجوع للنتائج حول مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية من وجهة نظر المستفيدين حسب دراسة المطيري فقد تراوحت بين التقدير المتوسط والمرتفع لأبعادها (الاستجابة، الاعتمادية، التعاطف، الأمان، الملموسية) أما بخصوص نتيجة الدراسة الحالية حول نفس المتغير (جودة الخدمات الصحية) فقد كانت كلها متوسطة بإستثناء العبارة الدالة على بعد الملموسية حيث كان تقديرها منخفض ولهذا كان التقدير الإجمالي متوسطاً بالنسبة لمستوى جودة الخدمات الصحية ضمن مستشفى الميلية في حين كان تقديره مرتفعاً بالنسبة لدراسة المطيري .

كما تم تأكيد وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01 بين المسؤولية الاجتماعية لدى المؤسسات الصحية ومستوى جودة الخدمات الطبية بأبعادها المختلفة وفق نتائج دراسة المطيري وهي نتيجة متماثلة مع نتائج الفرضية الفرعية الثالثة بالنسبة للدراسة الراهنة المتوصلة لوجود علاقة طردية قوية بين جودة الخدمات الصحية كمتغير مستقل والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية كمتغير تابع.

كذلك الحال بالنسبة لدراسة إبراهيم علي الخالدي حول أثر الإلتزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمات الصحية المدركة. حيث توصلت لوجود أثر ذو دلالة إحصائية للإلتزام المستشفيات الخاصة بأبعاد المسؤولية الاجتماعية (البعد الاقتصادي، البعد القانوني، البعد الأخلاقي، الإنساني) في جودة الخدمات الصحية المدركة، وفي نفس الوقت كشفت الدراسة الراهنة عن وجود علاقة ارتباطية طردية قوية بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

وبالعودة لترتيب أبعاد المسؤولية الاجتماعية ضمن دراسة الخالدي فقد كان البعد الأخلاقي هو الأكثر تأثيراً بمعنى أن تقديره مرتفع في حين أن بعد المسؤولية القانونية هو الذي كان في المرتبة الأولى وبتقدير مرتفع بالنسبة للدراسة الحالية، أما بعد المسؤولية الأخلاقية فقد كان متوسطاً وفي المرتبة الثانية في الدراسة الحالية. في الوقت الذي كان فيه تقدير البعد القانوني لدراسة الخالدي مرتفعاً أيضاً لكنه في المرتبة الثانية، أما بعد المسؤولية الإنسانية ويقابله المسؤولية البيئية فقد كانا متوسطين وجاء في المرتبة الثالثة في كلتا الدراستين ليكون بعد المسؤولية الاقتصادية هو الأخير في المرتبة الرابعة بتأثير متوسط في كلتا الدراستين.

4. مناقشة وتفسير النتائج في ضوء النظريات المفسرة للموضوع.:

تم في الفصلين الثاني والثالث من الجزء النظري للدراسة عرض جملة من النظريات المفسرة لموضوع الحوكمة والمسؤولية، علماً أن هناك علاقة وثيقة الصلة بينهما تجريدياً من خلال الأدبيات النظرية المتوفرة حول الموضوع، والتي سبق وأوضحت لنا أن المسؤولية الاجتماعية ماهي إلا إحدى آليات الحوكمة فكلما عملت المؤسسة على تفعيل استراتيجية الحوكمة وتطبيقها كلما زادت درجة وفائها بالتزاماتها الاجتماعية والأخلاقية والاقتصادية والبيئية إتجاه المجتمع وأصحاب المصالح المرتبطين بها، وهي نفس النتيجة المتوصل إليها امبريقياً من خلال الدراسة الميدانية للموضوع إذ أكدت الدراسة وجود علاقة طردية موجبة قوية ذات دلالة بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية، بمعامل ارتباط (0.726) عند مستوى الدلالة 0.05

ويمكن تفسير ذلك في ظل مدخل البنائية الوظيفية الجديد لدى كل بارسونز وسيلزنيك بالقول أن المؤسسة الصحية بالفعل هي جزء من النسق الاجتماعي العام للمجتمع، وهي تتفاعل مع مختلف الأنساق الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية للمجتمع، حيث أن مسعى إصلاح المؤسسات الصحية وترسيخ الحوكمة الصحية يعكس في أساسه استراتيجية الدولة في شقها السياسي، لتعزيز شرعيتها والقبول لدى المجتمع من خلال الاستجابة لمتطلباته بخصوص ترقية نوعية الخدمات الصحية وتوفيرها لكل المواطنين، كما أنها تأتي كاستجابة ضرورية في إطار تكييف الدولة مع التغيرات العالمية في مجال التسيير الاستشفائي والعصرنة لمختلف الأنظمة الاقتصادية والاجتماعية، كما أن النسق الاقتصادي يؤثر ويتأثر بالمنظومة الصحية من حيث تزويدها بمختلف الإمكانيات المالية والمادية التي تساعدها على تحقيق أهدافها، كما أن صحة أفراد المجتمع وتطور المنظومة الصحية يعزز الاستقلال الاقتصادي والرفاه الاجتماعي لأن الأفراد الأصحاء هم من يقودون عجلة التنمية

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

الاقتصادية والاجتماعية وحتى السياسية، كما ان من الواجب أن تستجيب المؤسسات الصحية لخصائص النسق الاجتماعي والثقافي الذي يتبناه المجتمع الجزائري لأن هناك بعض الممارسات الصحية والسلوكية التي لا يتقبلها المواطن الجزائري نظرا لتكوين الاجتماعي والديني والثقافي، كما ان نفس الثقافة تعمل على تعزيز قيم الالتزام الأخلاقي والقانوني ضمن المؤسسات الاستشفائية والتضامن والتعاون بين المرضى والأطباء، والتكامل الوظيفي بين العمال الإداريين والعمال الطبيين وشبه الطبيين، من أجل تحقيق اهداف المؤسسة والاستجابة لتطلعات المواطنين وتلبية احتياجات الصحية بخصوص تلقي التشخيص والعلاج، وكذلك التكامل بين السياسي والاقتصادي لتوفير المدخلات المادية والمعنوية الكفيلة بتحفيز موظفي المؤسسة الصحية وتحقيق رضاهم الامر الذي سينعكس بالضرورة على نوعية الأداء الذي يقدمه هؤلاء الأفراد والمؤسسات الصحية ككل.

وفي نفس السياق، فإن نتائج الدراسة الحالية تكشف لنا عن جدوى تفويض السلطة ونظام اللامركزية في التسيير، التي تمنح للمتخصصين الذي يتلقون تدريباً مكثفاً من أجل تولي المناصب القيادية الخاصة باتخاذ القرار، كما يذكرها سيلزنيك في نظريته، حيث تعمل الدولة الجزائرية ممثلة في وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي على تأهيل وتكوين وتدريب الموارد البشرية من أجل ضمان تسيير عقلاني وفعال لمؤسسات الدولة، فتخصيص تكوين إداري لمصرفي المصالح الصحية على سبيل المثال يأتي ليعكس هذا التوجه، وكذلك الحال بالنسبة للمدرسة العليا للإدارة الصحية، كما أن القيام بعقد اتفاقيات بين مختلف المؤسسات الصحية والجامعات يدعم استراتيجية تطوير المنظومة الصحية ككل، وتفويض الصلاحيات للمدراء الجهويين للصحة، ومدراء المؤسسات الصحية، ورؤساء المصالح الصحية ينم عن قناعة الدولة بجدوى التسيير اللامركزي وفعالية تفويض السلطة في تحديد المشاكل واقتراح الحلول المناسبة لها بدقة وبسرعة، نظراً لإطلاع هؤلاء أكثر من غيرهم على وضعية المؤسسات والمصالح التي يشرفون عليها.

كما يمكن تفسير نتائج الدراسة الراهنة أيضاً في ظل نظرية إدارة الجودة الشاملة ومدخل النظم، اللذان ينظران للمؤسسة باعتبارها نسقاً مفتوحاً يتفاعل مع البيئة الخارجية، بالقول أن الحوكمة باعتبارها مدخلاً تنظيمياً يتضمن عملية توفير الظروف المادية والمعنوية المناسبة لتحفيز وتشجيع ودفع الموظفين لتحسين معدلات أدائهم وبالتالي تحسين ظروف متابعة والتشخيص والعلاج والاهتمام بالمرضى عبر توفير مختلف المستلزمات والإمكانيات المادية والبشرية الكفيلة بتلبية متطلبات المرضى وضمان جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم وهو

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

الأمر الذي يعد بوجه آخر شكل من أشكال الاستجابة والمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية اتجاه مختلف الأطراف الفاعلة فيه،

فمبدأ ومعيار الإفصاح والشفافية بما يتضمنه من مؤشرات ومظاهر تصريح المؤسسة بأهدافها وتوفر قنوات الاتصال المباشر ونزاهتها في عرض المعلومات والبيانات الخاصة بأساليب ومعايير التوظيف وتقييم الأداء والترقية والاهتمام بالتخطيط بعيد المدى من أجل مواجهة المخاطر الصحية غير المتوقعة والتجهز الدائم لها من خلال تكوين فرق البحث في الأمراض والأوبئة وتوفير كل الإمكانيات المادية والمالية من أجل تطوير العمل الصحي وخلق بيئة عمل آمنة وصحية وتعزيز شروط الوقاية من الأمراض المكتسبة والعمل على توفير الظروف المادية من أجور ووسائل عمل وتكييف أماكن العمل وفق متطلبات واحتياجات مهنيي الصحة ودعمهم ومنحهم الظروف المعنوية الملائمة من خلال استشارتهم ومشاركتهم في اتخاذ القرارات في ظل المعلومات الصحيحة والكافية من شأنه ان يعطي صورة حسنة عن البيئة الداخلية للمؤسسة وهذه المؤشرات تعبر بوجه عام عن الجودة بالنسبة للمدخلات والبيئة التنظيمية وفي نفس الوقت هي بالضرورة ستظهر في المخرجات والتسويق الخارجي للخدمات الصحية ومكانة المؤسسة الصحية ككل وهذه المخرجات في الأصل ماهي إلا استجابة لما يطلبه ويتوقعه مختلف الزبائن المتعاملين والمهتمين بالمؤسسات الصحية على غرار الموظفين والمرضى والمجتمع والبيئة الخارجية ككل، وهذه المظاهر والمؤشرات المعبرة عن استراتيجية وخطط المؤسسة لتحقيق أهدافها انما هي ترجمة فعلية لدور الاجتماعي الذي يتوجب على المؤسسات الاستشفائية القيام به خاصة وانها المسؤول المباشر عن التنمية الصحية ولا وجود لتنمية فعالة ومستدامة إلا في ظل الجمع بين التنمية الاقتصادية والاجتماعية والصحية.

وبناء على هذه المعطيات، فإن كل من مدخل التحليل البنائي الوظيفي ممثل في نظرية بارسونز وسيلزنيك، إلى جانب مدخل النسق المفتوح، ومدخل النظم، وإدارة الجودة الشاملة والإدارة بالأهداف كلها تفسر العلاقة بين الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية في ظل نتائج الدراسة، خاصة إذا علمنا ان النسق المفتوح يقصد به تأثر العمليات التنظيمية والتشغيلية والإدارية بالبيئة الداخلية والخارجية، فهناك مدخلات تشكل مخرجات و ينقسمان لفئتين منهم أصحاب المصالح الداخليين وأصحاب المصالح الخارجيين، وأصحاب المصالح الداخليين هو الموظفين على اختلاف اسلاكهم والمرضى والممولين والمؤسسات

الصيدلانية ومؤسسات بيع وصنع العتاد الطبي...فيما يتمثل أصحاب المصلحة الخارجيين في المرضى والمجتمع والحكومة.

إن تفسير هذه النتائج في ظل نظرية الأرباح للمسؤولية الاجتماعية يمكن أن يتوافق، لو أننا تطرقنا للمؤسسات الصحية الخاصة التي تعمل في إطار تحسين الخدمات الصحية لزيادة الأرباح للقطاع الخاص، أما في القطاع العمومي، فرغم الطابع الاجتماعي للدولة فلا ينبغي أن تؤدي مجانية الخدمات الصحية لتكليف الدولة بمبالغ مالية تفوق ما هو محدد ضمن الاعتمادات السنوية المخصصة لقطاع الصحة، ولا أن تجعل من التكلفة المالية أضعاف...الأمر الذي يجعل قطاع الصحة مثلاً عاجزاً ومفلساً أحياناً، أو له ديون مالية من شأنها التأثير مستقبلاً على ديمومة وسيرورة العمل الصحي، في إطار التنمية الاقتصادية والاجتماعية والصحية المستديمة وبالتالي فربحية القطاع الصحي العمومي معنوية أكثر مما هي مادية فكلما تمكنت من تحقيق الرضا بالنسبة للمجتمع الذي تتواجد فيه، كلما دل ذلك على فعالية التزامها بدورها الاجتماعي، ومراعاتها لمؤشرات المسؤولية الاجتماعية، والأخلاقية والاقتصادية، والقانونية، والبيئية، وبالتالي فسمعتها الاجتماعية هي رأس مالها الحقيقي، وكلما تمكنت من الاستجابة لتطلعات المواطنين من حيث ترقية نوعية الخدمات الصحية وتحسينها، وتوفير التغطية الصحية الشاملة لكل المواطنين سواء في المدن الكبرى أو المناطق النائية، كلما عبر ذلك على قدرتها على التكيف والاستمرار، وفي نفس الوقت فإن تدعيم الدور الاجتماعي للمؤسسات الصحية العمومية يقتضي من الإدارة المركزية أن تعمل على توكيل تسيير المؤسسات لمن هم أكفاً وأجدر في سياق نظرية التعاقد والوكالة باعتبارهم يمثلون الوزارة الوصية ويعملون على متابعة تنفيذ استراتيجيتها في مجال تطوير العمل الصحي وتنظيمه وعصرنته وجودته، بما يعزز إطار تفويض السلطة في نطاق اللامركزية والاستقلالية في التسيير، وهو الأمر الذي يمنح مرونة أكبر للهيكل الإداري باتخاذ القرارات المناسبة لمواجهة المخاطر والتهديدات، وتحسين ظروف وبيئة العمل، ونوعية الخدمات والافصاح بشفافية عن المعلومات الإدارية، والبيانات المالية الخاصة بالمؤسسات الصحية التي يتولون تسييرها، وهو الأمر الذي من شأنه رفع معدلات الثقة بين المؤسسة والمرضى والمواطنين والمجتمع ككل.

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

كما أن تعزيز المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية يقتضي الاستجابة لمطالب أصحاب المصالح ومراعاة مصالحهم بما فهم أصحاب المصالح الداخليين والخارجيين، حيث يتمثل أصحاب المصالح ضمن المؤسسات الصحية فحيث تعمل الدولة والحكومة باعتبارها تنظيم رسمي يتولى صياغة البرامج وتحديد أولويات القطاع الصحي والاستجابة لمطالب مهنيي القطاع الصحي من حيث توفير مستلزمات ووسائل العمل وجودة الظروف الوظيفية، للعمال بما فهم السلك المهني والإداري والطبي وشبه الطبي، وتحسين نوعية وظروف التكفل بالمرضى ونوعية الخدمات المقدمة له في المؤسسات العمومية الصحية، وتلبية احتياجات المجتمع من حيث زيادة الطاقة الاستيعابية للمرافق الصحية وتطويرها ووصولها للمناطق النائية والمعزولة بما يضمن المساواة والعدالة في تلقي الخدمات الصحية لجميع المواطنين، مع مراعاة حقوق البيئة من حيث تسيير وإدارة النفايات الطبية، والتحاور مع جماعات الضغط من أمثال النقابات الصحية والمجتمع المدني في سياق تعزيز المؤسسات لدورها وأدائها الاجتماعي.

5-النتائج العامة للدراسة:

بعد القيام بالقراءة الكمية والكيفية، والاستنباطية والاستدلالية للمعطيات المتحصل عليها من خلال أداتي من الاستبيان والمقابلة، وما توصلت له الدراسة من نتائج بخصوص فرضيات الدراسة، ومناقشة هذه النتائج في ضوء اهداف الدراسة، والدراسات السابقة والمداخل النظرية، توصلنا لجملة من النتائج الخاصة بتساؤلات وفرضيات الدراسة، حيث افترضنا في الأساس وجود علاقة بين تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية، ولكن قبلها بحثنا في مستوى الحوكمة الصحية على مستوى المؤسسة محل الدراسة الميدانية، من خلال أبعاد الإفصاح والشفافية، وإدارة المخاطر الصحية، وجودة الخدمات الصحية، وجودة الحياة الوظيفية فتوصلنا إلى أن مستواها متوسط على العموم، في الوقت الذي كان فيه مستوى بعد الإفصاح والشفافية وإدارة المخاطر الصحية وجودة الخدمات الصحية متوسطا كذلك، في حين اعتبر بعد جودة الحياة الوظيفية منخفضا، وفقا لإجابات المبحوثين والنتائج المتحصل عليها عبر برنامج الحزم الإحصائية الاجتماعية SPSS، وبالنسبة لمتغير المسؤولية الاجتماعية فقد تم قياسه من خلال أبعاد المسؤولية الاجتماعية والأخلاقية، والمسؤولية القانونية

الفصل السابع: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

والمسؤولية البيئية، والمسؤولية الاقتصادية، فكانت النتائج تعبر عن ان المستوى العام لهذا المتغير متوسطة أيضا، في الوقت الذي كانت فيه نتائج بعد المسؤولية الأخلاقية مرتفعة لكن بعد المسؤولية الاقتصادية كان ضعيفا في حين جاء كل من بعد المسؤولية القانونية و المسؤولية البيئية متوسطا استنادا لنتائج الدراسة الميدانية.

وبعد التوصل لهذه القياسات بخصوص مستوى تطبيق الحوكمة الصحية ومستوى الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية، تم البحث عن العلاقات الارتباطية الموجودة بين أبعاد الحوكمة الصحية المتبناة في هذه الدراسة وعلاقتها بالمتغير التابع وهو المسؤولية الاجتماعية حيث توصلت النتائج النهائية للدراسة إلى تأكيد وجود علاقة بين الأبعاد الأربعة للحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية غير أن طبيعة هذه العلاقة لم تكن ثابتة، وتغيرت بتغير البعد المدروس حيث نجد كشفت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة موجبة طردية ضعيفة ذات دلالة بين (الإفصاح والشفافية) والمسؤولية الاجتماعية وهو ما يؤكد تحقق الفرضية الفرعية الأولى، كما توجد علاقة موجبة طردية متوسطة ذات دلالة بين إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية الامر الذي يشير لتحقيق وهو ما يعني تحقق الفرضية الفرعية الثانية أيضا، وبخصوص الفرضية الفرعية الثالثة فقط كانت العلاقة طردية موجبة قوية، في حين كانت الفرضية الفرعية الرابعة والأخيرة علاقة طردية متوسطة تميل للضعف جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية.

وبناء على نتائج هذه الفرضيات الفرعية، تأكد لنا صحة الفرضية الرئيسية للبحث من حيث وجود علاقة ارتباطية، وكانت طبيعة هذه العلاقة طردية موجبة قوية بين تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

خلاصة الفصل

بعد قيامنا بمناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات توصلنا لتحقيق الفرضيات الفرعية الأربعة المنبثقة عن الفرضية الرئيسية المتضمنة لوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية وقد كانت علاقة طردية قوية، فيما حققت الدراسة أيضا الأهداف التي كانت مسطرة من خلال السعي لكشف واقع تطبيق الحوكمة الصحية ضمن المؤسسة المعنية بالدراسة حيث كان متوسطا فيما كان التزامها بالمسؤولية الاجتماعية متوسطا أيضا، وهي النتائج التي توافقت مع العديد من نتائج الدراسات السابقة واختلف مع البعض منها سواء بالنسبة للمتغيرات الكلية او الأبعاد وحتى بعض المؤشرات.

وفي الوقت نفسه توصلت الدراسة بناء على نتائجها إلى تأكيد العلاقة بين متغيري الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية باعتبارهما ثنائيا متكاملًا يتأثر كل منهما بمستوى الآخر ومدى وجوده وهي العلاقة التي سبق وأكدتها أيضا كل المداخل البنائية الوظيفية المعدلة لدى بارسونز وسيلزنيك ونظرية اتخاذ القرار مدخل الجودة والإدارة بالأهداف ومدخل النظم والنسق المفتوح.

الخاتمة:

لقد سعينا من خلال هذه الدراسة إلى تقديم بحث معمق ودقيق حول آليات الحوكمة الصحية ودورها في تعزيز الدور والأداء الاجتماعي للمؤسسات الاستشفائية العمومية وتحسين الخدمات الصحية وتحسين ظروف الحياة الوظيفية في ظل إجراءات الإفصاح والشفافية المتبعة من قبل الهيئات الإدارية المسيرة للمؤسسات الاستشفائية والشروط الكفيلة بدعم إدارة المخاطر الصحية وضمان إمدادها بمختلف الوسائل والمستلزمات الطبية التي تضمن استمرارية العمل الصحي في الطوارئ وتحت التهديدات المفاجئة للأمن الصحي.

وقد اكتشفنا من خلال الإطار النظري لمتغيري الدراسة وجود علاقة ارتباط قوي بين آليات الحوكمة ومستوى الإلتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات على اختلاف صيغتها وطبيعتها، خاصة وان جل الأدبيات النظرية حول الموضوع أكدت على العلاقة التفاعلية والتداخل بينهما حيث كلما زاد مستوى التطبيق الفعلي للحوكمة كلما زادت معه مظاهر الإلتزام بالدور والأداء الاجتماعي للمؤسسات، وهي نفس العلاقة التي نجدها بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية ضمن المؤسسات الاستشفائية العمومية، وفي نفس الوقت قد تم تأكيد هذه الرؤية ميدانيا من خلال النتيجة التي توصلت إليها الدراسة حيث تأكد لنا وفقا للمعطيات الميدانية وجود علاقة ارتباطية قوية بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

وبالإضافة لما سبق فإن التحليل البنائي الوظيفي واعتبار المؤسسات الصحية والاستشفائية كنسق إجتماعي مفتوح في ظل مدخل النظم يعد هو المقاربة الأنسب لتفسير العلاقة القائمة بين الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية في ظل العلاقة القائمة بين مختلف الأطراف الفاعلة ضمن البيئة التنظيمية الصحية، فالحوكمة الفعالة تقوم على تدعيم آليات ومظاهر وفاء المؤسسات بمسؤولياتها اتجاه مختلف أطراف البيئة الداخلية والخارجية بمعنى توفير أحسن الدخلات للحصول على أفضل المخرجات، وهو الأمر الذي يمنحها سمعة جيدة ومزايا تنافسية مع نظيراتها من المؤسسات التي تمارس نفس النشاط وتقدم نفس الخدمات.

أولاً: صعوبات البحث:

ويمكن لنا الإشارة هنا إلى بعض الصعوبات التي رافقت اجراء هذا البحث من حيث:

-تزامن اجراء الدراسة الميدانية مع تفشي جائحة وباء كورونا، وهو ما صعب من الدراسة الميدانية خاصة أن المستشفى محل الدراسة قد تلقى العديد من الإصابات سواء بالنسبة للمواطنين او حتى أفراد الطاقم الطبي خاصة خلال الموجة الرابعة من الوباء، وهو الأمر الذي جعلنا نتوقف عن مباشرة الدراسة الميدانية خلال شهري جويلية وأوت 2021

-قلة الاحصائيات والمعطيات المتحصل عليها من قبل مصالح المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة رغم الوعود التي تلقينا في المقابلة الاستطلاعية.

-ضعف التواصل الالكتروني وانعدامه حيث قمنا بالتواصل مع وزارة الصحة عبر الايميل والموقع الرسمي لكن دون أي رد من طرفهم، وهو مؤشر على عدم فعالية الاتصال والرقمنة، كما تم التواصل أيضا مع صفحة المؤسسة الاستشفائية العمومية بالميلية على موقع التواصل الاجتماعي فيسبوك دون رد او تجاوب مع انشغالنا العلمي.

-اعتراض العديد من الموظفين الإداريين وعمال السلك الطبي وشبه الطبي عن الإجابة على تساؤلاتنا بحجة ضيق الوقت وانشغالهم.

ثانياً: التوصيات والاقتراحات المستخلصة من الدراسة الميدانية:

بعد الاطلاع النظري على مختلف المعطيات والنظريات المتعلقة بالحوكمة والمسؤولية الاجتماعية عموماً، وفي المؤسسات الصحية على وجه الخصوص، وبالاستناد لنتائج الدراسة الراهنة التي كشفت لنا عن المستوى المتوسط لأبعاد الحوكمة الصحية متمثلة في بعد الإفصاح والشفافية، بعد إدارة المخاطر الصحية، بعد جودة الخدمات الصحية، في حين كان تقدير بعد جودة الحياة الوظيفية ضعيفاً إلى جانب توصل الدراسة أيضاً إلى اعتبار مستوى المسؤولية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية متوسطاً أيضاً من خلال أبعاد المسؤولية الأخلاقية والقانونية والبيئية، فيما كان بعد المسؤولية الاقتصادية ضعيفاً. فإن هذه الدراسة في ظل النتائج سابقة الذكر، تتيح لنا تقديم جملة من التوصيات والاقتراحات من أجل تحسين ورفع مستوى الحوكمة الصحية وكذا المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية العمومية بشكل خاص من خلال العمل على اتخاذ الإجراءات التالية:

- ضرورة عقد اتفاقيات مواءمة المستشفيات العمومية الجزائرية والمستشفيات الغربية المتطورة وارسال واستدعاء الأطباء من أجل التدريب والتكوين في مجال التشخيص والعلاج الحديث
- تحسين ظروف العمل لمهنيي الصحة وخاصة الأطباء منهم ورفع أجورهم بما يتلاءم والسنوات الطويلة لدراسهم والخدمات الجليلة التي يقدمونها لضمان بقائهم وعدم استنزاف الأدمغة نحو الدول الأوروبية
- تعزيز إدارة المخاطر عبر المستشفيات العمومية ومدّها بالإمكانيات اللازمة وتوفير مخزون كاف من المستلزمات الطبية لمواجهة الطوارئ الصحية والكوارث الطبيعية.
- إعادة النظر في الطاقة الاستيعابية للمستشفيات على مستوى المدن الكبيرة وضرورة تناسبها مع الكثافة السكانية
- اعتماد آليات فعلية من أجل التقييم الدوري لرضى الموظفين عن ظروف العمل ورضى المرضى عن الخدمات الصحية قصد تحسينها ومعرفة مدى نجاح المؤسسة في تحقيق أهدافها وتطبيق الحوكمة.

- تسريع وتيرة الرقمنة الصحية وتوفير شبكات اتصال مفتوح بين المجتمع والمؤسسات الصحية عبر الاستعلام عن بعد والتجاوب مع مختلف التساؤلات والانشغالات التي تصل المؤسسات الاستشفائية عبر الهاتف أو بريدها الإلكتروني أو على مواقع التواصل الاجتماعي.

- عقد جلسات استشارية دورية مع كل الموظفين في المؤسسة الصحية لمعرفة انشغالاتهم واقتراحاتهم بخصوص حل المشاكل والمشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالمؤسسة وليس ممثلهم فقط لأن الفكر الإبداعي والاقتراحات العملية قد يتوفر لدى من لا يملك أي منصب قيادي أو قيادة أو مسؤولية.

وتجدر بنا الإشارة هنا، إلى أنه وبعد اطلاقنا على نتائج الجلسات التشاورية التي تبنتها وزارة الصحة خلال الملتقى الوطني حول تجديد المنظومة الصحية المنعقد في 8 و9 جانفي 2022، وهي التوصيات التي نتجت عن الورشات الاستشارية الثمانية الخاصة بالاستشارة والنقاش التشاركي بين مختلف الفاعلين لاقتراح وتحديد مختلف الآليات والميكانيزمات العملية لتحسين الخدمات الصحية، وعصرنة القطاع الصحي، وضمان جودة ظروف ووسائل العمل الصحي، تعكس في الواقع رؤية شاملة من قبل مختلف الفاعلين الاجتماعيين والشركاء الصحيين، وينبغي فقط العمل على التجسيد الفعلي لهذه المقترحات والتوصيات على أرض الواقع، للارتقاء بمستوى المنظومة الصحية الجزائرية لمصاف الجودة وتحقيق الاستقلالية والسيادة الصحية.

ثالثاً: قضايا وتساؤلات تثيرها الدراسة الراهنة:

1- إجراء دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة من حيث جودة الخدمات الصحية ومستوى تطبيق الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية.

2- مقارنة بين الخدمات الصحية في الجزائر والخارج.

3- ما السبب الذي يجعل النساء الحوامل يفضلن المستشفيات الخاصة على المستشفيات العمومية؟

4- ما واقع الحوكمة الرقمية للقطاع الصحي، وما هي النقائص المسجلة؟

5- ما هو دور إدارة المخاطر الصحية في مكافحة الأوبئة والأمراض المعدية؟

6- رغم الميزانية الضخمة لقطاع الصحة لماذا نتائج البحث والتطوير أقل من المستوى؟

7- لماذا يهاجر الأطباء الجزائريين؟

1- قائمة المراجع المعتمدة باللغة العربية:

أ. الكتب:

1. ابراهيم بن علي الخليف. (بلا تاريخ). المواصفات والمسؤولية الاجتماعية. الهيئة العربية السعودية للمواصفات والتقييس.
2. ابراهيم توهامي ، ناجي لتييم ، هشام بوبكر، و رضوان بواب. (2013). *قضايا سوسيوتنظيمية* (الإصدار 1). سطيف، الجزائر: البدر الساطع للطباعة والنشر.
3. ابراهيم لطفي طلعت. (1993). *علم اجتماع التنظيم*. القاهرة: دار غريب.
4. الإدارة الصحية. (2007). تأليف منظمة الصحة العالمية (المحرر)، *الكتاب الطبي الجامعي*. أكاديميا انترناشيونال
5. إسماعيل قيرة ، و بلقاسم سلاطنية. (2008). *التنظيم الحديث للمؤسسة، التصور والمفهوم*. القاهرة، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.
6. أيمن عبد الرحيم). مارس 2018. *(التدقيق الداخلي الاخضر*. مجلة المدقق الداخلي للشرق الاوسط.
7. بسام، بن عبد الله. البسام. (2016). *حوكمة القطاع العام*. الرياض، المملكة العربية السعودية: معهد الادارة العامة، مركز البحوث.
8. بيتر ابغين. (2005). *شبكة الفساد والإفساد العالمية*. (محمد جديد، المترجمون) سوريا: قدمس للنشر والتوزيع.
9. بيتر دراكر. (2004). *فن الادارة* (الإصدار الأول). (عبد الهادي الميداني ، المترجمون) الرياض، المملكة العربية السعودية: مكتبة العبيكان.
10. بيتر دراكر. (2013). *ممارسة الإدارة*. (الطبعة الأولى). مكتبة جرير.
11. ثامر ياسر البكري. (2001). *التسويق والمسؤولية الاجتماعية*. عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
12. ثامر ياسر البكري. (2005). *إدارة المستشفيات*. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
13. جي روشيه. (1981). *علم الاجتماع الأمريكي: دراسة لأعمال تالكوت بارسونز*. (محمد الجوهري، و أحمد زايد، المترجمون) القاهرة، مصر: دار المعارف.
14. جيل، أ. (s.d.). *حوكمة الشركات وحتمية التطبيق التدريجي*. وثائق مركز المشروعات الدولية.
15. حسين الأسرج. (فيفري، 2010). *المسؤولية الاجتماعية للشركات*. سلسلة *جسر التنمية* (العدد 90).
16. حسين سعدي. (2006). *أثر حوكمة الشركات في التدقيق الداخلي*. المعهد العربي للمحاسبين القانونيين
17. حماد، طارق. عبد العال. (2007) *حوكمة الشركات* (الطبعة الثالثة). مصر: الدار الجامعية.
18. حماد، طارق. عبد العال. (2005). *حوكمة الشركات: المفاهيم، المبادئ، التجارب، تطبيقات حكومية في المصارف*. الاسكندرية مصر: الدار الجامعية.

19. خالد جاسم بومطيع. (2008). المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات.
20. الدليل الاسترشادي لإدارة المخاطر. (بلا تاريخ). المبادئ الأساسية والممارسات الوجيهة. الرياض : وزارة المالية السعودية.
21. زايد أحمد. (2006). علم الاجتماع، النظريات الكلاسيكية والنقدية. القاهرة، مصر: نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع.
22. سعيد سبعون، و حفصة جرادي. (2012). الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع. الجزائر: دار القصبة للنشر
23. سعيد مرسي بدر. (2008). الايديولوجيا ونظرية التنظيم، مدخل نقدي. الاسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع
24. سوليفان، ج، روجرز، ج، هلبينج، ك & ،شكولينكوف، أ. (2003). حوكمة الشركات في القرن الحادي والعشرين). س. كريم (Trad.)، واشنطن: مركز المشروعات الدولية الخاصة Récupéré sur www.cipe.org/topics/governance
25. سيد محمد جاد الرب. (2008). جودة الحياة الوظيفية في منظمات الاعمال العصرية. مصر: دار الفكر العربي.
26. سيد محمد جاد الرب. (1995). إدارة منظمة الاعمال، منهج متكامل في إطار مدخل النظم،. مصر: دار النهضة العربية.
27. سيد محمد جاد الرب. (2008). مئة سؤال وجواب في القيادة الادارية. مصر: مطبعة العشري .
28. سيد محمد جاد الرب. (2009). استراتيجيات تطوير وتحسين الأداء: الأطر المنهجية والتطبيقات العملية. مصر.
29. صالح مهدي العامري، و طاهر محسن الغالي. (2008). الادارة والاعمال. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع
30. صلاح، الغزالي. (2015). الحوكمة والمساءلة في المؤسسات الاجتماعية ضرورة حتمية. الكويت.
31. طاهر محسن الغالي، و صالح مهدي العامري. (2010). المسؤولية الاجتماعية واخلاقيات الاعمال. عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
32. طلال بن عايد الأحمدى. (2011). التنظيم في المنظمات الصحية. المملكة العربية السعودية: معهد الادارة العامة.
33. عادل محمد زايد. (2003). إدارة الموارد البشرية-رؤية استراتيجية. تم الاسترداد من www.kotobarabia.com
34. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي. (2007). الإتجاهات الحديثة في دراسات وممارسات إدارة الموارد البشرية. المكتبة العصرية المنصورة.
35. عبد المعطي عبد الباسط. (1981). اتجاهات نظرية في علم الاجتماع. (المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، المحرر) الكويت: عالم المعرفة.
36. عبد الوهاب سويسي. (2009). نظرية المنظمة. دار النجاح للكتاب.

37. عبود نجم نجم. (2006). *اخلاقيات الإدارة ومسؤولية الأعمال في شركات الأعمال*. عمان، الأردن: دار الوراق للنشر والتوزيع.
38. عبود نجم نجم. (2008). *البعد الأخضر للأعمال "المسؤولية البيئية لشركات الأعمال"*. الأردن: الوراق للنشر والتوزيع.
39. عديلة العلواني. (2014). *أسس اقتصاد الصحة*. الجزائر، الجزء الأول: دار هومة للنشر والتوزيع.
40. عز الدين سليمان، خالد بوشارب بولدواني، ناجي ليطيم، مهدي ساطوح، و عبد الوهاب رماش. (2011). *المتغيرات التنظيمية: دراسات في علم اجتماع التنظيم* (الطبعة الأولى). قسنطينة: دار مداد يونيفارسي تي براس.
41. علاء فرحان، طالب. إيمان شيحان، المشهداني. (2011). *الحوكمة المؤسسية والاداء المالي الاستراتيجي للمصارف* (éd. 01). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
42. علي السلمي. (1982). *تطور الفكر التنظيمي* (الطبعة الثانية). الكويت: وكالة المطبوعات.
43. عمار بوحوش. (2006). *نظريات الادارة الحديثة في القرن الواحد والعشرين*. بيروت، لبنان: دار الغرب الاسلامي.
44. عوض سالم الحربي. (21 مارس، 2010). *المسؤولية المجتمعية في ظل iso26000* تاريخ الاسترداد 24 جانفي، 2021، من https://www.aleqt.com/2010/03/21/article_366761.html
45. فريد توفيق نصيرات . (2008). *إدارة المستشفيات* (الطبعة الأولى). اثناء للنشر والتوزيع.
46. فريد توفيق نصيرات. (2014). *إدارة المستشفيات* (الطبعة الأولى). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
47. فريد فهمي زيارة. (2009). *وظائف منظمات الأعمال: مدخل معاصر*. عمان، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
48. كارم فاروق، الشويخ. (2017). *المبادئ العالمية للحوكمة والجودة: مدخل لايزو جديد للحوكمة*. (المسؤولية) العدد 16، Consulté le 04 ماي 2019، sur www.eos.org
49. كلود فولسين، وبيتر جيمس. (2001). *الإدارة البيئية من أجل جودة الحياة*. (ترجمة علا أحمد صلاح)، مصر: مركز الخبرات الفنية للإدارة.
50. لاركر، د &، تيان، ب. (2017). *مسائل حوكمة الشركات: نظرة فاحصة على الخيارات التنظيمية وتبعاتها*. ع. ا. الكلابي (Trad.)، المملكة العربية السعودية: مركز البحوث والدراسات.
51. محسن حاكم الربيعي،، وحمد عبد الحسين راضي. (2018). *حوكمة البنوك وأثرها في الاداء والمخاطرة*. عمان، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
52. محمد الصيرفي. (2007). *المسؤولية الاجتماعية للإدارة* (الطبعة الأولى). الاسكندرية، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
53. محمد الصيرفي. (2008). *المسؤولية الاجتماعية للإدارة*.

54. محمد عبد المجيد حميدة . (بلا تاريخ). نموذج مقترح لقياس العلاقة بين المسؤولية الاجتماعية للشركات وإدارة الأرباح.
55. محمد عبد المنعم شعيب. (2013). إدارة المستشفيات منظور تطبيقي، الادارة المعاصرة، اللوجستيات الصحية ، حل المشكلات (الإصدار الجزء العاشر). القاهرة، مصر: دار النشر للجامعات.
56. محمد مصطفى سليمان. (2006). حوكمة الشركات ومعالجة الفساد المالي والاداري (الطبعة الاولى). مصر: الدار الجامعية للنشر.
57. مركز البحوث والدراسات. (2015). ضعف حوكمة الشركات وأثره في الازمة المالية الراهنة. الرياض، السعودية: الغرفة التجارية الصناعية بالرياض الادارة العامة للبحوث والدراسات.
58. مركز مراس للاستشارات الادارية. (2010). تحرر مفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات. سلسلة تطور المسؤولية الاجتماعية للشركات.
59. مصطفى حنتر واخرون. (2014). مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات. مصر: جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة.
60. نصر الدين سعيدوني. (1985). النظام المالي في أواخر العهد العثماني (الطبعة 2). الجزائر: المؤسسة الجزائرية للكتاب.
61. نعمة عباس الخفاجي، و طاهر محسن الغالبي. (2008). قراءات في الفكر الاداري المعاصر. عمان، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
62. نور الدين تاويريت. (2009). الفعالية التنظيمية بين النظرية والتطبيق: فهم المبادئ، حل المشكلات التنظيمية. الأردن: عالم الكتاب الحديث.
63. نور الدين حاروش. (2008). إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية (الطبعة الأولى). الجزائر: داركتامة للكتاب.
64. نور الدين حاروش. (2012). الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة. عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع
65. وزارة الصحة السعودية. (2020). الدليل التعريفي ببرنامج التحول الوطني في القطاع الصحي رؤية 2030 بالمملكة العربية السعودية، وزارة الصحة السعودية.

ب- الرسائل والاطروحات العلمية:

1. ابراهيم عثمان قدري. (2015). أثر المسؤولية الاجتماعية في الاداء-دراسة تطبيقية على الشركات المساهمة السورية. (أطروحة دكتوراه)، كلية الاقتصاد، جامعة دمشق سوريا، تخصص إدارة الاعمال.
2. ابراهيم علي عبيد الخالدي. (2015). أثر إلتزام المستشفيات بالمسؤولية الاجتماعية في جودة الخدمات الصحية المدركة-دراسة تطبيقية على عينة من المرضى في المستشفيات الخاصة بمدينة عمان الاردن. عمان، تخصص التسويق : جامعة الزرقاء.

3. رشيد سعيدان. (2017). واقع المسؤولية الاجتماعية للمستشفيات-دراسة تطبيقية لعينة من مستشفيات الجنوب الغربي ولاية بشار(أطروحة دكتوراه). تلمسان، قسم علوم التسيير: جامعة أبي بكر بلقايد.
4. سلطان بن مشعل المطيري. (2018). المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية وعلاقتها بجودة الخدمات الطبية-دراسة ميدانية(رسالة ماجستير). الرياض، قسم علم الاجتماع تخصص التأهيل والرعاية الاجتماعية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
5. سليمان بن عبد الله الزامل. (2015). مستوى الإفصاح عن عناصر المسؤولية الاجتماعية للشركات المساهمة المساهمة السعودية-دراسة تحليلية-(رسالة ماجستير). السعودية، قسم المحاسبة: جامعة أم القرى.
6. سهام شعبان. (2021). آليات حوكمة قطاع الصحة في الجزائر ودورها في تحسين الخدمة الصحية-دراسة ميدانية-(أطروحة دكتوراه). قسم علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات: جامعة أمحمد بوقرة بومرداس.
7. سهام شيخاوي . (2015-2016). إشكالية الحوكمة والقيم التنظيمية في الجامعة-دراسة حالة عينة من الجامعات الجزائرية-(أطروحة دكتوراه). بومرداس، قسم علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات، جامعة بومرداس: جامعة أمحمد بوقرة.
8. سويبي، دلال. (2012). نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية-دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة. كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير. ورقلة: جامعة قاصدي مرباح.
9. صبيحي حبيب خالد. (2011). مدى إدراك المصارف لاهمية المحاسبة والإفصاح عن المسؤولية الاجتماعية-دراسة تطبيقية على المصارف التجارية الفلسطينية(رسالة ماجستير). غزة، كلية التجارة، فلسطين: الجامعة الإسلامية.
10. عبد الإله خلاصي. (2020). العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر-دراسة تحليلية قياسية للفترة(1990-2018)(أطروحة دكتوراه). كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، تلمسان: جامعة أبي بكر بلقايد.
11. عبد الرزاق بركات. (بلا تاريخ). دراسة مدى تأثير ممارسات المسؤولية الاجتماعية في الالتزام التنظيمي للعاملين في مؤسسة بركات العائلية. الجامعة السورية الافتراضية.
12. عتيق، عائشة. (2012). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية-دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة. كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، رسالة ماجستير: جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان.
13. عمر خروبي بزاوة . (2011). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999-2009)-دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف(رسالة ماجستير). قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية: جامعة الجزائر.
14. فاطمة الزهراء براحيل. (2009). البعد الانساني للعلاقات الاجتماعية في مستشفى ابن سينا(رسالة دكتوراه غير منشورة). عنابة، قسم علم الاجتماع، الجزائر: جامعة باجي مختار.

15. لويزة مصباح. (2018). الأنتليجانسيا والتغير الاجتماعي في الجزائر (أطروحة دكتوراه). كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع، الجزائر: جامعة قسنطينة-2.
16. ماهر محمد نمر الدويري. (2015). أثر ابعاد المواصفة الدولية الأيزو 26000 للمسؤولية المجتمعية في تحقيق الميزة التنافسية في المستشفى التخصصي عمان، الأردن. كلية الأعمال، قسم إدارة الأعمال.
17. محمد العابد . (2016-2017). معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية -دراسة ميدانية مقارنة لمجموعة من المؤسسات الصحية العمومية (أطروحة دكتوراه). المديرية، قسم علوم التسيير تخصص الاقتصاد التطبيقي في الأعمال والمالية: جامعة يحيى فارس.
18. محمد علي دحمان. (2016). تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر (أطروحة دكتوراه غير منشورة). تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية، الجزائر: جامعة أبو بكر بلقايد.
19. محمد نعمان خليل الجزار. (2019). إدارة وتقييم المخاطر في مستشفى الشهيد محمد يوسف النجار وفق أولويات إطار سنداي الدولي من وجهة نظر لجنة الطوارئ المركزية (رسالة ماجستير). غزة، فلسطين: الجامعة الاسلامية بغزة.
20. نسيمة غلاي. (2015). الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية للشركات-دراسة حالة بعض مؤسسات تلمسان- (أطروحة دكتوراه غير منشورة). كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الجزائر: جامعة أبي بكر بلقايد ، تلمسان.
21. نهاد عبد الرحمان الشنطي. (2016). واقع جودة الحياة الوظيفية في المؤسسات الحكومية وعلاقته بأخلاقيات الاعمال. جامعة الاقصى، غزة، فلسطين .
22. هاجر قريشي. (2017-2018). جودة الحياة الوظيفية ودورها في تحسين جودة الخدمة العمومية- دراسة حالة الادارات المحلية لولاية قسنطينة (أطروحة دكتوراه ل.م.د). قسنطينة 2، قسم علوم التسيير: جامعة عبد الحميد مهري.
23. ولد محمد نسيمة. (2017). آليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني (مذكرة التخرج). الجزائر: المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة
24. وهيبة مقدم. (2014). تقييم مدة استجابة منظمات الأعمال في الجزائر للمسؤولية الاجتماعية-دراسة تطبيقية على عينة من مؤسسات الغرب الجزائري (أطروحة دكتوراه). كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة وهران.

ج-المجلات والدوريات:

1. أحلام خان, ووسيلة جغبلو, (2020). جوان. (جودة الحياة الوظيفية كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية- دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة بسكرة. مجلة أبحاث اقتصادية وادارية , المجلد 14) العدد 01.

2. أحمد درويش . (2009). نحو مزيد من الشفافية والنزاهة في القطاع الخاص. مصر، مجلة التنفيذي: مركز المديرين المصري.
3. أساسيات الحوكمة، مصطلحات ومفاهيم (s.d). مركز أبوظبي للحوكمة: سلسلة النشرات التثقيفية.
4. إسلام الرئيس. (مارس 2018). الحوكمة المؤسسية...دورة حياة الشركة. مجلة المدقق الداخلي للشرق المتوسط.
5. أسماء دريسي . (2015). تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة(2004-2013). المجلة الجزائرية للعوامة والسياسات الاقتصادية(العدد06).
6. أسيل هادي محمود. (2008). أسس الشفافية الادارية وعلاقتها بمكافحة الفساد الاداري-دراسة استطلاعية. مجلة الادارة والاقتصاد(العدد 71).
7. أشرف عفيفي. (2017). مواصفات دولية جديدة للتنمية المستدامة في مجالات الصحة والتعليم والحكم المحلي. المسؤولية(العدد16). تاريخ الاسترداد 04 ماي، 2019، من www.eos.org.eg
8. ايمان سعادة، و الخالدي رجا. (2019). واقع المسؤولية الاجتماعية للشركات الفلسطينية وسبل توجيهها نحو دعم التنمية الاجتماعية. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية(ماس).
9. باسم حوامدة ، و محمد جرادات . (2015). درجة تطبيق المساءلة الادارية في المدارس الحكومية في محافظة جرش. مجلة كلية التربية، الجزء 2(العدد58).
10. براهيم ثائر. (سبتمبر2019). المراجعة الداخلية والمراجعة الخارجية. مجلة التدقيق الداخلي، صفحة 16.
11. بن تريخ، بن تريخ، وعيسى معزوزي). جوان2018. (أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز- دراسة ميدانية. المجلد 02) العدد 01).
12. بنجامين ه دامازر. (فيفري-افريل، 2009). تطبيق الحوكمة بالمستشفيات الانجليزية. مجلة التنفيذي، مصر: مركز المديرين المصري. تم الاسترداد من www.eiod.org
13. بوزيد سايج. (2012). سبل تعزيز المساءلة والشفافية لمكافحة الفساد وتمكين الحكم الراشد في الدول العربية. مجلة الباحث(العدد10).
14. جلال شباث. (2011). البرامج المعاصرة لجودة حياة العمل في المؤسسات. ندوة لبرنامج العلوم الإدارية والاقتصادية. فلسطين: جامعة القدس المفتوحة.
15. جوناثان، فوكس. (2014). المساءلة الاجتماعية. ماذا تعني الأدلة بالفعل. البنك الدولي للانشاء والتعمير: سلسلة اوراق عمل الشراكة العالمية للمساءلة الاجتماعية www.theGPSAknowledge.org Récupéré sur
16. حمزة كواديك، حسين برقي، ويوسف بودلة. (2020). أثر تمكين العاملين في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسة العمومية الصحية لولاية المدية-دراسة تحليلية. مجلة المؤسسة، المجلد09 (العدد01).
17. حنتر، مصطفى، و آخرون. (2014). حوكمة قطاع الصحة حوكمة أفضل من أجل صحة أفضل: مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات. مصر: جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة.

18. خضرة صديقي. (8 اوت، 2019). المسؤولية الاجتماعية في ظل حوكمة الشركات. *دراسات اقتصادية*
19. خولة زياتي، إلهام بوغليطة ، وأميرة عبد الباقي. (ديسمبر 2020). *المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات كمدخل لأدارة المخاطر والالتزامات* (الإصدار 02، المجلد 06). ميله: المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف.
20. زينب قريوة. (ديسمبر، 2021). الحوكمة الإلكترونية وجودة الخدمات بمديرية الضمان الاجتماعي لولاية سكيكدة-دراسة ميدانية-. *مجلة أبحاث، المجلد 06 (العدد 02)*.
21. سليمان بوعمرليون. (سبتمبر 2017). دور المجتمع المدني في تحقيق الحوكمة الصحية للحد من الفساد. *مجلة العلوم الانسانية، جامعة محمد خيضر، بسكرة (العدد 48)*.
22. سليمة بلخيري، وليد بخوش، ووفاء قاسمي. (د.ت). المنظومة الصحية الجزائرية: واقع الصحة العمومية. *مجلة الحقوق والعلوم السياسية-العدد الاقتصادي، المجلد 36 (العدد 01)*.
23. سمير كيم، و هيبية كواشي. (جانفي 2021). دور منظمات المجتمع المدني في حوكمة السياسة الصحية في الجزائر. *المجلة الجزائرية للامن الانساني، المجلد 06 (العدد 01)*.
24. سهام شعبان ، و مجيد شعباني. (2020). بطاقة الاداء المتوازن الصحية كأهم اداة لتفعيل الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية-دراسة حالة. *مجلة دراسات وأبحاث، المجلد 12 (العدد 04)*.
25. سيدهم ذهبية . (جوان، 2017). المسألة الصحية في الجزائر-مقاربة نقدية سوسيوصحية. *مجلة العلوم الاجتماعية (العدد 24)*.
26. طاهر الغالي، و صالح العامري. (2002). المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الأعمال وشفافية المعلومات-دراسة تطبيقية لعينة من المصارف التجارية الأردنية. *مجلة العلوم الانسانية (العدد 13)*، صفحة الأردن.
27. الطاهر ميمون، و عبد القادر شارف . (مارس، 2018). أثر الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصحية في تحسين جودة الخدمة المقدمة-حالة مستشفيات ولاية اغواط. *مجلة اقتصاديات الاعمال والتجارة (العدد 05)*، الصفحات 33-51.
28. عامر الحسيني. (2011). *مجلة اقتصاديات الالكترونية (العدد 64)*. تاريخ الاسترداد 15 فيفري، 2019، من http://ahmedkordy.blogspot.com/2011/07/blog-post_159.html
29. عبد الاله خلاصي. (2017). إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين 2008 و 2017. *مجلة المشكاة في الاقتصاد التنمية والقانون، المجلد 01 (العدد 06)*.
30. عبلة بن عرامة، و عبد الحليم بليزاك. (2020). إستراتيجية تطبيق المسؤولية الاجتماعية اتجاه اصحاب المصالح في المستشفيات الجزائرية. (نموذج مقترح). *مجلة الدراسات التسويقية وإدارة الأعمال، المجلد 02 (العدد 02)*.
31. عديلة علواني. (2016). اهمية النمط التعاقد في تفعيل أنظمة التامين الصحي. *مجلة العلوم الانسانية (العدد 43)*.

32. عفاف بوراس. (جوان 2020). متطلبات حوكمة السياسات الصحية. *المجلة الجزائرية للعلوم السياسية والعلاقات الدولية* (العدد 14).
33. عمار حداد، شرف الدين زديرة، ومحمد الأمين عسول. (2020). تحليل علاقة جودة الحياة الوظيفية بمستوى تطبيق مشروع المؤسسة الصحية-حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية قايس ولاية خنشلة. *مجلة الاقتصاد الصناعي(خزارتك)، المجلد 10 (العدد 01)*.
34. فاطمة، قهيري، و محمد، كسنة، (سبتمبر 2018). دراسة وتحليل أبعاد جودة الحياة الوظيفية في المؤسسة الخدمية. *المجلد 10 (العدد 03)*.
35. فضيلة غرايبية. (2016). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر-تحديات وإنجازات-. *مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، المجلد 9 (العدد 01)*.
36. فوزية برسولي، و حسن بوزناق. (جوان 2019). دراسة العلاقة بين الحوكمة المؤسسية ومعايير التدقيق الداخلي في الشركات. (*مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية، المحرر (03)*).
37. كريمة براهي، ونصيرة قريشي. (2019). أثر رأس المال البشري على الأداء التنظيمي في المؤسسات الاستشفائية الخاصة-الشلف. *مجلة التنمية والاقتصاد التطبيقي، المجلد 03 (العدد 02)*.
38. كونستانتينوس تاكوس. (جوان، 2015). بناء الثقة في عصر التكنولوجيا. *مجلة المدقق الداخلي للشرق الاوسط: رؤى حول الحوكمة وإدارة المخاطر والرقابة الداخلية،* صفحة 13. تاريخ الاسترداد JANVIER, 2020، من WWW.INTERNALAUDITOR.ME
39. محمد الصغير قريشي. (2021). دور المسؤولية الاجتماعية في تحسين إدارة النفايات الطبية-دراسة حالة عينة من مؤسسات الصحة في الجزائر (المجلد 08). الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
40. محمد عبد المنعم بريدش. (جانفي، 2021). أثر الرقمنة على حوكمة المرفق الصحي الجزائري ودورها في مواجهة الازمات من المنظور القانوني(أزمة كوفيد19 أنموذجا). *تنمية الموارد البشرية، المجلد 12 (العدد 01)*.
41. مرتضى، اللويحي. وهبة، بن شلهوب. (2019). ثلاثية الحوكمة وإدارة المخاطر والالتزام في بيئة الاعمال: المنزاي والتحديات. *إضاءات في المراجعة الداخلية: منصة المراجعة الداخلية*.
42. مرقص، س (2019). جانفي 13. (الحوكمة الاكلينيكية..مفتاح نجاح إدارة المستشفيات). *الشروق نيوز*.
Consulté le 8 مارس 2019 sur www.shorouknews.com/columns/view.aspx?cdate=13012019&id=ef5f5ade-7b6f-4cc9-aace-ec0392daadc9
43. مصطفى حنتر. (2009). *نحو الوصول للتركيبية المثالية للمهارات داخل مجالس إدارة المؤسسات الصحية*. مصر، مجلة التنفيذ: مركز المدراء المصريين.
44. مليكة غواري. (2021). التدريب وتأثيره على جودة خدمات الرعاية الصحية-دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ديدوش مراد قسنطينة. *مجلة دراسات وأبحاث، المجلد 13 (العدد 01)*.

45. منال سخري. (2021). الحوكمة الصحية العالمية مابعد جائحة كورونا: قراءة في الواقع والتحديات. *المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسية، المجلد 58 (العدد 02)*.
46. موسى كاف، و مراد بلخيري. (2020). إدارة الجودة الشاملة نموذج حديث لتسيير المنظمات المعاصرة-مدخل نظري-. *مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، المجلد 10 (العدد 01)*.
47. ميسوم عبد الله الشملة، و سعى نذير الصراف. (2018). المسؤولية الاجتماعية مدخل لتحقيق التميز التنظيمي-دراسة استطلاعية لعينة من العاملين في مستشفى السلام. *مجلة تكريت للعلوم الادارية والاقتصادية، المجلد 01 (العدد 41)*.
48. ميلود تومي، و عديلة العلواني. (جوان، 2006). تأثير النفایات الطبية على تكاليف المؤسسات الصحية. *مجلة العلوم الانسانية (العدد 10)*.
49. نبيل، العوف، (يونيو 2016). *(إدارة المخاطر. مجلة التدقيق للشرق الاوسط*.
50. يونس علي حمادي، و خديجة جاسم حسن. (بلا تاريخ). علم الاجتماع الطبي في ميدان الصحة والمرض. *مجلة دراسات اجتماعية (العدد 44)*.

د. الملتقيات:

1. أحمد جميل، و محمد سفير، (6-7). *ماي 2012. (تجليات حوكمة الشركات في الارتقاء بمستوى الافصاح والشفافية. بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، الجزائر: الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كألية للحد من الفساد المالي والاداري*.
2. جلال شباث. (2011). *البرامج المعاصرة لجودة حياة العمل في المؤسسات. ندوة لبرنامج العلوم الإدارية والاقتصادية. فلسطين: جامعة القدس المفتوحة*.
3. جوهرة قطي، و فوزية مقراش. (6-7 ماي 2012). *أثر حوكمة المستشفيات على اخلاقيات المهنة الطبية-دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية جيجل. ملتقى وطني حول حوكمة الشركات كألية للحد من الفساد الإداري والمالي. مخبر مالية بنوك وإدارة الاعمال*
4. حنان شريط ، و مريم مشري. (10-11 أبريل 2018). *آليات تطبيق الحوكمة في المؤسسات غير الربحية-المستشفيات نموذجًا-. ملتقى وطني حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ووراثات التمويل "المستشفيات نموذجًا". قالمة: جامعة 8 ماي 1945*.
5. زايد، ترغيني، م (6-7). *ماي 2012. (البعد الاستراتيجي لحوكمة الشركات. الملتقى الاول حول حوكمة الشركات كألية للحد من الفساد المالي والاداري. بسكرة: كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير*.
6. زكية مقري، و نعيمة يحيياوي . (14-15 فيفري 2012). *دلائل إسلامية للمسؤولية الاجتماعية للشركات- دراسة موازنة بين النظامين الإسلامي والوضعي. الملتقى الدولي حول منظمات الأعمال والمسؤولية الاجتماعية. بشار : جامعة الطاهر مولاي*.

7. عمار بلعادي، و عادل عقون. (10/11 أبريل 2018). تبني مفهوم الحوكمة في تسيير النظام الصحي. الملتقى الوطني الاول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر اشكالات التسيير ورهانات التمويل-المستشفيات نموذجا-. جامعة 8 ماي 1945 قالمة الجزائر: كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير .

8. كمال فايدى. (14-15 نوفمبر 2016). مقومات المسؤولية الاجتماعية للشركات من منظور إسلامي. المؤتمر الدولي الثالث عشر حول دور المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات الصغيرة والمتوسطة في تدعيم استراتيجية التنمية المستدامة-الواقع والرهنات. جامعة حسيبة بن بوعلي-الشلف: كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير. تاريخ الاسترداد 10 فيفري، 2019.

9. نور الدين أحمد قايد. (6-7 ماي 2012). دور التدقيق الاجتماعي في حوكمة الشركات. ملتقى وطني حول حوكمة الشركات كألية للحد من الفساد المالي والاداري. بسكرة: كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.

هـ. الجرائد والقوانين:

1. قانون المالية 2016، المؤرخ في 31 ديسمبر 2015. (2016). الجريدة الرسمية الجزائرية.
2. قانون المالية الجزائري. (2018، 2019، 2020، 2021، 2022).
3. جبهة التحرير الوطني . (1976). دستور 1976. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية .
4. دستور 1989. (1989) .
5. وكالة الانباء الجزائرية. (ماي، 2021). إطلاق خدمة الأرضية الرقمية للمستشفى بالمؤسسة العمومية جيلالي رحموني. تاريخ الاسترداد 11 سبتمبر، 2021
6. الجريدة الرسمية، (2007). ماي 20. (المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. الجزائر: الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.
7. الجريدة الرسمية الجزائرية. (2006). امر رقم 03-06 مؤرخ في 15 يوليو 2006 يتضمن القانون الاساسي العام للوظيفة العمومية. (العدد 46).
8. الجريدة الرسمية الجزائرية. (29 يوليو، 2018). قانون الصحة. (العدد 46).
9. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية (7). مارس 2010. (القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 (Vol. العدد 15).
10. المجلس الشعبي الوطني. (07 نوفمبر، 2020). وزير الصحة يصرح: احصائيات كورونا موثوقة والدولة خصصت اعتمادات معتبرة لمواجهة. تاريخ الاسترداد 07 نوفمبر، 2021، من www.apn.dz/AR/plus-ar/actualité-ar/6228-2020-11-07-19-29-39
11. المديرية العامة للوظيفة العمومية والاصلاح الاداري . (01 فيفري، 2020). احصائيات رسمية. الجزائر. تاريخ الاسترداد 04 10، 2021، من www.dgfp.gov.dz

12. (2018). الجزائر بالأرقام 2015-2017. رقم 48.
13. الجريدة الرسمية الجزائرية. (2006). امر رقم 03-06 مؤرخ في 15 يوليو 2006 يتضمن القانون الاساسي العام للوظيفة العمومية. (العدد 46).
14. الجريدة الرسمية الجزائرية. (2006). امر رقم 03-06 مؤرخ في 15 يوليو 2006 يتضمن القانون الاساسي العام للوظيفة العمومية. (العدد 46).
15. الجريدة الرسمية الجزائرية. (29 يوليو، 2018). قانون الصحة. (العدد 46).
16. الجريدة الرسمية، (2007). ماي 20. (المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. الجزائر: الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.
17. قانون الصحة الجزائري. (29 يوليو، 2018). الجريدة الرسمية الجزائرية. (العدد 46).
18. قانون المالية الجزائري. (2018، 2019، 2020، 2022).
19. المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان. (05، 12، 1998). القرار الوزاري المشترك .
20. المرسوم الرئاسي رقم 20-158 المؤرخ في 14 مارس 2020. (2020). استحداث وكالة الأمن الصحي . الجريدة الرسمية الجزائرية (العدد 35).

و. التقارير:

1. إصلاح المستشفيات). جانفي 2021. (المذكرة الاعلامية الخاصة بالمرحلة الأولى من المشاورات. الوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات.
2. الديوان الوطني للإحصائيات. (2018). الجزائر بالأرقام 2015-2017. رقم 48.
3. المنظمة العالمية للصحة . (2009). التقرير الخاص بالصحة .
4. تقرير البنك الدولي لعام 2021: من برائن الازمة إلى تعاف اخضر وقادر على الصمود وشامل للجميع. (2021). البنك الدولي للإنشاء والتعمير.
5. تقرير منظومة الامم المتحدة. (2020). الجزائر 2020.
6. (2014). ماهو مكان الشباب من منظور التنمية البشرية المستدامة في الجزائر. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي.
7. منظمة الصحة العالمية. (2016). عمل منظمة الصحة العالمية في مجال إدارة مخاطر الطوارئ وإدارة الأزمات. تم الاسترداد من www.who.int
8. ميثاق الحكم الراشد للمؤسسة في الجزائر. (2009). الجزائر: وزارة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والصناعة التقليدية..

9. منظمة الصحة العالمية. (2006). *الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية*. الاردن: المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
10. منظمة الصحة العالمية. (2016). *عمل منظمة الصحة العالمية في مجال إدارة مخاطر الطوارئ وإدارة الأزمات*. تم الاسترداد من www.who.int
11. منظمة الصحة العالمية. (2017). *إدارة مخاطر الأنفلونزا الجائحة*. جنيف، سويسرا.
12. منظمة الصحة العالمية. (2021). *سياسة القوى العاملة الصحية وإدارتها في سياق الاستجابة لجائحة كوفيد-19 (إرشادات مبدئية)*.
13. منظمة الصحة العالمية. (أكتوبر 2020). *الميزانية البرمجية 2020-2021، إطار النتائج الخاص بالمنظمة-أحدث المعلومات*.
14. منظمة الصحة العالمية. (أوت 2009). *تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط*. الاردن. المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
15. *تقرير البنك الدولي لعام 2021: من برائن الأزمة إلى تعاف أخضر وقادر على الصمود وشامل للجميع*. (2021). البنك الدولي للإنشاء والتعمير.
16. *إعادة النظر في نموذج التنمية*. (2015). بيروت لبنان: شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية. تم الاسترداد من www.annd.org
17. ايزو 26000. (2010). *المواصفة القياسية الدولية-دليل ارشادي حول المسؤولية المجتمعية*. جنيف: الأمانة المركزية، سويسرا. تاريخ الاسترداد 22 جويلية، 2019، من www.iso.org
18. منظمة الصحة العالمية. (2016). *عمل منظمة الصحة العالمية في مجال إدارة مخاطر الطوارئ وإدارة الأزمات*. تم الاسترداد من www.who.int
19. *البرنامج الوطني للبحث في صحة المواطن*. (مارس 2021). الجزائر، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي: الوكالة الموضوعاتية للبحث في علوم الصحة.

ي. الصفحات والمواقع الإلكترونية:

1. البنك الدولي للإنشاء والتعمير:
2. مجلة الشروق الإخبارية: www.shorouknews.com
3. المجلس الشعبي الوطني: www.apn.dz
4. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي:
5. منظمة الصحة العالمية: <https://www.who.int>
6. المواصفة القياسية الدولية: www.iso.org
7. وزارة الاتصال الجزائرية:
8. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي:
9. وزارة الداخلية والجماعات المحلية:

10. وزارة الصحة الجزائرية: www.sante.gov.dz

11. وزارة الصناعة الصيدلانية:

12. وكالة الأنباء الجزائرية:

ب. قائمة المراجع المعتمدة باللغة الأجنبية:

1. Abu khdeer, i., & Al busifi, H. (n.d.). Risk management in health hospital leadership Ibn Sina educational hospital in Sirte applicatio. Retrieved janvier 19, 2021
2. Bowen, H. (1953). *Social Responsibilities of the Businessman* . New York: Harper & Row.
3. Capran, M., & Quarel, F. (2007). *La Responsabilite Sociale des Entreprises* (éd. 01). Paris: La ecouverte.
4. carroll, A. (1991). The pyramid of corporate social responsibility: toward the moral managment of organizational stakeholders. *Business horison July-Augest*.
5. Clement, R. (2005, May-June). The lessons From stakeholder Theory for U.S Business leaders *Business Horizons*. *leaders Business Horizons*.
6. Freeman, E., & al. (2007). Managing for stakeholrers: Survival, reputation and success. *Yale University Press*.
7. Gharaee, H., Bahrami, M. ..., Rejaliyan, F., Atashbahar, O. ..., Homayouni, A., Ataollahi, F., & Jamali, F. (2013). Corporate social responsibility of hospitals: The effect of emotional intelligence. *Middel-East Journal of Scientific Research*, 17(07), pp. 842-847.
8. Grouitz, M. (1983). *Les ciques des science sociales* (éd. 2eme édition). dulloz, paris.
9. ISO 26000. (2010). Retrieved OCTOBRE 2018, 04, from www.iso.org
10. Jeffrey , H. (2013). *Stakeholders theory In: Eric Kessler*. (S. Publication, Ed.) London: Encyclopedia of management theory.
11. Jensen, M., & Meckling, W. (1976, October). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *journal of financial economics*.
12. John, W. R. (2009). *Medical Ethics Manuel* (éd. 2nd). World Health Communication Associates .
13. Lance, M. (2014). *What do we Mean by Corporate Social Responsibility "Corporate Governance"* (Vol. 01). Cranfield University, UK.
14. Organisation Mondial de la Santé. (1963). *série de rapports technique* (Vol. N 261). GENÈVE.
15. owen, H. (1953). *Social Responsibilities of the Businessman* . New York: Harper & Row.
16. Parsons, T. (1951). *The Social Sydtem*. *Free Press*.
17. Peretz , H. (1998). Les méthodes en sociologie. L observation. *collectuion" Repères"*(234), p. Paris.
18. Swash, M. (1995). *Hutehison's Clinical Methods*., London: W.B.Saunders Company Limited.
19. WHO, & ILO. (2021). *Caring for those who care: National Programmes for Occupational Health for Health Workers. Policy brief*]. JUNIF. Retrieved AVRIL 2021, 04
20. World Health Organization. (July 2006). *The role of government in health development*. The Regional committee for the Eastern Medtterranean.
21. WOURLD HEALTH ORGANIZATION. (1978). Declaration of ALMA ATA.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين سطيف (2).
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع.

السيد المحترم / مدير المؤسسة الإستشفائية بشير منتوري الميلية ولاية جيجل

الموضوع: طلب ترخيص

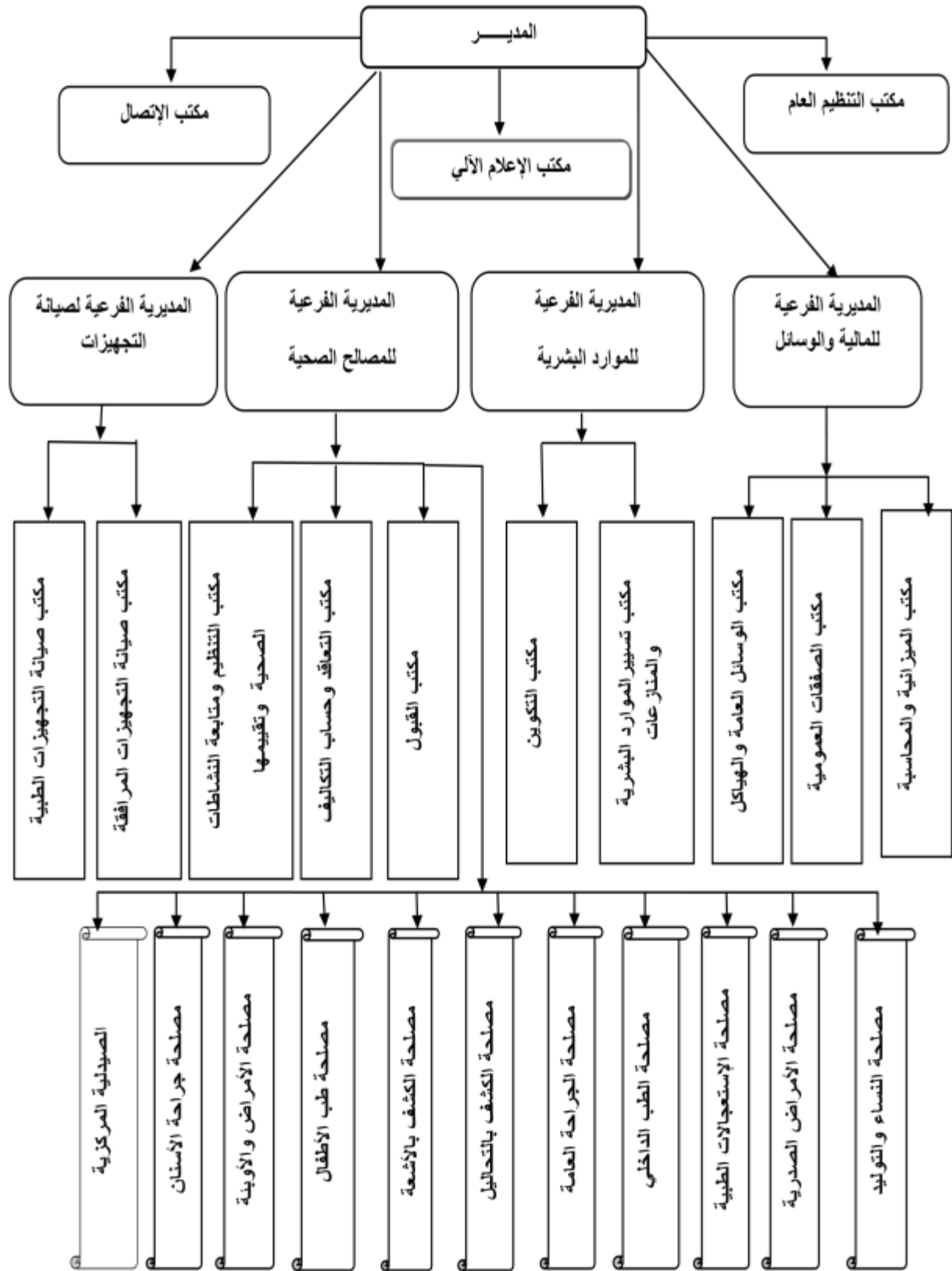
تحية طيبة وبعد /
يسعدني أن ألتبس منكم التكرم. بتمكين الطالب (s) : زينب قريوة المسجل (s) بالذكوراه بقسم علم الاجتماع جامعة محمد لمين دباغين سطيف (2) . من الحصول على معطيات وبيانات يخص بحثها حول موضوع الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية . وتتعهد بأن المعطيات المستقاة سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

ونحن إذا نشكركم على حسن تعاونكم. تفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام

رئيس قسم علم الاجتماع
أ.د. نوبصر بلقاسم

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع
جامعة محمد لمين دباغين سطيف (2)

مدير المؤسسة الإستشفائية بشير منتوري
الولاية الميلية



المصدر: مصلحة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية بشير منتوري بالميلية.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

- جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع



الحركة الصحية والمسؤولية الاجتماعية

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل

دليل مقابلة موجهة لرؤساء المصالح الصحية

يشرفنا اجراء هذه المقابلة معكم، ويسرنا أن نتقدم إليكم بطرح مجموعة من الأسئلة في إطار إنجاز بحث علمي خاص بالتحضير لشهادة الدكتوراه علوم في علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل.

ومع تقديرنا لانشغالكم ووقتكم الثمين، نرجو منكم التفضل بالإجابة على هذه الأسئلة شاكرين لكم حسن اهتمامكم وإسهامكم في خدمة الصحة والبحث العلمي، علماً أن إجاباتكم ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط وسنتعامل مع كافة المعلومات المتضمنة فيها بسرية تامة.

المشرف:

د. بوجمعة كوسة

طالبة الدكتوراه:

زينب فريوة

السنة الجامعية 2021/2020

رقم المقابلة: تاريخ إجرائها: مدتها:

المحور الأول: بيانات المعني بالمقابلة:

الجنس..... السن..... الوظيفة..... المصلحة:..... الخبرة المهنية:

المحور الثاني: الحوكمة الصحية:

1- إذا كانت الحوكمة الصحية تعني عمل المؤسسات الصحية على تحقيق جودة الخدمات الصحية وجودة ظروف العمل وإدارة المخاطر الصحية والشفافية في عرض المعلومات والتقارير. فهل ترى بان مؤسستك نجحت في تطبيق الحوكمة الصحية؟

أ- ان كانت مؤسستك حققت الحوكمة الصحية ففي ماذا تتمثل معايير الحوكمة الصحية برأيك؟

ب- إن كنت ترى بأن مؤسستك الصحية لم تنجح بعد في تحقيق الحوكمة الصحية فما هي الأسباب برأيك؟

2- هل تلتزم مؤسستكم بالشفافية في نشر البيانات والمعلومات الخاصة بنتائج تقييم الأداء والترقية؟

3- هل توجد إدارة او خلية للمخاطر على مستوى مؤسستكم؟ وان وجدت ماهي مهامها؟

4- هل تتسم الخدمات الصحية المقدمة على مستوى مؤسستكم بالجودة؟ وماهي معايير جودة الخدمات الصحية حسب رأيكم؟

5- هل ترى بأن مؤسستكم تتوفر على العوامل المادية والمعنوية المشجعة على العمل؟ وإن كان الأمر كذلك فماهي برأيك هذه العوامل على مستوى مؤسستكم؟

المحور الثالث: المسؤولية الاجتماعية

6- هل تلتزم مؤسساتكم الاستشفائية بمسؤولياتها الأخلاقية؟ وفيم تتمثل هذه المسؤولية؟

.....

7- هل سبق اشتراك أحد الأطباء أو الممرضين من مصالحتك في الحملات التطوعية الخاصة بنشر الوعي والثقافة الصحية؟

.....

8- هل تلتزم مصالحتكم بمسؤوليتها البيئية؟ وماهي علامات هذا الالتزام؟

.....

9- ماهي المسؤوليات القانونية لمؤسساتكم؟ هل يلتزم بها العاملون والمؤسسة ككل؟

.....

10- هل تتوفر مؤسساتكم الصحية على الميزانية الكافية لتحسين الظروف وتوفير وسائل العمل لتحسين نوعية الخدمات الصحية؟

.....

المحور الرابع: الأمن الصحي والتحديات الوبائية:

11- ما المقصود بالأمن الصحي حسب وجهة نظرك؟

.....

12- ماهي إجراءات مواجهة انتشار الأمراض المعدية والأوبئة على مستوى مؤسساتكم الصحية والمصلحة التي تعملون فيها؟

.....

13- ماهي الاستراتيجيات المستقبلية التي تقترحها للوقاية من المخاطر والتحديات الصحية المفاجئة؟

.....

وفي الأخير نتقدم إليكم بجزيل الشكر على قبولكم الإجابة على أسئلتنا العلمية.



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2 -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع



الحركة الصحية والمسؤولية الاجتماعية

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير منتوري بالميلية ولاية جيجل

استبيان

يشرفنا ان نقدم لكم هذا الاستبيان لإنجاز بحث علمي في إطار التحضير لشهادة الدكتوراه علوم في علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل.

ومع تقديرنا لانشغالكم ووقتكم الثمين، نرجو منكم التكرم بملء هذه الإستبانة شاكرين لكم حسن اهتمامكم وإسهامكم في خدمة البحث العلمي، علماً أن إجاباتكم ستستخدم لأغراض البحث العلمي وسنتعامل مع كافة المعلومات المتضمنة فيها بسرية تامة.

المشرف:

د. بوجمعة كوسة

طالبة الدكتوراه:

زينب فريوة

البيانات الشخصية:

1_الجنس:	ذكر	<input type="checkbox"/>	أنثى	<input type="checkbox"/>
2_السن:	أقل من 25 سنة	<input type="checkbox"/>	من 25 إلى أقل من 35 سنة	<input type="checkbox"/>
	من 35 إلى أقل من 45 سنة	<input type="checkbox"/>	من 45 إلى أقل من 55 سنة	<input type="checkbox"/>
	من 55 سنة فما فوق	<input type="checkbox"/>		
3_الرتبة المهنية:	إداري	<input type="checkbox"/>	شبه طبي	<input type="checkbox"/>
	ممارسين طبيين	<input type="checkbox"/>		
4_الاقدمية:	أقل من خمس سنوات	<input type="checkbox"/>	من 5 إلى أقل من 10 سنوات	<input type="checkbox"/>
	من 10 إلى أقل من 15 سنة	<input type="checkbox"/>	من 15 إلى أقل من 20 سنة	<input type="checkbox"/>
	من 20 سنة فما فوق	<input type="checkbox"/>		
5_الأجر:	أقل من 30000 دج	<input type="checkbox"/>	من 30000 دج إلى أقل من 45000 دج	<input type="checkbox"/>
	من 45000 دج إلى أقل من 60000 دج	<input type="checkbox"/>	من 60000 دج فما فوق	<input type="checkbox"/>

الحكومة الصحية:

درجة الموافقة					1- (الإفصاح والشفافية).
معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
					6-تطلعكم المؤسسة على معايير تقييم ادائكم.
					7- تفصح المؤسسة عن معايير الترقية لموظفيها بوضوح.
					8- سبق لك الاطلاع على صفحة المؤسسة على موقع الفايسبوك
					9- تنشر المؤسسة المعلومات الخاصة بما بانتظام على حسابها الالكتروني.
					10- تفصح المؤسسة في الوقت المناسب عن المعلومات المتعلقة بالرقابة الداخلية.
					11- تفصح المؤسسة عن معايير الكفاءة المعتمدة في التوظيف.
					12- تتسم التقارير الصحية التي تنشر من قبل المؤسسة بالشفافية.

2- إدارة المخاطر الصحية					
معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	
					13- استفدت من دورات تكوينية في مجال الصحة الوقائية.
					14- تعمل المؤسسة على تعزيز إدارة المخاطر.
					15- توفر المؤسسة على الامكانيات اللازمة لمكافحة العدوى المكتسبة من المستشفيات.
					16- تقوم المؤسسة بحملات التوعية حول الوقاية من الامراض المعدية.
					17- تتوفر المؤسسة على نظام معلوماتي لحفظ البيانات الصحية للمرضى
					18- تمتلك المؤسسة فرق خاصة بالبحث في المجال الصحة و الأمراض والبيئة.
					19- تقوم المؤسسة الصحية التي تشتغل فيها بالمتابعة الصارمة لبيانات المرضى.
					20- تتوفر المؤسسة على خلية لمواجهة الطوارئ الصحية .
					21- تشجع المؤسسة مواردها البشرية على المشاركة في المشاريع البحثية الصحية.
					22- تتوفر المؤسسة على مخابر بحث مجهزة بأحدث التقنيات الطبية.
3- جودة الخدمة الصحية					
					23- تعمل المؤسسة على التحسين المستمر لنوعية خدماتها الصحية.
					24- تقدم المؤسسة مستويات عالية من الرعاية الصحية للمرضى.
					25- تقوم المؤسسة بعمليات تقييم دورية للخدمات الصحية المقدمة.
					26- يمتلك العاملون بالمؤسسة مهارات عالية في التعامل مع المرضى.
					27- تتوفر المؤسسة على إمكانيات متطورة للتكفل الصحي بالمرضى.
					28- يتم التكفل بالمرضى في الوقت المناسب.
					29- تسود بالمؤسسة ثقافة الالتزام التنظيمي.
					30- تحتم المؤسسة بالجانب النفسي للمرضى.

معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	4- جودة الحياة الوظيفية
					31- لا تفكر في تغيير مؤسسة عملك .
					32- تعمل المؤسسة على تلبية احتياجاتك المعنوية.
					33- تشجع بيئة العمل المادية العاملين على الأداء الجيد.
					34- تعمل إدارة المستشفى على تعزيز عوامل الانجاز لدى العاملين بها.
					35- تسهر المؤسسة على توفير ظروف عمل مواتمة لفرق المناوبة خلال المداومات الليلية.
					36- تشارك في اتخاذ القرارات المتعلقة بتنظيم العمل الصحي في مؤسستك.
					37- يتوافق الاجر الذي تتقاضاه مع الجهود المبذولة في العمل داخل المؤسسة.
					38- تعمل المؤسسة على الصيانة الدورية للأجهزة والعتاد الطبي.
					39- تضمن المؤسسة حصولكم على الخدمات الاجتماعية المناسبة لاحتياجاتكم.
المسؤولية الاجتماعية					
1- المسؤولية الأخلاقية (أخلاقيات المهنة الطبية)					
					40- تعمل المؤسسة على ترسيخ القيم الأخلاقية بين العاملين بها.
					41- تنتشر داخل المؤسسة ثقافة العمل التطوعي الخاص بالوقاية الصحية.
					42- يلتزم العاملون داخل المؤسسة بالسر الطبي بخصوص الحالة الصحية للمريض.
					43- تلتزم المؤسسة بتطبيق ميثاق أخلاقيات الصحة.
					44- تلتزم المؤسسة بتقديم خدمات صحية مجانية عالية المستوى.
					45- يلتزم العاملون بالمؤسسة بأخلاقيات المهنة.
					46- تعمل المؤسسة على نشر الوعي الصحي في المجتمع من خلال حملات التوعية التي تقوم بها .
					47- يحترم العاملون بالمؤسسة حقوق الأفراد في المعاملة الحسنة وفق حالاتهم الصحية والنفسية.
					48- عند ارتكاب مخالفات يتم الاحتكام مجلس أخلاقيات المهنة للفصل فيها.
					49- تهتم المؤسسة بتنمية رأس مالها البشري.

معارض جدا	معارض	محايد	موافق	موافق جدا	2- المسؤولية القانونية
					50- تعمل المؤسسة على الإلتزام بالقوانين الخاصة بحقوق العاملين بها.
					51- تلتزم المؤسسة بالقوانين المتعلقة بالحفاظ على البيئة وحمايتها .
					52- يضمن قانون الصحة الحق في التعويض عن ساعات العمل الليلية
					53- يتم الاحتكام إلى النصوص القانونية في حالة الأخطاء المهنية.
					54- تتوافق القوانين التنظيمية للمؤسسة مع خصوصية المجتمع الجزائري.
					55- يحدد قانون الصحة واجبات العاملين اتجاه المرضى.
					56- تعمل المؤسسة على تطبيق اجراءات حماية العاملين بها من الاخطار المهنية.
3- المسؤولية البيئية					
					57- يحترم العاملون داخل المؤسسة الخصوصية الثقافية للمجتمع الجزائري.
					58- تلتزم المؤسسة بتسيير النفايات الطبية وفق قواعد السلامة البيئية.
					59- تستخدم المؤسسة محاليل طبية صديقة للبيئة.
					60- تعمل المؤسسة من أجل الحفاظ على البيئة من التلوث .
					61- تتوفر المؤسسة على المساحات الخضراء .
					62- تعمل المؤسسة على المشاركة في مبادرات تطوعية لنشر الوعي الصحي في المجتمع
					63- تشجع المؤسسة العاملين على الانخراط في مختلف الفعاليات المتعلقة بالصحة والبيئة.
					64- يتضمن القانون الداخلي للمؤسسة مواد خاصة بالحفاظ على البيئة.
4- المسؤولية الاقتصادية					
					65- تعمل المؤسسة على ضمان استدامة وسائل العمل.
					66- يمكنك الاجر الذي تتقاضاه من تلبية احتياجاتك الاقتصادية.
					67- تضمن المؤسسة مجانية الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضى.
					68- تعمل المؤسسة على تحديث أجهزتها و اقتناء الوسائل الطبية المتطورة.
					69- تغطي ميزانية المستشفى تكاليف الدورات التدريبية للعاملين بها.
					70- تلتزم المؤسسة الصحية بالشفافية في عرض البيانات صرف الميزانية.

<p>مؤشرات بعد جودة الحياة الوظيفية</p> <ul style="list-style-type: none"> -الأجر الكاف -الخدمات الاجتماعية المناسبة -سعة مكان العمل -التهوية (النوافذ والمكيفات الهوائية -التدفئة المركزية -توفر المستلزمات الطبية -الرضا والاستقرار الوظيفي -بيئة العمل المادية والمعنوية -تشجيع الموظفين واستشارتهم 	<p>مؤشرات بعد جودة الخدمات الصحية</p> <ul style="list-style-type: none"> -نظافة المستشفى ككل -توفر الأمن -إضاءة جيدة -سرعة الاستجابة -غياب الشكاوى -رضى المرضى وزائري المؤسسة 	<p>مؤشرات بعد إدارة المخاطر الصحية</p> <ul style="list-style-type: none"> -الدورات التكوينية والتدريبية - توفر معدات الوقاية (أقنعة وقفازات وبدلات واقية) -توفر مواد التنظيف -التكيف لمواجهة الأمراض المعدية 	<p>مؤشرات بعد الإفصاح والشفافية</p> <ul style="list-style-type: none"> -الإعلانات والملصقات -الإعلان عن معايير الترقية -وضوح سلم الأجور -عرض نتائج تقييم الأداء
<p>المسؤولية الاقتصادية</p> <ul style="list-style-type: none"> - اتفاقيات شراكة لتصليح العتاد الطبي -استمرارية تقديم الخدمات - توفر الوسائل والمعدات المادية 	<p>المسؤولية القانونية</p> <ul style="list-style-type: none"> -الالتزام بالقانون والقانون الداخلي -غياب المتابعات القضائية والشكاوى -عدم الخضوع للمجلس التأديبي 	<p>المسؤولية البيئية</p> <ul style="list-style-type: none"> نشر الوعي البيئي والصحي -تسيير النفايات الطبية -تقسيم النفايات عبر أكياس ملونة(أصفر، أخضر، أسود) 	<p>المسؤولية الأخلاقية والتطوعية</p> <ul style="list-style-type: none"> -الالتزام بأخلاقيات المهنة -التعرض للمجلس التأديبي

The poster features a central graphic of two hands holding a map of Algeria, with a red heart and a white caduceus symbol overlaid. The text is in Arabic and French. Logos for the Algerian Ministry of Health and UNOP are at the top.

السيادة الصحية، السيادة الصيدلانية
Souveraineté Sanitaire, Souveraineté Pharmaceutique

28 JUIN 2022
CENTRE INTERNATIONAL DES CONFRENCES
CIC

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على العلاقة بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية، إنطلاقاً من الإجابة على التساؤل الرئيسي: هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجة تطبيق الحوكمة الصحية بأبعادها والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية.

وقد إعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تصميم استبيان مكون من سبعين عبارة موزعة على ثلاثة محاور: الأول خصص لمعرفة الخصائص السوسيو مهنية لمفردات عينة الدراسة، والمحور الثاني متعلق بالحوكمة الصحية، والثالث متعلق بالمسؤولية الاجتماعية. وكانت عينة الدراسة عينة عشوائية طبقية، حيث تم توزيع الاستبيان على 160 من موظفي المؤسسة الصحية ممثلين في الأسلاك التالية: السلك الإداري، السلك الطبي، السلك شبه الطبي، وتم معالجة البيانات المحصل عليها بالإعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية والإجتماعية (spss)، حيث تم حساب معامل الارتباط بيرسون للتحقق من صدق فرضيات الدراسة، وحساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والأهمية النسبية لمعرفة مستوى تطبيق كل من الحوكمة الصحية والالتزام بالمسؤولية الاجتماعية.

وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية:

1. درجة تطبيق الحوكمة الصحية بالمؤسسة ميدان الدراسة متوسطة.
2. مستوى المسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة ميدان الدراسة متوسط.
3. وجود علاقة طردية قوية بين الحوكمة الصحية والمسؤولية الاجتماعية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بشير منتوري بالميلية، جيجل.
- 1.3. وجود علاقة ارتباطية بين الإفصاح والشفافية والمسؤولية الاجتماعية.
- 2.3. وجود علاقة ارتباطية بين إدارة المخاطر الصحية والمسؤولية الاجتماعية.
- 3.3. وجود علاقة ارتباطية. بين جودة الخدمات الصحية والمسؤولية الاجتماعية.
- 4.3. وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة الوظيفية والمسؤولية الاجتماعية.

Summary:

The current study aimed to identify the relationship between health governance and social responsibility, based on the answer to the main question: is there a statistically significant relationship between the degree of application of health governance in its dimensions and the commitment to social responsibility in the public hospital of Bachir Mentouri in El milia.

The study adopted the descriptive analytical approach, and to achieve the objectives of the study, a questionnaire of 70 words was designed spread over three axes: the first was devoted to the characteristics of the socio professional vocabulary of the study sample, the second was related to health governance, and the third related to social responsibility. The sample of the study was a stratified random sample with the questionnaire distributed to 160 health institution employees represented in the following fields the administrative, medical and para-medical fields.

For the humanities and social sciences (spss), calculations, standard deviations, the relative importance of knowing the level of application of both health governance and commitment to social responsibility, and calculating the coefficient relationship to identify the relationship between health governance and social responsibility.

The study found a range of findings, the most important of which are:

- 1. Degree of application of health governance in the field of study is average.*

- 2. The level of social responsibility in the field of study is average.*

- 3. There is a correlation between health governance and social responsibility at the Public Hospital Institution of Bachir Mentouri in El milia.*

- 1.3 There is a correlation between disclosure, transparency and social responsibility.*

- 2.3. There is a correlation between health risk management and social responsibility*

- 3.3. There is a correlation between the quality of health services and social responsibility.*

- 4.3 There is a correlation between quality of career and social responsibility*

10. وزارة الصحة الجزائرية: www.sante.gov.dz

11. وزارة الصناعة الصيدلانية:

12. وكالة الأنباء الجزائرية:

ب. قائمة المراجع المعتمدة باللغة الأجنبية:

1. Abu khdeer, i., & Al busifi, H. (n.d.). Risk management in health hospital leadership Ibn Sina educational hospital in Sirte applicatio. Retrieved janvier 19, 2021
2. Bowen, H. (1953). *Social Responsibilities of the Businessman* . New York: Harper & Row.
3. Capran, M., & Quarel, F. (2007). *La Responsabilite Sociale des Entreprises* (éd. 01). Paris: La ecouverte.
4. carroll, A. (1991). The pyramid of corporate social responsibility: toward the moral managment of organizational stakeholders. *Business horison July-Augest*.
5. Clement, R. (2005, May-June). The lessons From stakeholder Theory for U.S Business leaders *Business Horizons. leaders Business Horizons*.
6. Freeman, E., & al. (2007). Managing for stakeholrers: Survival, reputation and success. *Yale University Press*.
7. Gharaee, H., Bahrami, M. ..., Rejaliyan, F., Atashbahar, O. ..., Homayouni, A., Ataollahi, F., & Jamali, F. (2013). Corporate social responsibility of hospitals: The effect of emotional intelligence. *Middel-East Journal of Scientific Research, 17(07)*, pp. 842-847.
8. Grouitz, M. (1983). *Les ciques des science sociales* (éd. 2eme édition). dulloz, paris.
9. ISO 26000. (2010). Retrieved OCTOBRE 2018, 04, from www.iso.org
10. Jeffrey , H. (2013). *Stakeholders theory In: Eric Kessler. (S. Publication, Ed.) London: Encyclopedia of management theory*.
11. Jensen, M., & Meckling, W. (1976, October). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *journal of financial economics*.
12. John, W. R. (2009). *Medical Ethics Manuel* (éd. 2nd). World Health Communication Associates .
13. Lance, M. (2014). *What do we Mean by Corporate Social Responsibility "Corporate Governance"* (Vol. 01). Cranfield University, UK.
14. Organisation Mondial de la Santé. (1963). *série de rapports technique* (Vol. N 261). GENÈVE.
15. owen, H. (1953). *Social Responsibilities of the Businessman* . New York: Harper & Row.
16. Parsons, T. (1951). *The Social Sydtem. Free Press*.
17. Peretz , H. (1998). Les méthodes en sociologie. L observation. *collectuion" Repères"*(234), p. Paris.
18. Swash, M. (1995). *Hutehison's Clinical Methods*., London: W.B.Saunders Company Limited.
19. WHO, & ILO. (2021). *Caring for those who care: National Programmes for Occupational Health for Health Workers. Policy briefj*. JUNIF. Retrieved AVRIL 2021, 04
20. World Health Organization. (July 2006). *The role of government in health development*. The Regional committee for the Eastern Medtterranean.
21. WOURLD HEALTH ORGANIZATION. (1978). Declaration of ALMA ATA.

9. منظمة الصحة العالمية. (2006). *الإدارة الآمنة لنفايات أنشطة الرعاية الصحية*. الاردن: المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
10. منظمة الصحة العالمية. (2016). *عمل منظمة الصحة العالمية في مجال إدارة مخاطر الطوارئ وإدارة الأزمات*. تم الاسترداد من www.who.int
11. منظمة الصحة العالمية. (2017). *إدارة مخاطر الأنفلونزا الجائحة*. جنيف، سويسرا.
12. منظمة الصحة العالمية. (2021). *سياسة القوى العاملة الصحية وإدارتها في سياق الاستجابة لجائحة كوفيد-19 (إرشادات مبدئية)*.
13. منظمة الصحة العالمية. (أكتوبر 2020). *الميزانية البرمجية 2020-2021، إطار النتائج الخاص بالمنظمة-أحدث المعلومات*.
14. منظمة الصحة العالمية. (أوت 2009). *تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط*. الاردن. المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
15. *تقرير البنك الدولي لعام 2021: من برائن الازمة إلى تعاف اخضر وقادر على الصمود وشامل للجميع*. (2021). البنك الدولي للإنشاء والتعمير.
16. *اعادة النظر في نموذج التنمية*. (2015). بيروت لبنان: شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية. تم الاسترداد من www.annd.org
17. ايزو 26000. (2010). *المواصفة القياسية الدولية-دليل ارشادي حول المسؤولية المجتمعية*. جنيف: الأمانة المركزية، سويسرا. تاريخ الاسترداد 22 جويلية، 2019، من www.iso.org
18. منظمة الصحة العالمية. (2016). *عمل منظمة الصحة العالمية في مجال إدارة مخاطر الطوارئ وإدارة الأزمات*. تم الاسترداد من www.who.int
19. *البرنامج الوطني للبحث في صحة المواطن*. (مارس 2021). الجزائر، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي: الوكالة الموضوعاتية للبحث في علوم الصحة.

ي. الصفحات والمواقع الإلكترونية:

1. البنك الدولي للإنشاء والتعمير:
2. مجلة الشروق الإخبارية: www.shorouknews.com
3. المجلس الشعبي الوطني: www.apn.dz
4. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي:
5. منظمة الصحة العالمية: <https://www.who.int>
6. المواصفة القياسية الدولية: www.iso.org
7. وزارة الاتصال الجزائرية:
8. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي:
9. وزارة الداخلية والجماعات المحلية:

2. أحمد درويش . (2009). نحو مزيد من الشفافية والنزاهة في القطاع الخاص. مصر، مجلة التنفيذي: مركز المديرين المصري.
3. أساسيات الحوكمة، مصطلحات ومفاهيم (s.d). مركز أبوظبي للحوكمة: سلسلة النشرات التثقيفية.
4. إسلام الرئيس. (مارس 2018). الحوكمة المؤسسية...دورة حياة الشركة. مجلة المدقق الداخلي للشرق المتوسط.
5. أسماء دريسي . (2015). تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة(2004-2013). المجلة الجزائرية للعوامة والسياسات الاقتصادية(العدد06).
6. أسيل هادي محمود. (2008). أسس الشفافية الادارية وعلاقتها بمكافحة الفساد الاداري-دراسة استطلاعية. مجلة الادارة والاقتصاد(العدد 71).
7. أشرف عفيفي. (2017). مواصفات دولية جديدة للتنمية المستدامة في مجالات الصحة والتعليم والحكم المحلي. المسؤولية(العدد16). تاريخ الاسترداد 04 ماي، 2019، من www.eos.org.eg
8. ايمان سعادة، و الخالدي رجا. (2019). واقع المسؤولية الاجتماعية للشركات الفلسطينية وسبل توجيهها نحو دعم التنمية الاجتماعية. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية(ماس).
9. باسم حوامدة ، و محمد جرادات . (2015). درجة تطبيق المساءلة الادارية في المدارس الحكومية في محافظة جرش. مجلة كلية التربية، الجزء 2(العدد58).
10. براهيم ثائر. (سبتمبر2019). المراجعة الداخلية والمراجعة الخارجية. مجلة التدقيق الداخلي، صفحة 16.
11. بن تريخ، بن تريخ، و عيسى معزوزي). جوان2018. (أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز- دراسة ميدانية. المجلد 02)العدد 01).
12. بنجامين ه دامازر. (فيفري-افريل، 2009). تطبيق الحوكمة بالمستشفيات الانجليزية. مجلة التنفيذي، مصر: مركز المديرين المصري. تم الاسترداد من www.eiod.org
13. بوزيد سايج. (2012). سبل تعزيز المساءلة والشفافية لمكافحة الفساد وتمكين الحكم الراشد في الدول العربية. مجلة الباحث(العدد10).
14. جلال شباث. (2011). البرامج المعاصرة لجودة حياة العمل في المؤسسات. ندوة لبرنامج العلوم الإدارية والاقتصادية. فلسطين: جامعة القدس المفتوحة.
15. جوناثان، فوكس. (2014). المساءلة الاجتماعية. ماذا تعني الأدلة بالفعل. البنك الدولي للانشاء والتعمير: سلسلة أوراق عمل الشراكة العالمية للمساءلة الاجتماعية www.theGPSAknowledge.org Récupéré sur
16. حمزة كواديك، حسين برقي، ويوسف بودلة. (2020). أثر تمكين العاملين في تحقيق جودة الخدمات بالمؤسسة العمومية الصحية لولاية المدية-دراسة تحليلية. مجلة المؤسسة، المجلد09 (العدد01).
17. حنتر، مصطفى، و آخرون. (2014). حوكمة قطاع الصحة حوكمة أفضل من أجل صحة أفضل: مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات. مصر: جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة.

الفصل الرابع: المؤسسات الصحية الجزائرية

بمنصب وظيفي بالمؤسسات الصحية برتبة متصرف رئيسي لمصالح الصحة، ويتم الالتحاق بالمدرسة عبر اختبار كتابي، والأخر شفهي، على ان يكون المترشحون متحصلين على شهادة الليسانس في العلوم القانونية او الاقتصادية او المالية او التجارية او علوم التسيير والحقوق. وتتولى المدرسة المهام التالية:

- ضمان تكوين متخصص ذي مستوى عال في مختلف فروع التسيير والمناجمنت لمؤسسات وهياكل الصحة.
- ضمان تكوين متواصل لمهنيي الصحة في ميدان تسيير مؤسسات الصحة.
- القيام بأعمال تحسين المستوى وتجديد المعلومات في ميدان المناجمنت لفائدة مستخدمي التأطير.
- المشاركة في تنمية التقنيات الحديثة للمناجمنت في مؤسسات وهياكل الصحة.
- القيام بتطوير البحث في مجال المناجمنت في المؤسسات الصحية والمساهمة فيه.
- انجاز دراسات و منشورات ذات صلة بمهامها قصد ترقية الإدارة الصحية.
- إقامة علاقات تبادل وتعاون مع الهيئات والشبكات الوطنية والدولية للتكوين والخبرة والبحث العاملة في مجال النشاط الطبي والإدارة الصحية.

2.2. الوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات

تم إنشاء لأول مرة وزارة منتدبة مكلفة بإصلاح المستشفيات بقرار رئاسي مؤرخ في 16 جويلية 2020 في إطار سياسة أولوية إصلاح المستشفيات من قبل الدولة، وتم تنصيب الوزير المنتدب المكلف بإصلاح المستشفيات البروفيسور إسماعيل مصباح يوم السبت 18 جويلية 2020 على رأس هذه الوزارة، ولتكريس مسار الإصلاح وترسيخ مقاربة التشاركية والشفافية، فإن أول عمل قامت به الوزارة المنتدبة المكلفة بإصلاح المستشفيات هو إرساء قواعد الحوار والتشاور مع كل الأطراف المعنية بمسار إصلاح المستشفيات، ومختلف الشركاء الاجتماعيين. (www.sante.gov.dz). وقامت في هذا الإطار منذ 8 أوت 2020 بأكثر من 60 لقاء، مس على وجه الخصوص:

-تتم دراسة الأمور المتعلقة بالصحة من حيث مسارات تطويرها وتعزيز التغطية الصحية لكل سكان العالم، وصياغة أهداف صحية جديدة، تتناسب والخصائص الصحية، والظروف السنوية، والتطلعات البشرية وتقديم الاقتراحات والتوصيات واسناد المهام لتحقيق الأهداف الصحية المنشودة، خاصة في ظل الطوارئ الصحية والمخاطر العالمية المفاجئة حيث تعمل على حث الدول والحكومات على الالتزام بجملة من التوصيات والإجراءات الصحية من أجل توثيق التعاون الدولي للتخفيف من حدة هذه الطوارئ والمشاكل الصحية.

ورسالة المنظمة هي تعزيز الصحة والحفاظ على سلامة العالم وخدمة الضعفاء. فالحصول على رعاية صحية ملائمة وميسورة التكلفة حق من حقوق الإنسان، والرعاية الصحية الشاملة مبدأ أساسي يسترشد به عمل المنظمة. (WWW.WHO.INT)

وقد قامت منظمة الصحة العالمية سنة 2015 بجملة من الإصلاحات لتبسيط وتعزيز الاستجابات للطوارئ من خلال انشاء صندوق احتياطي خاص للطوارئ بقيمة 100 مليون دولار امريكي في ماي 2015، ويهدف هذا الصندوق لمعالجة الفجوة الحرجة في تمويل عمل المنظمة في حالات الطوارئ الخاصة بالكوارث الصحية والأمراض الوبائية، وتم تقسيم ميزانية إدارة الأزمات على مستوى المنظمة إلى مجالين يشملان: ميزانية إدارة مخاطر الطوارئ وإدارة الأزمات (ERCM) وتشمل الدعم المقدم للدول الأعضاء للتأهب لحالات الطوارئ، وإلى مجموعة الصحة العالمية، وإلى الاستعداد التنظيمي للاستجابة، وإلى أدوات إدارة المعلومات، وإلى سياسات الطوارئ الصحية وإلى أنشطة الدعوة، و ميزانية التصدي للفاشيات والأزمات (OCR) التي تمكن المنظمة من الاستجابة لحالات طوارئ محددة وذات عواقب صحية، بما في ذلك الأزمات الإنسانية وحالات الطوارئ المفاجئة، مثل الزلازل والفيضانات والابوثة غير المتوقعة. (منظمة الصحة العالمية، 2016، صفحة 29)

وبحلول عام 2023، تهدف المنظمة إلى بلوغ أهدافها المليارية الثلاثة، التي تشمل ضمان استفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة، وتمتع مليار شخص آخر بمزيد من الصحة والعافية، وحماية مليار شخص آخر من الطوارئ الصحية على نحو أفضل. فنصف سكان العالم على الأقل يفتقرون إلى الخدمات الصحية الأساسية.