

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة قسنطينة 2

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

التخصص: تسيير الموارد البشرية

رقم التسجيل: 09/MG/20

التمثيل العمالي، النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية

في المنظومة الصحية الجزائرية

مذكرة مكملة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير

الأستاذ المشرف:

عبد الكريم بن أعراب

أستاذ التعليم العالي

إعداد الطالبة:

فاطمة الزهراء تليلاني

أعضاء لجنة المناقشة

- ❖ مبارك بوعشة..... أستاذ التعليم العالي....جامعة قسنطينة.....رئيسا.
- ❖ عبد الكريم بن أعراب.....أستاذ التعليم العالي... جامعة قسنطينة.....مقررا.
- ❖ عبد الباقي روابح.....أستاذ محاضر.....جامعة قسنطينة.....عضوا.

السنة الجامعية 2012 - 2013

شكر وتقدير

أتقدم إلى الأستاذ:

عبد الكريم بن أعراب، أستاذ التعليم العالي بكل
عبارات الشكر والتقدير للنصائح القيمة
وإرشاداته التي كانت بالنسبة لي كنبراسٍ أنار
لي الطريق.

المقدمة

لقد عرفت علاقات العمل تطورا عبر التاريخ، ففي بادئ الأمر اعتمد الإنسان في عيشه على الطبيعة، وبعد اكتشاف النار تطورت وسائل وأدوات العمل، وكانت عاملا في تطور أساليب وقوى الإنتاج ليتشكل النظام العبودي، وهو أول نظام طبقي خلال الفترة 4000 - 3000 ق.م، ثم النظام الإقطاعي في القرن 5 م.

ومع تطور الحرفة، التجارة والتداول النقدي في المراحل الأخيرة للنظام الإقطاعي حوالي القرن 13 م، ظهر نظام الطوائف في القرن 16 م واستمر إلى نهاية القرن 18 م حيث جاءت الثورة الفرنسية سنة 1789 م بمفاهيم جديدة لعلاقات العمل، لكن بقيام الثورة الصناعية بدأت العلاقات المهنية تتوتر بين العمال وأصحاب العمل لانعدام التوازن الاقتصادي والاجتماعي، وبذلك تعتبر الثورة الصناعية العامل الأساسي والمباشر لظهور النقابات العمالية حيث دفع استغلال الطبقة الرأسمالية إلى اتحاد العمال وإنشاء تنظيمات تمثلهم وتلبي مطالبهم رغم أنها لقيت معارضة من أصحاب العمل، الذين تمكنوا في بادئ الأمر من حمل الحكومات على التسليم بوجهة نظرهم ودعمها، لكن بدأ الاعتراف تدريجيا بحق العمال في التمثيل والإضراب بعد سنوات طويلة من النضال، وأصبح هذا الحق متضمنا في الدساتير والمواثيق الدولية.

وظهرت إدارة العمل كمجال من مجالات الإدارة في النصف الثاني من القرن 19 م، من أجل معالجة المسألة العمالية حيث كان دورها حمائيا وتنظيميا، يرمي إلى تنظيم أسواق العمل، تولتها السلطات العمومية ممثلة في وزارات العمل والتي كانت مرتبطة وملتصدة بعالم العمل من خلال مفتشيات العمل ومراكز التوظيف والتفاعل مع ممثلي العمال وأصحاب العمل، تعمل على التدخل المستمر، المنهجي والمصمم من أجل تحسين شروط العمل والحفاظ على التوازن بين مصالح العمال وأصحاب العمل بهدف تجنب النزاعات العمالية وتحقيق السلم الاجتماعي [إدارة العمل وتفتيش العمل، 2011، ص7]، فقد أثبتت النظريات الحديثة أن الاستقرار في العلاقات المهنية ينعكس إيجابا على أداء الموارد البشرية التي تعتبر الثروة الحقيقية لأي مؤسسة، يجب إدارتها بالطرق الصحيحة كإستراتيجية أساسية في التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

ويعد قطاع الخدمات أحد قطاعات النشاط الاقتصادي التي تسهم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتعتبر الخدمات الصحية من أهم الخدمات المقدمة في المجتمع، سواء من طرف القطاع العام أو القطاع الخاص كونها عنصرا حيويا ضمن هذا النشاط، لذا تعمل الدول على توفير الخدمات الصحية سعيا منها إلى تحسين المستوى الصحي الذي ينعكس إيجابا على إنتاجية الموارد البشرية، وهذا ما أكدته مؤتمر "ريو دي جانيرو" بالبرازيل في جوان 1992 في فصله السادس لموضوع الصحة بعنوان: "حماية وترقية الصحة" لابرار العلاقة

بين الصحة والتنمية [نور الدين عياشي، 2010، ص4]، وأهداف الألفية لبرنامج الجمعية العامة للأمم المتحدة آفاق 2015 المنعقدة بنيويورك في سبتمبر 2000، كما أثبتت الدراسات في هذا المجال أن تدني المستوى الصحي في البلدان النامية يؤدي إلى انخفاض الإنتاجية بنسبة تتراوح بين 30 % و 70 % [محمود ولد سيدي محمد، 1995، ص42]، وتم التوصل أن ما تتفقه الدولة لتحسين الحالة الصحية، المستوى التعليمي والغذاء يمكن أن تكون في المدى البعيد أكثر مردودية من أية استثمارات أخرى.

ونظرا لأهمية نوعية الخدمات الصحية وآثارها على المجتمع عامة والنمو والتنمية خاصة، تكفلت السلطات العمومية في الجزائر بهذا المجال من خلال رصد، تعبئة موارد عمومية وتوسيع الخدمات الصحية، لكن في بعض الأحيان تنتشب نزاعات تؤدي إلى توقيف مؤقت لسيرورة هذه الخدمات سواء بشكل جزئي أو بشكل كلي قد تتعكس سلبا على المجتمع والاقتصاد. لقد أكدت الدراسات والنظريات أن النزاعات إفرزات طبيعية لعلاقات العمل داخل المؤسسة، فغالبا ما ينشأ النزاع العمالي حول تحديد الأجور وتحسين شروط العمل، وهنا يلجأ ممثلي العمال وممثلي أصحاب العمل إلى تسوية النزاع من خلال المفاوضات الجماعية، حيث يسعى كل طرف إلى استخدام قدرته التفاوضية للوصول إلى حل مرضي للطرفين، وفي حالة فشل المفاوضات يلجأ ممثلي العمال إلى التهديد بالإضراب للضغط على صاحب العمل ودفعه للتنازل وتحقيق المطالب.

على ضوء ما تقدم، وبعد صدور القوانين الأساسية والأنظمة التعويضية لمعظم أسلاك القطاع الصحي بالجزائر ذات المهن الطبية وغير الطبية، كان آخرها القانون الأساسي الخاص بسلك شبه الطبيين الصادر في 20 مارس 2011 (المرسوم التنفيذي رقم 11-121) لا تزال الإضرابات متواصلة، وهذا مؤشر على عدم رضا المستخدمين عن مضمون هذه القوانين التي كانت نتيجة للحوار والمفاوضات، حيث وصل بعضها إلى أربعة سنوات بين مختلف التنظيمات الممثلة للمستخدمين ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، تُطرح إشكالية البحث من خلال التساؤل الرئيسي الآتي:

ما مدى تأثير التمثيل العمالي في نشوب النزاعات وآثارها على أداء الموارد البشرية في المنظومة الصحية الجزائرية؟

وهذا يؤدي إلى طرح مجموعة من الأسئلة الفرعية ضمن الإشكالية العامة على النحو الآتي:

- ما طبيعة العلاقة بين جهود الممثلين المبذولة ونشوب النزاعات ؟

- هل يؤثر نوع التمثيل العمالي في نشوب النزاعات ؟

- ما هي طبيعة العلاقة بين النزاعات وأداء الموارد البشرية ؟
- ما مدى تأثير الإضرابات في نوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة ؟
- كيف ينعكس تأثر أداء الموارد البشرية بالإضرابات على نوعية الخدمة الصحية ؟

للإجابة على الإشكالية، تصاغ مجموعة من الفرضيات قد تساعد على تحديد معالم الدراسة، جاءت كالاتي:

- تقصير الممثلين في أداء مهامهم يدفع إلى نشوب النزاعات.
- يؤثر نوع التمثيل العمالي في نشوب النزاعات.
- توجد علاقة ارتباط بين النزاعات وأداء الموارد البشرية.
- تؤثر الإضرابات بشكل كبير في نوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة.
- ينعكس تأثر أداء الموارد البشرية بالإضرابات على نوعية وجودة الخدمة الصحية من خلال عدم الاهتمام بالمرضى، عدم الرغبة في تقديم الخدمة وارتكاب الأخطاء.

أسباب اختيار الموضوع

- أسباب موضوعية: وهي أهمية الموضوع في سياق الموارد البشرية، أين يعرف قطاع الصحة العمومية بالجزائر إضرابات متواصلة ومتكررة، بالإضافة إلى عمومية الموضوع، حيث أن تسوية النزاعات وتحسين ظروف العمل بواسطة التمثيلات العمالية وانعكاسها على أداء المورد البشري لا تخص فقط الجزائر وإنما يمكن إسقاطها على كل الدول التي تهتم بتحسين الخدمة الصحية من خلال اهتمامها بتطوير أداء المورد البشري.

- أسباب ذاتية: تتمثل في الفضول العلمي لإبراز العلاقة وطبيعة الارتباط بين مختلف المتغيرات لكون التمثيل العمالي، النزاعات والأداء من صميم الموارد البشرية، بالإضافة إلى الاهتمام بهذا المجال في ظل قلة الدراسات النظرية التي تسلط الضوء على النزاعات ودور التمثيل العمالي في المنظومة الصحية في الجزائر.

أهداف الدراسة

- هدف علمي: يتمثل في تقييم مستوى رضا الموارد البشرية عن جهود الممثلين التي يبذلونها من أجل تحقيق مطالبهم.
- هدف توثيقي: يتمثل في إثراء المكتبة وتوسيع معارف ومعلومات الطالب حول المواضيع المتعلقة بأداء الموارد البشرية ونوعية الخدمات في ظل النزاعات وسلسلة الإضرابات المتواصلة في مختلف القطاعات.
- هدف عملي: يتمثل في اختبار درجة الارتباط بين التمثيل العمالي و نشوب النزاعات وكيف تتعكس هذه الأخيرة على أداء الموارد البشرية ونوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة، وذلك من خلال الدراسة الميدانية التي أجريت على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي بقسنطينة.

حدود الدراسة

يتحدد موضوع الدراسة بالمجالات التالية:

- المجال المكاني: اقتصر المجال المكاني على المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس بقسنطينة كمؤسسة صحية لإجراء الدراسة الميدانية.
- المجال الزمني: امتدت الدراسة الميدانية من 25 سبتمبر 2011 إلى 18 جانفي 2012.
- المجال البشري: شملت الدراسة كل الأسلاك المهنية العاملة بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، وتضمنت العينة 566 مستخدم.
- المجال الموضوعي: تم التعرض من خلال الدراسة إلى التمثيل العمالي كنتيجة لتطور علاقات العمل، المفاوضات ونشوب النزاعات، بالإضافة إلى الخدمات الصحية، المنظومة الصحية في الجزائر ومؤشرات تقييم الأداء الصحي.

مصطلحات الدراسة

- التمثيل العمالي: مفهوم حديث، أوسع من مفهوم التنظيم النقابي، يشمل جميع أشكال تمثيل العمال على مستوى المؤسسة، سواء كان شخصاً طبيعياً أو معنوياً.
- النزاعات: المقصود بها الخلافات التي تنشأ بين العمال وصاحب العمل حول تحديد الأجور وتحسين شروط العمل، وتأخذ شكل الإضراب في حالة فشل المفاوضات المباشرة وغير المباشرة.

- المؤسسات الصحية: هي جميع المؤسسات التي تُعنى بتقديم الخدمات الصحية، وتشمل المراكز الاستشفائية الجامعية، المستشفيات العمومية والمتخصصة، القطاعات الصحية، المراكز الصحية، العيادات متعددة الخدمات، قاعات العلاج والفحص...إلخ.

الدراسات السابقة

تم اختيار ثلاثة دراسات سابقة لها صلة بموضوع البحث على النحو الآتي:

(1) دراسة بيتر فرامطون و مورلي كاندرسون "Peter Gramton, Morly Gunderson" بعنوان "تأثير تشريعات المفاوضات الجماعية على الإضرابات والأجور"، مقال منشور في مجلة الاقتصاد والإحصاء بكندا سنة 1999، تهدف إلى معرفة أهمية وتأثير القوانين الخاصة بالمفاوضات الجماعية على حق ممارسة الإضراب وعمل الممثلين. توصل الباحثان إلى أن التشريعات والقوانين الخاصة بالمفاوضات الجماعية لها دور كبير في إكساب الممثلين قوة تفاوضية واستخدام الإضراب كسلاح في وجه صاحب العمل لتحقيق أقصى مكاسب ممكنة وأجور عالية.

(2) دراسة نواف نهار سليم طيبشات بعنوان "المفاوضات الجماعية لحل النزاعات العمالية"، رسالة ماجستير في الإدارة العامة، جامعة اليرموك، الأردن، 2001. هدفت هذه الدراسة إلى تبين مدى نجاح المفاوضات الجماعية في حل النزاعات العمالية دون الوصول إلى مرحلة الإضرابات، كذلك معرفة تأثير الخصائص الشخصية من حيث المؤهل العلمي، الخبرة العملية في المجال النقابي والموقع الوظيفي في مجال المفاوضات الجماعية. توصل الباحث إلى أن معظم أفراد مجتمع الدراسة الذين يمارسون عملية تفاوضية لا يحملون مؤهل علمي وخبرتهم تزيد عن 16 سنة في العمل النقابي، بالإضافة إلى ضعف مشاركة المرأة في العمل النقابي، كما أن أفراد مجتمع الدراسة يفضلون استخدام الاستراتيجيات التعاونية أكثر من الهجومية، وهذا ما يؤكد ضعف مركز العمال التفاوضي مقابل أصحاب العمل مما يزيد إمكانية احتواء ممثلي العمال بسهولة.

(3) دراسة حنان شطبي بعنوان "الحركة النقابية العمالية في الجامعة الجزائرية، دافع أو معرقل للأداء البيداغوجي؟" رسالة ماجستير في علوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2009. حاولت الباحثة معرفة تأثير الحركة النقابية للعمال والأساتذة في الجامعة الجزائرية على أداء الموارد البشرية وتوصلت إلى أن

هناك ارتباط بين الحركة العمالية على مستوى الجامعة الجزائرية والأداء البيداغوجي، وكلما نزلنا إلى قاعدة الهرم الوظيفي للأساتذة كلما تأثر أداء الأستاذ بنشاط الحركة النقابية.

تشارك هذه الدراسات مع موضوع بحثنا في تناولها التمثيل العمالي وتأثيره على الأداء، وعمل الممثلين أثناء المفاوضات لحل النزاع العمالي، إلا أننا أردنا دراسة تأثير التمثيل العمالي في نشوب النزاعات من خلال نوع التمثيل، واختبار ذلك على أرض الواقع من خلال بحث درجة الارتباط بين التمثيل العمالي ونشوب النزاعات و تأثير ذلك على أداء مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس بقسنطينة، ومعرفة الانعكاس على نوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة.

منهج الدراسة

إن طبيعة الموضوع استلزمت استخدام المنهج الوصفي والمنهج التاريخي فيما يخص الشق النظري للدراسة، لوصف تطور علاقات العمل عبر التاريخ، تطور التمثيل العمالي بالجزائر، التطور التاريخي للمستشفيات، النزاعات، أسبابها وطرق تسويتها وذلك بالاستعانة بالكتب، المقالات، التقارير والجراند الرسمية باللغة العربية واللغات الأجنبية، كذلك تم استخدام منهج دراسة الحالة وذلك في الشق التطبيقي من أجل استقصاء رأي مجتمع الدراسة في مدى تأثير التمثيل العمالي في نشوب النزاعات وانعكاس ذلك على جودة ونوعية الخدمة الصحية، والمنهج الإحصائي لتحليل البيانات باستخدام الأعمدة البيانية والدوائر النسبية وغيرها من الأدوات الإحصائية.

خطة البحث

لدراسة الموضوع تم تقسيم البحث إلى خمسة فصول، أربعة فصول نظرية وفصل تطبيقي. الفصل الأول بعنوان التمثيل العمالي كنتيجة لتطور علاقات العمل في العالم والجزائر. قسم إلى مبحثين، الأول تطرق إلى علاقات العمل يندرج ضمنها مفاهيم خاصة بالعمل، تطور علاقات العمل عبر التاريخ وطابع علاقات العمل بالجزائر وتطورها، والثاني تطرق إلى التمثيل العمالي، ويتضمن مفاهيم خاصة بالتمثيل العمالي، نظريات مُختارة في فلسفة التنظيم العمالي وتطور التمثيل العمالي في الجزائر، أما الفصل الثاني بعنوان المفاوضات الجماعية ونزاعات العمل، مقسم إلى مبحثين، تناول المبحث الأول المفاوضات الجماعية والثاني نشوب النزاعات كنتيجة لفشل المفاوضات. الفصل الثالث بعنوان معالم في المنظومة الصحية العالمية، المنظومة الصحية في الجزائر والمستشفيات، تم تقسيمه كذلك إلى مبحثين، الأول بعنوان المنظومة الصحية في العالم وفي الجزائر، والمبحث الثاني تناول المستشفيات. الفصل الرابع خاص بالخدمات الصحية ومؤشرات تقييم

الأداء الصحي، يضم مبحثين، تم تناول الخدمات الصحية في المبحث الأول ومؤشرات تقييم الأداء الصحي في المؤسسات الصحية والمستشفيات في المبحث الثاني، أما الشق التطبيقي فقد جاء بعنوان تأثير التمثيل العمالي والنزاعات على أداء الموارد البشرية، دراسة حالة المستشفى الجامعي ابن باديس، قسنطينة، تم تقسيمه إلى ثلاثة مباحث، الأول خاص بتقديم بطاقة فنية عن مستشفى ابن باديس الجامعي بقسنطينة، والثاني متعلق بخصائص الدراسة الميدانية، أما الثالث فكان لعرض مؤشرات الاستبيان من خلال بيانات الاستثمارات.

صعوبات الدراسة

تكمن أهم صعوبات الدراسة في:

- استحالة الجزم فيما يخص الأدوات الكمية المستعملة في القياس الكمي لظاهرة الدراسة.
- صعوبة الحصول على المراجع المتعلقة بمفاهيم التمثيل العمالي، باللغة العربية واللغات الأجنبية.

الفصل الأول:

التمثيل العمالي كنتيجة لتطور علاقات العمل

في العالم والجزائر

تمهيد

تتغير أدوات وشروط العمل والعلاقات المتبادلة بين الأفراد خلال الفترة التي يقضيها الإنسان في العمل وهذا ما ينتج عنه تغير في التأهيل ومستوى المعرفة، مما يكسب العمل أبعادا أخرى زيادة على البعد الاقتصادي والاجتماعي.

وقد ساعدت الحضارات القديمة على ترسيخ التعاون والتنظيم الاجتماعي لتصبح علاقات العمل مظهر وخاصة في تشكل العلاقات الاجتماعية، وقد شكلت الثورة الصناعية انقلابا في التاريخ البشري، كانت انعكاساتها تغييرات جذرية على مستوى التشكيلة الاقتصادية والاجتماعية للمجتمعات حيث نتج عن التطور والتقدم التكنولوجي الذي صاحبها تقسيم العمل والتخصص الدقيق، وهذا ما أدى إلى انهيار أساليب العمل القديمة وتضخم قنوات الاتصال التنظيمية وظهور مفاهيم جديدة كتسيير الموارد البشرية، التمثيل العمالي،...إلخ.

يتضمن هذا الفصل مبحثين، الأول يتطرق إلى مفاهيم خاصة بالعمل، تطور علاقات العمل عبر التاريخ وطابعها بالجزائر، أما المبحث الثاني فيتعلق بمفهوم التمثيل العمالي وتطوره بالجزائر، وفيما يلي سنتناول بالمبحث علاقات العمل.

المبحث الأول:

علاقةات العمل

يعتبر العمل من أهم أشكال النشاط الإنساني لما له من أهمية في حياة الفرد والمجتمع على حد سواء، لذا يتم التطرق في هذا المبحث إلى ماهية العمل وتطور مفهومه، إضافة إلى تطور علاقات العمل عبر التاريخ وتطورها في الجزائر.

1- مفاهيم خاصة بالعمل

من خلال هذا العنصر سيتم تقديم مفاهيم خاصة بالعمل كالآتي:

1-1- ماهية العمل و تطور مفهومه

1-1-1- مفهوم العمل لغة

للعمل في اللغة معاني متعددة، تتضمن المعنى الواسع الشامل والمعنى الأدق.

- مفهوم العمل على إطلاقه يعني: إحداث الشيء، أي كل ما يصدر عن الأحياء والأشياء من فعل أو حركة سواء كان بإرادة أو بدون إرادة [الإبراهيم محمد العقلة، ص17].

- العمل هو المهنة أو الفعل والجمع "أعمال"، فكل من يمتحن مهنة أو يفعل فعلاً هو عامل عند أهل اللغة، وهنا ينحصر المعنى في الإنسان، وعَمِلَ عَمَلًا إِذَا فَعَلَ فِعْلًا عَنْ قِصْدٍ، وإضافة القصد إلى المفهوم يجعل المعنى ينصرف إلى ما هو إرادي فقط من تصرفات الإنسان وسلوكه [إبراهيم مصطفى ورفاقه، ص 634].

- وجاء في لسان العرب: عَمِلَ عَمَلًا وَأَعْمَلَهُ غَيْرُهُ وَإِسْتَعْمَلَهُ وَإِعْتَمَلَ الرَّجُلُ بِنَفْسِهِ... وقيل العمل لغيره والإعتمال لنفسه [ابن منظور، ج10، مادة عمل، ص167].

1-1-2- مفهوم العمل اصطلاحاً

لقد عُني مصطلح العمل باهتمام الباحثين في مختلف الميادين، فالعلوم التي تهتم بالعمل كثيرة ومتنوعة مثل: علم النفس، علم الاجتماع، علم الاقتصاد، القانون، الطب والهندسة... إلخ، وقد زادت هذه العناية مع تطور حياة الإنسان، شروط العمل ومتطلباته، وفيما يلي سندرج مجموعة من التعاريف التي تطرقت لمفهوم العمل:

- حسب Alain Rey، مصطلح العمل "Travail" ظهر سنة 1130 م، يعود أصله إلى الكلمة اللاتينية Tripaliare وتعني الإكراه، الإلزام والتعذيب [Alain Rey, 1992]، وهي بدورها مشتقة من المصطلح الشعبي Trepalium الموثق سنة 582 م وهو تحريف لـ Tripalium، وهي أداة تستخدم لتقييد وشل حركة الحيوانات من أجل تغيير دعائم الأقدام (Le ferrage) أو لمعالجتهم، وللعبيد من أجل معاقبتهم [Pierre Paster, Richard Breard, 2005, p22]، وهي أداة تتكون من ثلاثة ركائز، اثنتين عموديين وواحد بشكل أفقي.

وتطورت عدة نظريات لتفسير مصطلح العمل نحو معناه الحديث، حيث أصبح في القرن 12 يعني العذاب النفسي والمعاناة الجسدية ليأخذ ابتداء من القرن 15 معنى النشاط الإنتاجي.

- كما يعرف العمل من الجانب الاقتصادي على أنه النشاط المعروض الذي يسمح بإنتاج السلع والخدمات باعتباره عنصر من عناصر الإنتاج إلى جانب عنصر رأس المال يقدمه عمال مقابل أجر، فقد جاء "آدم سميث" مؤسس المدرسة الكلاسيكية في كتابه "ثروة الأمم" بثلاثة عوامل للإنتاج هي رأس المال، العمل و الأرض، ثم بعده الاقتصاديون النيوكلاسيك الذين اعترفوا بعاملين للإنتاج هما رأس المال والعمل، واجتهدوا في تفسير رأس المال وقسموه إلى عدة عناصر ثانوية رأس المال المادي، رأس المال البشري، رأس المال الفكري، رأس المال الاجتماعي،... إلخ [www.wikipedia.org/wiki/travail].

- كذلك، العمل هو مجهود واع يبذله الإنسان على قوى الطبيعة، يأخذ أشكالاً مختلفة عند مستويات تطور قوى الإنتاج في مجموعها، فيصبح عمل العبيد عندما يكون الإنسان نفسه أداة إنتاج، ويصبح العمل المأجور عندما تصبح قوة العمل سلعة [محمد دويدار، 1998، ص185].

- ويعرف العمل على أنه مجهود إرادي نحو غرض نافع [أحمد زكي بدوي، 1968، ص32].
- من هذا التعريف يتبين أنه لا بد من توافر صفتين في المجهود لكي يعتبر عملاً:
- أن يكون المجهود اختيارياً أي صادراً عن إرادة الإنسان.
 - أن يكون الغرض منه منفعة.

ويمكن اعتبار الألم والوقت من عناصر العمل لأنه عادة يكون مصحوباً بالألم، كما أنه لكي تتحقق نتيجة العمل لا بد من مضي شيء من الوقت. وكان طبيعياً اتجاه التغيير المضطرب في النظم السياسية، الاقتصادية والاجتماعية عبر التاريخ أن يتعرض مفهوم العمل لتغيرات مُماثلة من حيث الشكل والمضمون حيث:

➤ أُعتبر العمل اليدوي في العصور القديمة في مرتبة دنيا بالنسبة لأنواع الأعمال الأخرى خاصة العمل العقلي.

➤ في العصر الحديث أُعتبر العمل سلعة يتحدد سعره بآلية العرض والطلب.

➤ ثم تغيرت النظرة إلى العمل في الوقت الراهن، وأصبح يستوفي حقه كأساس للنمو والتنمية وأُعتبر وظيفة اجتماعية تتحقق فيها شخصية الفرد، يتميز بالانتظام والإمتثال لقواعد معينة، بالإضافة إلى إحترافه كمهنة يتخصص فيها العامل بعد التمرن.

- وجاء في الموسوعة العربية أن العمل هو تفاعل منظم بين الإنسان والوسط المحيط به وما يحتويه من أشياء، مواد، آلات وأشخاص وله عناصر أساسية تتمثل في: أدوات العمل، موضوع العمل.

إذن: حسب هذا التعريف، العمل هو ظاهرة تفاعل معقد بين هذه العناصر مجتمعة وليس عملية تأثير الإنسان في العناصر الأخرى فحسب.

بعد التطرق إلى ماهية العمل، نستخلص أن هذا المفهوم عرف تطورا إنطلاقا من مفهومه الواسع والبسيط المتمثل في إحداث شيء ما وكل ما يصدر عن الأحياء مرورا بمفهومه الاقتصادي المتمثل في كونه نشاط إنتاجي يسمح بإنتاج السلع والخدمات مقابل تعويض ووصولاً إلى معناه الحديث المعقد الذي يجمع بين المعنى الاقتصادي، النفسي، الاجتماعي، القانوني،... إلخ.

2-1- أنواع العمل

1-2-1- التصنيف الأول (أحمد بدوي)

- العمل اليدوي والعمل العقلي: ينقسم النشاط البشري إلى جهد فكري وجهد جسماني بشرط أن لا تكون هناك تفرقة قائمة، حيث تشمل بعض النشاطات اليدوية جهدا فكريا ولو ضئيلا، كما تشمل الأعمال الفكرية على جهد جسدي ضئيل.

- العمل الإداري والعمل التنفيذي: يقوم عمل الإدارة على المجهود العقلي دون غيره، بينما يقوم العمل التنفيذي على الجهد الفكري واليدوي.

- العمل المتخصص والعمل البسيط: العمل المتخصص هو الذي يحتاج إلى خبرة فنية خاصة وبالتالي إلى تعليم، تكوين وتدريب، أما العمل البسيط فهو الذي يحتاج إلى جهد جسدي فحسب دون تعليم أو تكوين فني سابق [أحمد زكي بدوي، 1968، ص32].

1-2-2- التصفيف الثاني (كارل ماركس)

- عمل ملموس وعمل مجرد: العمل الملموس هو العمل الذي يعني قيمة استعمالية خاصة ويستلزم مادة تقنية وأدوات خاصة، كما يحتل موقعا محددًا ضمن تقسيم العمل، أما العمل المجرد فهو يوافق قيمة ما هو مشترك بين كل الأنشطة المنتجة.
- العمل البسيط والعمل المركب: أوضح "ماركس" أن العمل المركب ليس سوى العمل البسيط المضاعف بحيث أن كمية معينة من العمل المركب توافق كمية أكبر من العمل البسيط [جاك بيديه، غي كير، ص947].

1-2-3- التصفيف الثالث (جاك فريسينات - Jacques Freyssinet)

- العمل الحر: يتضمن العمل المنزلي، العمل النضالي والقتالي مثل: التطوع في الجيش.
- العمل المأجور: إن نظام التعويض بأجر هو نمط من تنظيم العمل، يرتكز على تجهيز وتسليم طلبية من قبل فرد ما مقابل تعويض في إطار قانوني مع صاحب العمل، الذي قد يكون فردي في شكل مؤسسة أو جماعي متمثل في الدولة [www.wikipedia.org].

ويرى كارل ماركس أن نظام التعويض بأجر هو جوهر نظام الاستغلال الرأسمالي لأنّ الأجير تُستنزف قوة عمله المنتجة دون القدرة على التقرير ديمقراطيا حول استعمال القيمة المضافة التي خلقت نتيجة عمله، فحسب هذا المعنى فإنّ الأجير ليس سوى عبد تم تعويضه، ونجد هذا النوع من العمل في الإدارات العمومية والمؤسسات.

- العمل الشاق: يندرج تحته العبودية أو "الرق" وهو نوع من الأعمال الشاقة القسرية طوال الحياة للعبيد الذين تعود ملكيتهم للأشخاص الذين يستعبدونهم، يُباعون بأسواق النخاسة أو يُشترى في تجارة الرقيق.

كذلك السخرة (la corvée)، وكانت سائدة في النظام الإقطاعي، ويعود أصلها إلى الكلمة اللاتينية corro gare وتعني "يطلب" demander، وتعني السخرة تقديم خدمات إجبارية دون مقابل أو تعويض.

1-3- سوق العمل و تخطيط اليد العاملة

يُعرف التخطيط على أنه: " العملية التي تشتمل على جميع المعلومات التي تحدد الأهداف والسياسات وتقرر الاستراتيجيات التي يجب أن يتبناها المشروع" [كامل المغربي، 1975، ص65]، حيث يتم وضع استراتيجية مستقبلية لكل مشروع اقتصادي.

ومن بين أهم العوامل التي يجب أخذها بعين الاعتبار ظروف اليد العاملة في سوق العمل، انتقال العمال من مكان لآخر، إنتاجيتهم وأجورهم. وتلعب العلاقات الصناعية دورا مهما في التخطيط كونها المسؤولة عن تزويد المشاريع باليد العاملة وذلك تبعا للصلة الايجابية بين المشروع ومسؤولي سوق العمل.

ويُعنى تخطيط اليد العاملة بتوفير هذه الأخيرة للقيام بالعمل في فترة زمنية معينة، ويتضمن ذلك تدريب الأفراد أثناء تكوينهم حتى ينجزوا العمل الموكل إليهم بكفاءة وفعالية حيث أصبحت الأعمال الحديثة تتطلب العديد من القدرات والكفاءات التي يصعب على الفرد الإلمام بها دون تدريب أو تكوين، ولا يقتصر تخطيط اليد العاملة على التدريب والتكوين فقط، بل يتعدى إلى التنبؤ بأسواق العمل من أجل اختيار الأفراد بكفاءة للقيام بالعمل.

- يعرف سوق العمل على أنه السوق الذي يتكون من جميع المشتريين والبائعين لعنصر العمل، حيث "المشتريين" هم أصحاب الأعمال و"البائعين" هم العمال. بعض هؤلاء المتعاملين قد لا يكونوا نشطين في أي لحظة معينة، بمعنى أنهم لا يبحثون عن عمل أو لا يرغبون في تأجير عمال [سلطان بن محمد سلطان، 1994، ص37].

- كما أنه السوق المسؤول عن توزيع العمال على الوظائف والأعمال والتنسيق بين قرارات التوظيف، فسوق العمل تسيّره قوانين وتضبطه أنظمة ولوائح، يخضع لآليات العرض والطلب التي تحقق له التوازن ويتم فيه وضع السياسات، الاستراتيجيات وتخطيط اليد العاملة كما ونوعاً بما يضمن تحقيق الأهداف المسطرة، بالإضافة إلى التنبؤ باليد العاملة التي تحقق تلاؤم سوق العمل المستقبلية مع الإسقاطات الاقتصادية والتنموية للدولة [كامل المغربي، 1975، ص66].

- كذلك يُعرف سوق العمل على أنه المكان النظري لالتقاء عارضي العمل و طالبي العمل حيث أصبح له علم قائم بحد ذاته يسمى: "اقتصاد العمل"، يهتم بدراسة طريقة أداء سوق العمل ونتيجتها، وبأسلوب أدق يهتم اقتصاد العمل أساسا بسلوك صاحب العمل والعمال في استجاباتهم للحوافز العامة كالأجور، الأسعار، الأرباح والأوجه غير النقدية لعلاقات العمل مثل: ظروف وشروط العمل، أين تعمل هذه الحوافز على حثّ وتحديد اختيار الفرد [سلطان بن محمد سلطان، 1994، ص20]. تعتمد دراسة

اقتصاد العمل على النظرية الاقتصادية لتحليل سلوك الأفراد الفعلي وتفسيره مستخدمين أسلوب المقاربة الإيجابية للرد على التساؤل عن "ما هو كائن" وأسلوب المقاربة النمطية للحكم على "ما يجب أن يكون".

وبالتالي يتميز سوق العمل بمجموعة من الخصائص:

- (1) خدمات العمل تؤجر ولا تباع.
- (2) خدمات العمل لا يمكن فصلها عن العامل ولا يمكن تخزين سلعة العمل.
- (3) ظروف العمل لا تقل أهمية عن الأجر في تفسير آليات العرض والطلب.
- (4) اختلاف القدرة التفاوضية لأصحاب جانبي العرض والطلب، إضافة إلى اختلاف سبب وجودهما في السوق.

4-1- العوامل المؤثرة في العرض والطلب على العمل

حتى يكون هناك تخطيط متوازن يضمن حق كل من العامل و صاحب العمل فلا بد من دراسة لسوق العمل، حيث تبدأ دراسته و تنتهي بتحليل الطلب والعرض الخاصين بعنصر العمل، فجانبا الطلب لسوق العمل يمثلته دراسة سلوك صاحب العمل في استئجار العمال، أما جانب العرض فيمثلته دراسة سلوك العاملين والباحثين عن العمل، ويحدد التفاعل بين الطلب والعرض الأجور، شروط العمل، مستويات التوظيف، توزيع العمال، وبالتالي يمكن أن تكون معطيات ونتائج سوق العمل انعكاس لقوى كل من العرض والطلب.

1-4-1- عرض العمل

عرض العمل هو أحد طرفي سوق العمل، يعرض العامل خدماته في السوق مقابل أجر يعتبره كافٍ للتخلي عن مجهوده ووقت العمل، أي أن العامل يوازن بين المنفعة التي يحصل عليها من الأجر الذي يتقاضاه وبين ما يتخلى عنه من وقته للقيام بالعمل المأجور.

هناك عدد من العوامل تؤثر في عرض اليد العاملة، والتي يمكن لكل من العمال أو ممثليهم وأصحاب العمل أن يتعاونوا في التعرف عليها والتخطيط لاستخدامها:

- عدد السكان: إن زيادة نسبة المواليد إلى نسبة الوفيات وتزايدها يؤدي إلى زيادة نسبة اليد العاملة المتوفرة، لذا فمن مصلحة النقابات العمالية أن تتابع عن كثب التغيرات السكانية من خلال الاستعانة

بالإحصاءات والمؤشرات التي تصدرها الجهات المختصة للتعرف على إمكاناتها السنوية في عرض خدمات اليد العاملة، ونفس الشيء بالنسبة لأصحاب العمل.

- نسبة الانتساب: إن تزايد نسبة تكوين عائلات جديدة وتوزيع السكان تبعاً للسن والجنس، إضافة للعادات والتقاليد الاجتماعية تعطي فكرة تقريبية واضحة لكل من النقابات العمالية وأصحاب العمل عن حجم اليد العاملة المتوقعة لدخول أسواق العمل [كامل مغربي، 1975، ص 67].

- تنقل العمال: إن عرض اليد العاملة في أسواق العمل يتأثر بشكل ملموس بحرية انتقال العمال من سوق لآخر ومن منطقة لأخرى حيثما يجدون طلباً لخبراتهم وكفاءاتهم في مجال معين، وقد يكون انتقال الأيدي العاملة جغرافياً أي من مكان لآخر في إطار الهجرة الداخلية والخارجية لإحسان الحسن، 2005، ص 84] أو مهنياً، أي الانتقال من عملٍ إلى عملٍ ومن نوع لآخر.

- السياسات الحكومية: ونقصد بها البرامج الحكومية الداعمة للدخل كتأمينات المرض، البطالة وتعويضات المتعطلين عن العمل بسبب الإصابات والمرض، وغالباً ما تُطبق هذه البرامج في القطاعات الحكومية، وهذا ما يفسر زيادة عرض اليد العاملة نسبياً في القطاعات العمومية دون غيرها من القطاعات الخاصة.

- البدائل في استخدام الوقت: كل عامل يضع قيمة مادية للساعات التي يقضيها أثناء العمل ويقارن تلك القيمة المقدرّة مع الأجر المعروف عليه، وبذلك يكون قد وضع لنفسه جدولاً موضوعياً يتضمن كلاً من الأجر وساعات العمل في مختلف المجالات التي يمكن أن يعمل فيها ويقارن العامل ببدائل استخدام وقته مع بعضها البعض تبعاً لهذه الجداول من أجل التوصل إلى قبول العمل أو رفضه.

2-4-1- الطلب على العمل

الطلب على العمل هو الطرف الثاني لسوق العمل، أين يستأجر صاحب العمل خدمات العمل من السوق مقابل ما يدفعه من أجر للعامل. يتميز الطلب على العمل بأنه طلب مُشتق، أي أن صاحب العمل لا يطلبه من أجل الاستهلاك وإنما من أجل الاستفادة منه كعامل إنتاج في إنتاج سلع وخدمات أخرى بشرط أن يكون الربح المحصل يفوق تكلفة الحصول على عناصر العمل.

إنّ أي سوق للعمل يتضمن منحى عرض ومنحى طلب خاص بخدمات اليد العاملة، فغالبا تعتبر ساعة العمل وحدة القياس المتعارف عليها في سوق العمل وهو أن يقوم صاحب العمل بوضع جدول لمتطلباته، يتضمن عددا من الأجور تبعا لكمية الخدمات التي يود الحصول عليها والتي تضمن له الحد الأدنى من المتطلبات، ويمكن القول أن هناك عددا من العوامل التي تؤثر في إعداد جدول الطلب لليد العاملة سندرجها فيما يلي:

- الأجور: يتأثر مستوى التشغيل المرغوب بتغير معدلات الأجور من خلال تأثير الإنتاج، حيث ينتج صاحب العمل لتعظيم ربحه إلى المستوى الذي يتساوى عنده الإيراد الحدي من بيع آخر وحدة منتجة مع التكلفة الحدية، وعند زيادة التكلفة الحدية عن الإيراد الحدي فإن المؤسسة تحقق خسارة عند الوحدة الأخيرة المنتجة، وحتى تتمكن من تحقيق ربح لابد عليها من تخفيض مستوى الإنتاج إلى آخر وحدة حققت عندها ربح، وانخفاض الإنتاج سيؤدي إلى انخفاض عناصر الإنتاج (رأس المال، العمل) وبالتالي انخفاض الطلب على اليد العاملة.

- تقدير صاحب العمل لطلب المستهلكين: يعتبر هذا العامل من أهم العوامل في بعض أسواق العمل، حيث تتصف بكون الطلب على اليد العاملة مستتب و غير مباشر فالإقبال على استخدام اليد العاملة قد يكون نتيجة لتقدير صاحب العمل لمدى قدرته على الحصول على ربح من إنتاج سلع وخدمات يسوقها للمستهلكين. هذا التقدير يعتبر مهم بالنسبة لسوق العمل، حيث أن الخطأ في تنبؤ رغبات المستهلكين سيؤدي إلى خطأ في ترجمة ذلك التنبؤ إلى وظائف شاغرة نتيجة زيادة في اليد العاملة، وإلى بطالة في حالة العكس [كامل المغربي، 1975، ص 68].

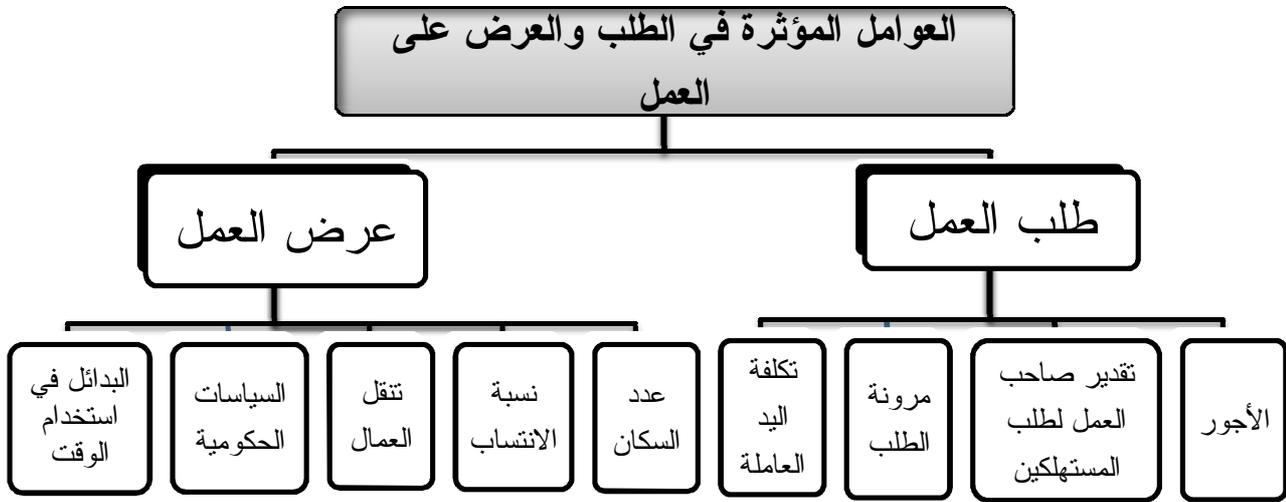
- مرونة الطلب: إن تقدير طلب المستهلكين يتطلب تقويم تأثير سعر المنتج على الطلب فيه، حيث أن بعض المنتجات تتأثر كمية مبيعاتها بالسعر بصورة كبيرة، فإذا كان بإمكان صاحب العمل تسويق منتج ما بسعر منخفض نسبيا بسبب انخفاض أجر اليد العاملة، فذلك سيؤدي إلى كسب ساعات عمل أكثر والعكس صحيح، فإذا كانت الأجور مرتفعة نسبيا فإنه لابد من بيع السلعة بسعر أعلى، وذلك يؤدي إلى خفض الطلب على اليد العاملة المستخدمة.

- تكلفة اليد العاملة: تعتبر من بين العوامل الهامة في تحديد الطلب على اليد العاملة، حيث أن انعكاس مرونة الطلب لمنتج معين على سوق العمل يتأثر مباشرة بتكلفة اليد العاملة، ففي بعض القطاعات

مثل: قطاع النقل العام ترتفع تكلفة اليد العاملة نسبياً، فطبيعة العمل تجعل نفقات تعيين العمال عنصراً أساسياً في التكلفة الكلية، في حين بعض القطاعات الأخرى مثل: استخراج البترول في قطاع المحروقات تتناقص تكلفة اليد العاملة نسبياً إذا ما قورنت بالقيمة المادية الكبيرة المستثمرة للعامل الواحد.

والشكل الآتي يوضح العوامل المؤثرة في الطلب والعرض على العمل:

الشكل (1): العوامل المؤثرة في الطلب والعرض على العمل



المصدر: من إنجاز الطالبة

2- تطور علاقات العمل عبر التاريخ

منذ خلق الإنسان وهو يسعى بحكم غريزة الحياة وحبّ البقاء إلى إرضاء حاجته إلى الطعام وإشباعها، فإنطلق الإنسان البدائي وحيداً في الغابات يبحث عن طعامه فيقطف ثمار الأشجار أو يصطاد الحيوانات بوسائله البدائية، وتكاثر الأفراد وزاد عددهم، فأصبح الإنسان البدائي لا يسعى في الغابات وحيداً وإنما تكوّنت جماعات كانت تتعاون معاً فتصطاد الحيوانات أو تجمع الثمار، ثم تقسّمها فيما بينها ليتحقق بذلك لكل فرد منها ما يحتاج إليه من طعام، وكانت هذه الجماعات هي أول تشكيل غير منظم للإنتاج وأول مظهر غير متكامل من مظاهر العمالة، وقد سمح العمل الجماعي في تلك المرحلة: [عارف دليلة، 1979، ص88]

➤ على تطور الوعي البشري والعقل، ففي مسار النشاط العملي ظهرت الحاجة إلى تبادل الأفكار والتعبير عنها في البداية بالإيماء والرموز الصوتية، التي تطورت بعد ذلك إلى كلمات مميزة ولغة.

➤ وسمح تطور الوعي والكلام على تطور الإنتاج المادي باعتبارهما وسائل هامة لتطوير ونقل التجربة والخبرات الإنتاجية وبالتالي تطور قوى الإنتاج الاجتماعية.

كان لابد لهذه الجماعات التي يتزايد عددها و تزداد مطالبها وحاجياتها أن تحاول الحصول على مزيد من الطعام، فاضطر الإنسان الأول إلى أن يقدر زناد عقله وتسخير فكره بحثا عن وسائل تساعد على تحقيق هذه الغاية، فصنع الوسائل البدائية الأولى وكانت الفأس الحجرية أول أدوات العمل المصنوعة، استعملت في معالجة الأرض، قطع الأشجار، وصيد الحيوانات، بالإضافة إلى الحبل لربط الحيوان، الوتد وما شاكل ذلك من أدوات الصيد والزراعة، وكانت هذه الأدوات البدائية هي أول مظهر غير منظم من مظاهر الصناعة و أول استحداث للاعتماد على الآلات [جورج صول، 1965، ص10].

ثم تطور الإنسان، فاكتشف النار عن طريق الحكّ، وكان من الطبيعي بعد اكتشافها أن تتطور وسائله وينتقل إلى أدوات عمل أكثر تطور واختصاص لأداء نشاطات معينة فانتقل من الفؤوس الحجرية والسهم المصنوعة من عظام الحيوانات إلى الفؤوس والآلات الصغيرة المصنوعة من المعادن مثل: الحديد والصلب والنحاس وغيره من الخامات الأخرى، وكانت هذه الاستحداثات هي أول مظهر متطور من مظاهر "التصنيع" على نطاق ضيق لا يهدف إلى أكثر من الحصول على الطعام.

ومر الإنسان بمرحلة جديدة من مراحل التطور، أين شكّل اكتشاف وصنع القوس والنشاب خطوة كبيرة للأمام في تطور قوى الإنتاج، فقد أصبح الصيد أكثر أنواع النشاط العملي إنتاجية وأخذ يفيض عن الحاجات الاستهلاكية اليومية، فتعلم الإنسان حصر الحيوانات في أماكن معينة لفترات أخرى لاستغلال واستخدام قوتها في الجرّ وحرارة الأرض.

وكان لتوفر الغذاء نسبيا دور في قيام مجتمعات شبه متطورة في شكل أسر وقبائل، مما أدى بدوره إلى قيام نوع من التنافس بين هذه المجتمعات للحصول على الخيرات، فاضطرت كل جماعة إلى محاولة استحداث وسائل أكثر فعالية وأقدر على زيادة الإنتاج حتى تتفوق على الجماعات الأخرى فتعددت الاستحداثات والمكتشفات التي تفوق فيها الفراعنة على غيرهم من سائر المجتمعات الأولى القديمة فصنعوا الأنوال اليدوية للنسيج وصاغوا الفضة والذهب وأنشؤوا الموازين والمكاييل وصنعوا الأواني الفخارية والمحاريث والسكاكين والآلات القاطعة وما إلى ذلك من الحاجيات الأولية للإنتاج [جورج صول، 1965،

ص12]، ساعدت على ارتفاع ملموس في إنتاجية العمل الزراعي، الصيد والرعي وظهر العمل الإضافي والمنتوج الفائض في الحياة الاقتصادية، وبدأ زمن العمل ينقسم إلى زمن عمل ضروري وزمن عمل إضافي. خلال الزمن الضروري يخلق المُستغل كمية من المنتجات كافية لإشباع حاجاته الضرورية أما خلال الزمن الإضافي فيقوم بإنتاج فائض المنتجات الذي يزيد عن ما يلبي احتياجاته، وهكذا أصبح العمل أكثر تخصصا وخرج تقسيم العمل خارج القبيلة الواحدة وظهرت قبائل رعوية منفصلة عن القبائل التي تختص بالزراعة وتحقق بذلك التقسيم الاجتماعي الأول للعمل بانفصال الرعي عن الزراعة [عبد الوهاب شمام، 2002، ص8]، حيث استطاعت بعض القبائل أن تحقق الاكتفاء و يصبح لها فائض، بينما قبائل أخرى في حاجة لما هو زائد عن حاجة القبائل التي حققت الفائض، وهنا ظهر التبادل بين الأسر والقبائل الذي بدأ في الأول بما أطلق عليه مصطلح "المقايضة"، الذي يعني استبدال سلعة مكان سلعة، إلا أن عملية المقايضة لم تكن بالسهلة الميسورة لعدة أسباب أهمها :

- صعوبة تخزين وتجزئة بعض السلع.
- عدم وفرة بعض السلع أثناء التبادل بالنسبة لأحد الطرفين مما يستوجب اللجوء إلى قبيلة أخرى.
- تطور الحرفة وهذا ما أدى إلى ظهور التقسيم الاجتماعي الثاني للعمل (رعي، زراعة، حرفة) وهذا ما عمق عملية التبادل وجعلها أكثر تشابكا مما دفع إلى التفكير في مقياس أو وسيط تستبدل على أساسه سلعة بأخرى فظهرت النقود فيما بعد.

خلال هذه المرحلة ومن أجل تطوير الإنتاج الحرفي كان يتم الربط بين وسائل الإنتاج و قوة العمل الإجباري والذي شكل فيما بعد نظاما بأكمله سمي النظام العبودي، تشكل خلال الفترة 4000 - 3000 ق.م، واستمر حتى القرن 5 م. يعتبر أول نظام طبقي يتكون من الأسياد الذين يمتلكون وسائل الإنتاج والمنتجين (العبيد)، حيث استعانوا بجهاز دائم للقمع لإخضاع العبيد المتمردين وإكراههم على العمل ليتطور هذا الجهاز تدريجيا ليشكل فيما بعد الدولة التي تمثل دورها في حماية السادة والدفاع عن مصالحهم، إضافة إلى تمكينهم من جميع الحقوق الشخصية، حقوق الملكية والحقوق السياسية، أما العبيد فقد اعتبروا أداة عمل، حيث عبر بعض الفلاسفة اليونانيين عن ذلك بقولهم "يوجد نوعان من الأدوات، أدوات جامدة وأدوات حية، والعبد يعتبر أداة حية مملوكة" [محمد دويدار، 1998، ص52]، ولم يكن يترك لهم سوى الحد الأدنى من إنتاجهم لسد حاجاتهم الاستهلاكية والضرورية لتمكينهم من تجديد قوة عملهم لاستمرار في عملية الإنتاج.

إن أبرز ما خلدته هذه الثورة هي أنظمة الري في العراق، أهرامات ومعابد مصر، القصور والمعابد الهندية، المسارح الرومانية وسور الصين العظيم...، وكل هذه الانجازات التي تحققت إنما قامت على أكتاف العبيد [شمام عبد الوهاب، 2002، ص11].

يمكن القول حول ما ساهمت به هذه المرحلة في تطور نظم الإنتاج وعلاقات العمل أنه كان يتوقف على حدود إمكانات عمل العبيد، الذين عمل هذا التنظيم للعمل على تجريدهم من كل دافع إلى زيادة وتحسين الجهد اللازم لاستغلال وسائل الإنتاج المستحدثة عن طريق الاكتشاف والنقل استغلالا يمكن من زيادة إنتاجية العمل لتلبية احتياجات المجتمع وخاصة الطبقة المالكة المتزايدة، بل بالعكس اتجه ميلهم إلى تحطيم وسائل الإنتاج كردة فعل لما يخضعون له من استغلال وقهر [محمد دويدار، 1998، ص52]، وذلك بعدم استجابتهم لما تتطلبه أدوات العمل الجديدة من مهارة وخبرة بسبب انعدام الحوافز المادية والمعنوية، وكان من بين العوامل التي أدت إلى انحلال النظام العبودي:

(1) ضعف قدرة الإمبراطورية الرومانية في مقاومة الغزوات وتقديم العبيد كغنائم حرب.

(2) تشكل مراكز الإنتاج الحرفي و التجارة في المدن مما أدى إلى تدهور الزراعة في الأرياف.

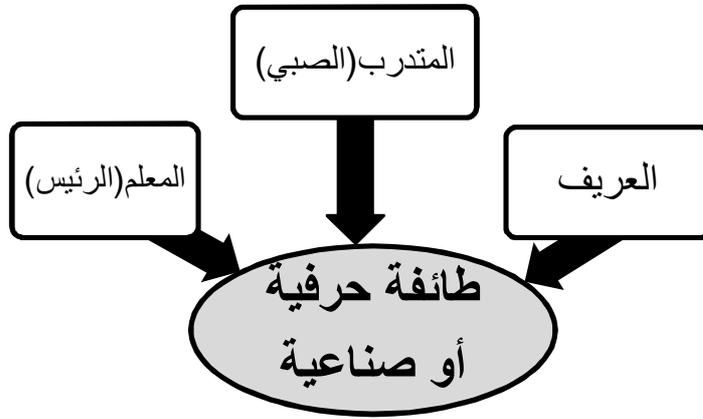
وكان تمرد العبيد وثورتهم على هذه الأوضاع سبب في ظهور النظام الإقطاعي على أنقاض النظام العبودي ويعتبر ثاني نظام طبقي ظهر في العصور الوسطى، أين يملك الأسياد مساحات زراعية واسعة يستغلون فيها الرقيق أو الأبقان الذين يعملون مدة ثلاثة أو خمسة أيام مجانا في حقل المالك لمصلحته مقابل إيجار لحقله وباقي الأيام لحسابهم الخاص، وكان أول أشكال الربيع أطلق عليه ربيع السخرة [رشيد واضح، 2002، ص14].

مع تطور أسلوب الإنتاج الإقطاعي تبدلت أشكال الربيع وظهر الربيع العيني، حيث كان دافع الإقطاعيين للتحويل إلى هذا الشكل من أشكال الربيع الاستفادة من الحافز المادي لدى الفلاحين بتحسين إنتاج عملهم في استثماراتهم الخاصة، فزمن العمل كان ينقسم إلى زمن عمل ضروري ينتج فيه الرقيق المنتج الضروري لضمان وجوده ووجود عائلته، وزمن عمل إضافي يخلق فيه المنتج الفائض الذي ينتزعه الإقطاعي دون مقابل، والنسبة بين زمن العمل الإضافي و زمن العمل الضروري تمثل معدل استغلال الإقطاعي للأبقان (عبيد الأرض) بحيث كان المنتج الفائض المنتج في زمن العمل الإضافي يذهب إلى الإقطاعيين في صورة ربيع وذلك استنادا إلى الملكية الإقطاعية الخاصة على الأرض [شمام عبد الوهاب، 2002، ص25]، وكان لتطور الحرفة والتجارة والتداول النقدي في المراحل الأخيرة لتطور الإقطاعية حوالي القرن 13 دور في ظهور الشكل الثالث للربيع الإقطاعي وهو الربيع النقدي أين أصبح القن لا يقدم للإقطاعي المنتج الفائض وإنما ثمن هذا المنتج بعد بيعه و تحويله إلى بضاعة و نقود.

إن هذه التحولات لا تعني سقوط علاقات الإنتاج الإقطاعية، ولكن يبدو واضحا أنها مرحلة تحول جذرية توسعت فيها وتدعمت ملكية الرقيق على أدوات الإنتاج وأصبح بإمكانهم التحرر من الإقطاعي، فالإضافة إلى بداية ظهور سعر الأرض التي تحولت إلى بضاعة، أصبح بالإمكان التنازل عنها أو جزء منها بمقابل.

في ظل هذه الفترة تراجع تركيز الإقطاعيين على الملكيات الزراعية وصبوا اهتمامهم على ملكياتهم في المدن، أين استرجع النشاط الحرفي تقدمه والتجارة انتعاشها، وكان نتاج هذا الازدهار تشكل جمعيات الحرف في أوروبا، تضم مُعلمي بعض المهن القريبة من بعضها البعض في المدينة الواحدة، عملت على وضع أنظمة دقيقة وصارمة لممارسة المهنة ولم يكن باستطاعة أحد غير أعضائها دخول المهنة، بالإضافة إلى تحديد أدوات العمل، طريقة الإنتاج، عدد العاملين في كل ورشة، سعر ونوع البضاعة، الأجور وعدد ساعات العمل، وأصبح هذا الشكل التنظيمي السائد للنشاط الحرفي والتجاري يطلق عليه نظام الطوائف، الذي بدأت بوادره حوالي القرن 13 وعرف نضجا في القرن 16، حيث كل طائفة حرفية (صناعية) أو تجارية تتكون من ثلاثة أشخاص كما يبينه الشكل الآتي:

الشكل(2): العناصر المكونة للطائفة الحرفية أو الصناعية



المصدر: من إنجاز الطالبة

لم يكن للرئيس الحق في أكثر من صبيين، وكان الصبي يُقيم عند معلمه، يتعهد هذا الأخير بتعليمه وتدريبه على أصول الحرفة مقابل أجر معين لفائدته، وكانت سلطته لا تقوم فقط على ملكيته الخاصة لوسائل الإنتاج وإنما أيضا على مهاراته المهنية، لذلك لم يكن يدفع أي مكافأة لمتعلم الحرفة.

بعد التعلم والتدريب يؤدي الصبي امتحانا أمام هيئة من الرؤساء، وإذا ما اجتاز الامتحان بنجاح يدفع رسما معيناً ليصبح عَرِيفاً.

والعريف هو عامل بأجر عند المعلم ينظم العلاقة بينهما عقد لمدة ثلاثة أو خمسة سنوات، وكان يجوز للعريف بعد أن يقضي المدة المعينة أن يثبت معرفته بأصول الحرفة وأن لديه المال اللازم لفتح محل تجاري أو صناعي و يصبح بدوره معلماً، ومع زيادة الحاجيات الضرورية للمجتمع أخذت هذه الطوائف المهنية تمارس نوع من الاحتكار في التوزيع والعمل على التحكم في السوق وحماية مصالحها، وكان التبادل الغير متكافئ أثناء تصريف المنتجات هو مصدر الربح وبداية تشكل الرأسمال التجاري [محمود فضيل التل، ص ص 13-12]

لقد أدى نظام الطوائف أول الأمر إلى نتائج معقولة، فلم يكن هذا النظام يُقيم حاجزا بين العمل ورأس المال لأن من يبدأ كمتدرب ثم عريف يمكن في المستقبل أن يصبح معلماً، لكن ما لبث الحال أن تبدل في أواخر العصور الوسطى، إذ أخذ المعلمون يتشددون في الامتحانات ويحصرّون الترقية في أبنائهم مما أدى إلى فقدان هذا النظام أهم مزاياه، فكان بدأ الصراع بين المعلمين والعرفاء مما اضطرهم إلى تنظيم أنفسهم في مجموعات تهدف إلى الدفاع عن مصالحهم وحقوقهم في مواجهة المعلمين وتحسين أوضاعهم واعتبرت هذه التنظيمات أساساً تاريخياً مباشراً لنقابات العمال التي عرفت فيما بعد، وكان للحروب الصليبية دور في اضمحلال النظام الإقطاعي سواء بتجزئة أملاك السيد الخاصة أو موته، إضافة إلى قلة عدد الأبقان بسبب ذهابهم إلى الشرق مما أدى إلى توزيع الأملاك على القلة الباقية، كما أنها شكلت مُعرجاً تاريخياً فتح عيون أوروبا على مختلف العلوم والفنون التي ستشكل فيما بعد أساس مرحلة نهضة فكرية على كل المستويات، وحصل تطور واضح في قوى الإنتاج نتيجة التقدم الفني وتطور أساليب العمل، وفتح باب التطور في المجال الصناعي، الفني والتقني، وهذا ما زاد من الطبقة في المجتمع و تنامي طبقة جديدة هي "البرجوازية التجارية"، هدفها تحقيق الربح المستمر من خلال المشاغل الصغيرة التي تحولت فيما بعد إلى مصانع ومصارف، شكلت ركيزة نشوء أسلوب الإنتاج الرأسمالي الذي اعتمد على استغلال العمال المأجورين.

وظل الأمر على هذا الحال إلى نهاية القرن 18 وقيام الثورة الفرنسية سنة 1789، حيث أتت بمفاهيم جديدة لعلاقات العمل و قامت بتبني تنظيم شروط العمل، وظهر العقد في إبرام علاقة العمل الفردية، وهو الإطار الوحيد الذي يبين التزام كل طرف وأقرت حرية الإنسان وحرية في العمل في القانون " loi d'allarde "

المؤرخ في مارس 1791... « يحق فيه لكل شخص وبكل حرية أن يمارس أي عمل أو أية مهنة يريد... وكل شخص حر يعمل لحساب من يريد أو تشغيل من يريد»، لكن هذه الطلاقة في التمتع بالحرية يتعارض مع وجود التجمعات المهنية، وهذا ما أدى إلى إصدار قانون " la loi chappelier " المؤرخ في جوان 1791 لتضييق النطاق على العمال والمستخدمين، ينص على علاقة عمل فردية وبشروط معقولة، وهو الأمر الذي ناد به الاقتصاديين الغربيين، فكرسوه في قوانينهم فيما بعد خاصة آدم سميث في مؤلفه "ثروة الأمم" ومبدأ "دعه يعمل دعه يمر"، هذا المبدأ الذي قيّد من سلطة القانون في تنظيم علاقات الأفراد والأشخاص المعنويين [رشيد واضح، 2002، ص ص 16-17].

إن ما يمكن القول عن هذه الفترة أنها تميزت بإضفاء الطابع القانوني على علاقات العمل بسنّ القوانين ووضع الأنظمة، غير أنه بقيام الثورة الصناعية بدأت العلاقات المهنية تتوتر بين العمال والمستخدمين أصحاب العمل لانعدام التوازن الاقتصادي بينهم وعدم التساوي في المراكز القانونية، إذ أصبح العمال في ظل حرية العمل والتعاقد يخضعون لضغوطات الحاجة الاقتصادية، الاجتماعية وشروط أصحاب المصانع، الذين احتكروا وسائل الإنتاج لتحقيق مصالحهم وزيادة ثرواتهم فساعت أحوال العمال وضعف حجم عرض العمل مما أدى إلى انخفاض في الأجور والضمانات المالية، المهنية، الاجتماعية وضعف الاستقرار في العلاقات المهنية.

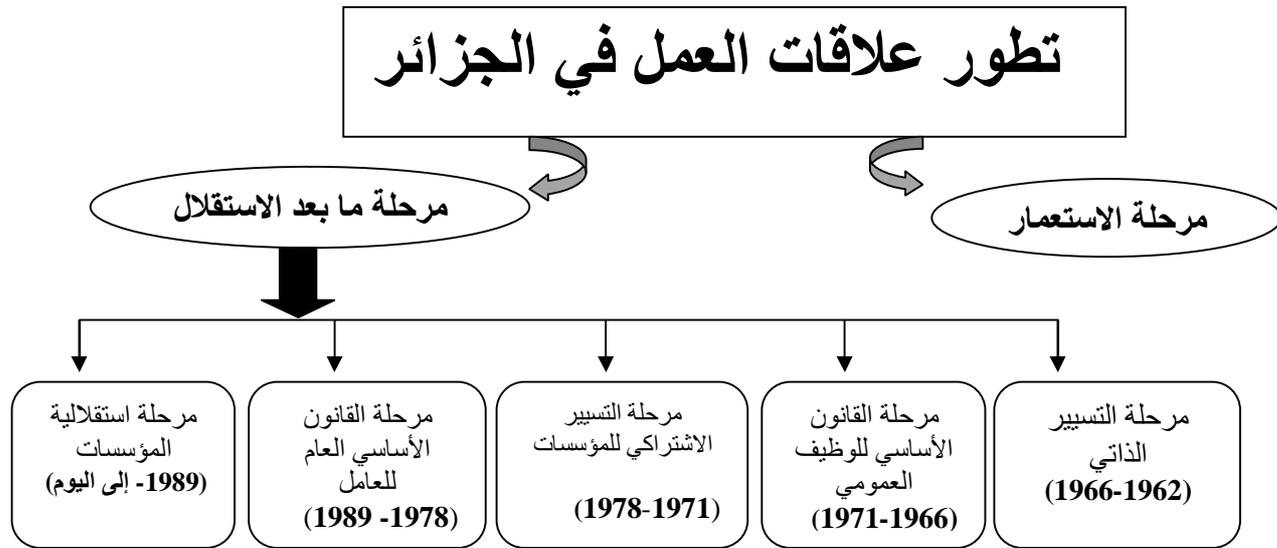
3- طابع علاقات العمل بالجزائر وتطورها

نظرا للدور الفعال الذي تلعبه علاقات العمل في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية من خلال تحقيق البرامج والسياسات، ظهرت الحاجة إلى إعطائها الدور الكافي في التنظيم لتطورها وتدعيمها وتكريس مبادئ خاصة بها، وتزايد الاهتمام بعلاقات العمل بعد الثورة الصناعية بسبب تكاثر مخاطر الآلات وارتفاع الأسعار، فسعت معظم الدول إلى تنظيم علاقات العمل الفردية والجماعية بشكل متطور على أسس واضحة تهدف إلى حماية العمال واستقرار المجتمع.

إن تطور علاقات العمل في الجزائر يعود أساسا إلى التطور الذي شهدته المؤسسات الاقتصادية في ظل القوانين الاقتصادية والاجتماعية، حيث يعتبر معيار تطور علاقات العمل بالجزائر مرتبط بتطور تشريعات

العمل فيها، وذلك في مراحل متميزة لما أحاط بها من معطيات وعوامل سياسية واقتصادية خاصة بكل مرحلة، ارتأينا تقسيمها كما يبينه الشكل الآتي:

الشكل(3): تطور علاقات العمل في الجزائر



المصدر: من إنجاز الطالبة

وقد تميزت كل مرحلة بمايلي:

1-3 - مرحلة الاستعمار (1830 - 1962)

في هذه الفترة عمل المستعمر على استغلال اليد العاملة الجزائرية بأجور زهيدة لا تغطي حاجياتها اليومية، حيث كان الجزائريون يعملون في الأراضي الزراعية التي سُلبت عُونة من مالكيها، المخصصة في معظمها لزراعة الكروم بالإضافة إلى العمل في القطاعات الصناعية التي تتطلب جهدا بدنيا كبيرا ودرجة المخاطر بها مرتفعة.

أما من الناحية القانونية فقد عرفت الجزائر خلال هذه الفترة تطبيق النظام الفرنسي، حيث امتد تطبيق قانون الوظيفة العمومية الصادر في 19/10/1946 إلى الجزائر مع بعض الاستثناءات في التطبيق نظرا لأن هذه الوظيفة كانت حكرا على الفرنسيين، وتواصل العمل بالقوانين الفرنسية على اعتبار أن الجزائر امتداد لفرنسا حسب النظرة السائدة آنذاك طبعا مع إدخال بعض التعديلات المناسبة للأوضاع في الجزائر كل مرة، كان

آخرها قانون 1959 الذي امتد تطبيقه إلى الجزائر بموجب مرسوم صادر في 2 أوت 1960، استمر العمل به إلى غاية الإستقلال.

2-3- مرحلة ما بعد الإستقلال

وهي مرحلة إسترجاع السيادة وإعادة البناء، حيث كان لابد من سن القوانين والتشريع لتنظيم واستكمال عملية التنمية، فرغم أنها كانت متباطئة نوعا ما إلا أنها استطاعت مواكبة التغيرات والتطورات العالمية وصولاً إلى ما هي عليه وسنقسم هذه المرحلة إلى مراحل جزئية كما يلي:

3-2-1- المرحلة الأولى: مرحلة التسيير الذاتي (1962-1966)

عرفت هذه المرحلة فراغا قانونيا وتنظيميا في مختلف المجالات، وتفاديا لتعطيل وتجميد الحياة الاقتصادية والاجتماعية بادرت الدولة إلى إصدار القانون رقم 57/62 المؤرخ في 31/12/1962 المتضمن تمديد العمل بالقوانين الفرنسية إلا ما يتعارض منها مع السيادة الوطنية [رشيد واضح، 2002، ص33]، وفي فترة لاحقة أصبحت هناك معطيات جديدة، فبعد رحيل المعمّرين وتركهم للأراضي الزراعية والمؤسسات الصناعية من جهة وبقاء آخرين أصحاب مؤسسات صناعية من جهة أخرى، عانوا من مشكل تحصيل المادة الأولية، تعطل الآلات،... إلخ، مما أدى إلى تباطؤ وتيرة العمل وانخفاض الإنتاجية التي تُرجمت إما في تسريح العمال والغلق الكلي أو الجزئي للوحدة الإنتاجية أو رحيل المعمّرين نهائيا. هذه التهديدات دفعت العمال إلى الإحتجاجات وشن الإضرابات، مما دفع الدولة للتدخل أين أولت استغلال الأراضي والمؤسسات الصناعية الهامة لتجمع العمال collectifs de travailleurs تحت وصايتها في شكل لجان للتسيير بطريقة التسيير الذاتي، وجاء مرسوم 1963 من أجل ترسيم هذا النمط من التسيير وجعله قانوني [Ammar Benamrouche, 2000, p84].

إن فكرة التسيير الذاتي لم تكن وليدة تفكير عميق وإنما كانت استجابة عفوية لظروف اقتصادية، سياسية واجتماعية معينة فرضت العمل بهذا النمط، حيث وصل عدد المؤسسات الصناعية سنة 1964 إلى 413 مؤسسة، تسيير ذاتيا ومعظمها تتميز بصغر حجمها، إلا أنه لم يدم طويلا حتى بدأ العمل على التقليل من

انتشاره وما قرارات التأميم إلا تأكيد على ذلك، إذ بعد انقلاب 1965 اندلعت حركات احتجاجية مُطالبه هدفها الدفاع عن التسيير الذاتي المهدد من قبل الرئيس الجديد للدولة" هواري بومدين".

3-2-2- المرحلة الثانية: مرحلة القانون الأساسي للتوظيف العمومي (1966-1971)

وهو القانون رقم 133/66 الصادر سنة 1966 إلى جانب قانون الولاية والبلدية، حيث نص على الطبيعة التنظيمية لعلاقة العمل بحسب ما جاء في المادة الخامسة من الفقرة الثانية « العامل بعدما يرسم يكون في وضعية قانونية أساسية وتنظيمية إزاء المؤسسة أو الإدارة » فيخضع لإجراءات التعيين، التنقل، الإنتداب دون حق المعارضة أو الرفض.

إن ما يؤكد الطبيعة التنظيمية هو تحديد الأجور والتقليل من النزاعات الفردية والجماعية بتقييد ممارسة حق الإضراب في بعض القطاعات ومنعه في أخرى، وما أخذ على هذا القانون استبعاده للعلاقة التعاقدية واعتبارها علاقة تنظيمية فقط.

3-2-3- المرحلة الثالثة: مرحلة التسيير الاشتراكي للمؤسسات (1971 - 1978)

وهي مرحلة فرضها تطور عدد العمال والحاجة إلى أنظمة وقوانين تضمن لهم الحماية والرعاية بإعادة النظر في الحياة العملية للعمال والموظفين، ويعتبر الأمر 75/71 المؤرخ في 16 نوفمبر 1971 فاتحة قوانين العمل في الجزائر، هدفه توحيد القانون الأساسي من خلال تحقيق المساواة في الحقوق والواجبات وجعل العامل منتج/ مسير في آن واحد، حيث تنص المادة السابعة منه على أن: « عمال المؤسسة الاشتراكية هم منتجون يتحملون مسؤولية تسيير المؤسسة» بالإضافة إلى توحيد الهياكل التنظيمية لمختلف أشكال المؤسسة العمومية.

ويرى Mohamed Boussoumah في كتابه " المؤسسة الاشتراكية في الجزائر" أن ميلاد المؤسسة الاشتراكية هو نتيجة حتمية لاتحاد الاشتراكية والمؤسسة العمومية، فالتغيير قبل كل شيء هو تغيير سياسي في طرق وأساليب الإنتاج، وانتقال المؤسسة العمومية إلى مؤسسة اشتراكية يمكن تفسيره

بعاملين: [Mohamed Boussoumah, 1983, p19]

(1) صراع العمال حول بقاء التسيير الذاتي والمشاركة الواسعة للعمال في تسيير الاقتصاد.

(2) إرادة القوى السياسية في بسط الديمقراطية الاقتصادية بعد استحداث القطاع العمومي

الصناعي والقطاع العام التجاري، ووضع حيز التنفيذ تخطيط مركزي مطلق.

ونشير هنا أنه في سنة 1973 أستبدل القانون الفرنسي الخاص بعلاقات العمل، حيث كان لذلك الأثر المزدوج:

- إنهاء المفاوضات على مستوى المؤسسات العمومية وتأكيد منع حق الإضراب.
- تبني حق الإضراب في القطاع الخاص من خلال إصدار تعليمتين.

إن هذا القانون لم يُحدث تغيير في علاقات العمل، وجاء فقط لتكريس نظام مشاركة العمال في تسيير المؤسسة الاقتصادية وبقيت الأمور كما كانت عليه إلى غاية 1975، أين صدرت مجموعة من النصوص التنظيمية المتعلقة بالعدالة في العمل، مدة العمل وتحديد اختصاصات مفتشية العمل بالمفهوم التقني على مستوى القطاع الخاص وإمكانية تطبيقها في القطاع العام، سمحت بإبرام بعض الاتفاقات الجماعية بين المؤسسات العامة الاقتصادية وعمالها.

3-2-4- المرحلة الرابعة: مرحلة القانون الأساسي العام للعامل (1978-1989)

إن عدم وجود قوانين وأنظمة صريحة وواضحة خاصة بالقطاع العام الذي يشغل عدد كبير من اليد العاملة جعل علاقات العمل تتسم بعدم التجانس والانسجام، وذلك ما دفع في كثير من الأحيان إلى اللجوء لتطبيق القوانين الفرنسية مرة وتطبيق أحكام المؤسسات الخاصة في القطاع العام مرة أخرى، وهذا ما نتج عنه انتهاك وتعسف في حق العمال في غياب هياكل تمثيلية للعمال تتولى حماية مصالحهم والدفاع عن حقوقهم.

هذه الفوضى ونقص الاستقرار كانت الدافع لإصدار القانون الأساسي العام للعامل. صدر بموجب الأمر 12/78 الصادر في 5 أوت 1978 المطابق للمبادئ الاشتراكية التي تضمنها الميثاق الوطني ودستور 1976، كان هدفه وضع الأسس التي تنظم عالم الشغل وكافة علاقات العمل في مختلف قطاعات النشاط ويسري على جميع الفئات العمالية باختلاف أصنافها، درجاتها والوظائف التي تمارسها والمهن التي تنتمي إليها، ترتب عن تطبيقه العملي إصدار أكثر من 20 نص تشريعي (قوانين) وأكثر من 100 نص تنظيمي (مراسيم)، تناولت المدة القانونية للعمل، العطل، تشغيل الأجانب، تنظيم الأجور والمرتبات، الضمان الاجتماعي والتكوين المهني.

ما أخذ على هذا القانون أنه لا يختلف عن قانون الوظيفة العمومية، فرغم المسعى التوحيدي فإن مختلف القوانين والنصوص المطبقة على مختلف القطاعات لم تُمكن من التخلص من النظرة التقليدية القائمة على التمييز بين قطاع الوظيف العمومي والقطاع العام الاقتصادي [رشيد واضح، 2002، ص35].

3-2-5- المرحلة الخامسة: مرحلة استقلالية المؤسسات (1989 إلى اليوم)

لقد بدأ التحضير لهذه المرحلة بصفة رسمية خلال ندوة تم عقدها يومي 21 و 22 ديسمبر 1986، تهدف إلى وضع مخطط يهدف إلى تطوير الأجور وتنظيم المرتبات والحوافز المناسبة لتحسين فعالية المؤسسات، وقد تم تشكيل لجنة لتقديم تقرير حول نجاعة المراسيم التطبيقية السائدة وإمكانية إثرائها من خلال المخطط السابق ذكره، لكن تقرير اللجنة جاء بسلبيات تتمثل في:

- 1) فشل المراسيم السائدة في وضع ميكانيزمات فعالة لإقامة علاقات عمل مستقرة وعادلة.
 - 2) ثقل الإجراءات وجمود القوانين بسبب فرض المساواة الشكلية.
 - 3) ضعف الحوافز، ونتيجة لهذا التقرير السلبي تقدمت مجموعات العمل باقتراحات لخطة عمل يتم فيها التنفيذ وفق ثلاثة مراحل:
- المرحلة الأولى [1988-1989]: تحرير المؤسسات من القيود التي فرضها القانون السابق تحضيراً للتعديل الشامل لهذا القانون أو إلغائه.
 - المرحلة الثانية [1990]: إصدار تعديلات خاصة بسن قانون جديد.
 - المرحلة الثالثة [1990-1994]: متابعة إصدار كافة القوانين والتعديلات الخاصة بقطاع العمل.

لقد وجدت هذه الإقتراحات قبول من قبل السلطات الرسمية والتشريعية، وعرفت سنة 1990 صدور العديد من النصوص القانونية المتعلقة بتنظيم علاقات العمل على أساس مبدأ التعاقد بموجب القانون 11/90 واعتماد الاتفاقات الجماعية للعمل كإطار تنظيمي جديد لعلاقات العمل إضافة إلى قوانين أخرى:

- قانون 02/90 المتعلق بتسوية نزاعات العمل الجماعية.
- قانون 14/90 المتعلق بممارسة الحق النقابي.
- قانون 04/90 المتعلق بتسوية النزاعات الفردية في العمل.
- قانون 03/90 المتعلق بمفتشية العمل.

إن هذه القوانين أحدثت قطيعة مع التشريعات وقوانين العمل السابقة، وكانت تسعى إلى إحداث تغيير جذري في علاقات العمل. تميزت هذه الفترة بتراجع دور ورقابة الدولة نظراً للاستقلالية التي منحها المشرع للمؤسسات الاقتصادية والاجتماعية مما أسفر عن حرية أكبر في التعبير سواء بالنسبة للعمال أو أصحاب العمل، وأصبحت هناك مرونة أكبر في تسيير القوى العاملة، فقد فسح المجال أمام أطراف علاقة العمل

لتصور أوسع وأشمل للقواعد التي تحكمها وتكريس مبدأ التفاوض الجماعي والحوار للتكفل بانشغالات العمال، حيث وصل عدد الاتفاقات المبرمة سنة 2010 إلى 11779 اتفاقية جماعية تغطي 3.457.325 عاملا.

لقد تم مواصلة تدعيم المنظومة التشريعية للعمل بسد الفراغات المسجلة لاسيما بالنسبة لمفتشية العمل التي كان دورها فيما سبق يتمثل في التدخل الإيديولوجي للدولة في المؤسسات مثل: مساندة مسيري المؤسسات العمومية ضد الحركات الاحتجاجية المرخصة، لتفقد الكثير من صلاحيتها بعد صدور القانون الجديد، فلم تصبح الجهة المخولة بمنح رخصة لصاحب العمل من أجل تسريح العمال لأسباب اقتصادية، وأصبح دورها ينحصر في الرقابة على إجراءات التوظيف، تنصيب العمال، الإعلام على مستوى مديرية العمال والموظفين وتقديم المساعدة التقنية للمؤسسات، ليتطور لاحقا وتلعب دور الوسيط الخارجي في فض نزاعات العمل الجماعية، وقد تم ذلك من خلال القانون رقم 17/04 المؤرخ في 04 نوفمبر 2004 المعدل والمتمم للقانون رقم 14/83 المتعلق بالتزامات المكلفين في مجال الضمان الاجتماعي والقانون رقم 19-04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 المتعلق بتنصيب العمال ومراقبة التشغيل، إضافة إلى جملة من النصوص التنظيمية في مجال الوقاية من الأخطار المهنية.

بعد عرض المبحث الأول تبين كيف تطورت علاقات العمل من شكلها البسيط إلى أن أخذت الصيغة القانونية، وأصبح للعمال الحق في تنظيم أنفسهم للدفاع عن مصالحهم والمطالبة بحقوقهم في إطار التنظيمات العمالية، وسنتناول في المبحث الثاني أهم مبادئ وأسس التمثيل العمالي وأشكاله.

المبحث الثاني:

التمثيل العمالي

إن تمثيل العمال حق معترف به ومكسب مضمون لجميع العمال أقرته الدساتير والمواثيق الدولية بعد نضالات طويلة، حيث عرف عالم الشغل تغييرات انعكست على أنظمة التمثيل العمالي، هذه الأنظمة بُنيت على نموذج استغلال العامل من حيث زيادة ساعات العمل وانخفاض الأجور المدفوعة للعمال، مما أدى بهم للوقوف على قدم المساواة مع أصحاب العمل واستلزم ذلك وجود هيكل نظامي كوسيلة مشروعة لتعبير العمال على تطلعاتهم ومطالبهم.

1- مفاهيم خاصة بالتمثيل العمالي

إن تمثيل العمال يأخذ عدة أشكال، لكنه غالباً ما يتمثل في النقابات المشكّلة من قبل العمال لمفاوضة الأجور وشروط العمل وتمثيل كلمة الطبقة العاملة ودعم مفهوم الديمقراطية داخل المؤسسات، وفيما يلي نقدم مجموعة من الهيئات، قد تكون شخصاً طبيعياً أو معنوياً، تتواجد على مستوى المؤسسات لتمثيل العامل، حمايته والدفاع عن حقوقه المعترف بها:

- مندوبي العمال: هم الأجراء المنتخبين من قبل نظرائهم حسب القوانين المعمول بها على مستوى المؤسسة، دورهم التكفل بمطالب العمال الفردية والجماعية المتعلقة بالأجور، وتطبيق قانون العمل والأنظمة المتعلقة بالحماية الاجتماعية والوقاية.

- مجلس المؤسسة: يتواجد عادة على مستوى المؤسسات سواء كانت صناعية أو خدمية وتضم أكثر من 100 عامل، يتمثل دوره في تسيير النشاطات الاجتماعية والثقافية للمؤسسة مثل: دور الحضانة، مطاعم المؤسسة، الرحلات الصيفية...إلخ.

- لجنة الوقاية، الحماية وشروط العمل: هي هيئة ممثلة للعمال المتواجدين على مستوى المؤسسات والإدارات التي تضم على الأقل 50 عاملا، متخصصة في الشؤون المتعلقة بالصحة، السلامة المهنية وظروف العمل، تضم الأعضاء المنتخبين من قبل العمال والمعينين من قبل صاحب العمل، يتمثل دورها في إتخاذ إجراءات من أجل تحسين ظروف وشروط العمل داخل المؤسسة [www.wikipedia.org]، بالإضافة إلى مراقبة ومتابعة مدى تطبيق القوانين الخاصة بالنظافة والأمن [محمد بوشريبة، 2003، ص 95].

- المنظمة النقابية والمندوب النقابي: تتولى المنظمة النقابية تسيير نزاعات العمل وتلقي الشكاوى ومتابعة التغيرات الطارئة فيما يخص القوانين المتعلقة بالأجور وشروط العمل، بالإضافة إلى دورها كطرف في المفاوضات الجماعية، أما المندوب النقابي فليس ممثل منتخب، وإنما يعين من قبل النقابة لتسيير الوحدة النقابية وتمثيل النقابة داخل المؤسسة وتمثيل المصالح المهنية للأعضاء. يستفيد ممثلي العمال المنتخبين والمعينين من حماية ضد العقوبات والتسريح التعسفي قبل، أثناء وبعد العهدة الانتخابية وذلك حسب القوانين السائدة في كل بلد [http://www.emploi.belgique.be]

2- نظريات مُختارة في فلسفة التنظيم العمالي

1-2- نظرية هوكس

يَعْتَقِدُ أن النقابة تنمو من الجوّ النفسي والاجتماعي للعمال الذين يتشابهون في مواقفهم وظروفهم الاقتصادية والاجتماعية، واعتبر التنظيم العمالي يسعى لتحقيق مصالح معينة وهو بهذا يعارض ضمنا تحديد أسباب ثابتة لظهور النقابات سواء كانت أسباب سياسية، تاريخية أو اقتصادية، وهذا ما يعارض نظرية الصراع الطبقي عند تفسير أسباب ظهور الحركات العمالية.

وقسم "هوكس" التنظيمات النقابية إلى ثلاثة أنواع واعتبرها أشكال تظهر باستمرار في الحركات العمالية، واعتبرت هذه المعالجة من أهم مساهمات "هوكس" في كتابات النظريات النقابية:

أولاً. التنظيم الصناعي: هو التنظيم الذي يقوم على أساس الشعور بالوعي الصناعي، يسعى إلى التأكيد على الأهداف المباشرة، زيادة الأجور، تقليل ساعات العمل وتحسين ظروف العمل، لا يُولي اهتماماً بالغاً للنشاطات الاجتماعية والسياسية إلا في حالة تأثيرها على الأهداف الاقتصادية. يميل هذا النوع إلى حصر عضوية النقابة في العمال الذين يعملون في صناعة واحدة ويلجأ التنظيم لتحقيق أهدافها من خلال التفاوض الجماعي أو إشعال أسلوب التهديد بالإضراب في حالة فشل المفاوضات.

ثانياً. التنظيم المغير: يُركّز على القيم الاجتماعية والأخلاقية، يهدف لرفع مستوى الحياة الاجتماعية، الفكرية والثقافية للعمال وتحقيق الرفاهية من خلال برامج الرعاية الاجتماعية، التأمين وتأسيس الجمعيات التعاونية الإنتاجية والاستهلاكية، يلجأ إلى العمل السياسي لتحقيق أهدافه.

ثالثاً. التنظيم الثوري: يعتمد على الوعي الطبقي لدى العمال، يرفض نظام الملكية الخاصة لوسائل الإنتاج، شعاره التجانس وتوحيد جميع العمال بغض النظر عن الاختلافات بينهم في التخصص، الخبرة، التخصص والمستوى المعيشي. لتحقيق أهدافه يلجأ عادةً لاستخدام سلاح الإضرابات [محمد هيثم حوراني، 1987، ص 305].

2-2- نظرية فرانك تاننوم

حسب هذه النظرية يُعتبر الفكر النقابي كرد فعل للعمال، أين تكون الآلة هي العامل المسيطر في المجتمع الحديث، ويجد في هذا التطور التكنولوجي مصدر سخط العامل وتمردّه، فهي تقضي على مهاراته واهتماماته من جهة وتكبّت دوافعه وتُسبب الضجيج والتلوث من جهة أخرى، وهذا ما يُؤدّد شعور عدم الرضا لديهم ويرى "تاننوم" أن الإتحادات العمالية وصلت إلى مركز قوي من خلال سيطرتها على عرض العمل، وبالتالي فرض مستويات الأجور على صاحب العمل وإلا سيتعرض إلى وقف العمل وإعلان الإضراب [محمد هيثم حوراني، 1987، ص 307].

2-3- سيلغ بيرلمان

استند سيلغ بيرلمان في آرائه على دراسته واستنباطه للحركة العمالية في كل من روسيا، بريطانيا، ألمانيا والولايات المتحدة الأمريكية، حيث توصل إلى أن هناك ثلاث عوامل رئيسية في أي حركة عمالية:

(1) الحركة العمالية تحمل مقاومة شديدة للطبقة الرأسمالية.

(2) نجاح الحركة العمالية يعتمد على مستوى النضج الفكري للتنظيم النقابي.

(3) سيطرة المثقفين على الحركة النقابية.

وحول أسباب ظهور التنظيم النقابي يؤكد "بيرلمان" أن ضعف القوة التفاوضية للعامل هو ما دفع العمال لإعتماد التنظيمات النقابية كوسيلة لتحسين وضعيتهم.

4-2- سيدني وبياتريك ويب

يعتبر "سيدني جيمس" وزوجته "ويب بياتريك" أن النقابات وسيلة لتحقيق الديمقراطية في العلاقات الصناعية ويجب أن تتطور لضمان حماية مصالح العمال في العمل، إذ أن هدف النقابة أسمى من مجرد تحقيق منافع اقتصادية، فهي تهدف إلى إعادة تشكيل المجتمع وتقوية حقوق الفرد بإعطائه حق التمثيل في مركز تفاوضي قوي.

5-2- جورج كول

كتب "جورج دوقلاس كول" حول الدور الصحيح الذي يجب أن تلعبه الحركة العمالية، حيث يعتقد أن هدف النقابات العمالية هو السيطرة على الصناعة من قبل المنتجين الحقيقيين، أي العمال، بالمشاركة مع الدولة، ولتحقيق هذا الهدف لابد من وجود حركة نقابية صناعية والتي كان كول من مؤيديها، كما أكد على ضرورة تحليل النقابة العمالية على أساس أنها حركة طبقة قائمة على أساس النضال الطبقي.

6-2- كارل ماركس

اعتمد ماركس التفسير الاقتصادي للتغيرات التاريخية، حيث اعتبر الثورة علامة بارزة للانتقال من مرحلة المجتمع الزراعي إلى مرحلة الرأسمالية الصناعية التي خلقت طبقة برجوازية من الرأسماليين الصناعيين، دفعتهم ظروف المنافسة إلى تخفيض مستوى الأجور للحفاظ وزيادة حجم الإنتاج على حساب طبقة العمال الصناعيين.

ومع زيادة استخدام الآلات ارتفعت حدة النزاع بين العمال والإدارة مما دفع إلى تشكيل تنظيمات ضد أصحاب العمل، وما زاد في تحفيز العمال للانضمام للنقابة هو شعورهم بالاستغلال الاقتصادي والظلم السياسي والنقص الاجتماعي.

ويرى ماركس أن التنظيم النقابي هو الخطوة الوسيطة في الصراع الطبقي، أي في نضال القوى العاملة وتنظيم صفوفهم وتوحيد مواقفهم، وبالتالي فإن التنظيمات العمالية ليست أهدافا بحد ذاتها وإنما هي مؤسسات سياسية لزيادة التماسك ضد الطبقة البرجوازية، فهي حركة جماعية على المستوى العالمي، أين تتشابه مصالح العمال وتكون دائما متعارضة مع مصالح واهتمامات صاحب العمل.

3- تطور التمثيل العمالي في الجزائر

لقد عرف التمثيل العمالي في الجزائر تطورا من خلال تطور علاقات العمل كما يلي:

3-1- مدخل حول تمثيل العمال الجزائريين أثناء الحقبة الاستعمارية

رغم أن تمثيل العمال حق معترف به ومكسب مضمون لجميع العمال أقرته مختلف الدساتير والمنظمات الدولية، إلا أن الوضع مختلف بالنسبة للجزائر، فلم يعرف العمال الجزائريون في فترة الاستعمار الفرنسي حق تكوين تنظيمات تتولى تمثيلهم على مستوى مؤسسات وأماكن عملهم وتعمل على المطالبة بحقوقهم والدفاع عن مصالحهم في وجه صاحب العمل، الذي غالبا ما يتمثل في المستعمر الفرنسي الذي استمات في استغلال العمال وممارسة كل الإجراءات التعسفية في حقهم، وذلك في ظل غياب قوانين تكرس إنشاء هيكل نظامي عمالي يعبر عن تطلعات العمال ومطالبهم.

وكانت نقابة عمال المطابع أول نقابة استعمارية أنشئت سنة 1880 بقسنطينة، وتبعها تكوين مجموعة من النقابات في مهن أخرى على غرار نقابة الخبازين، الحلاقين،... الخ، ثم عرفت سنة 1919 انضمام حوالي 5000 عامل جزائري إلى الإتحادية العامة للعمال بفرنسا، وخلال هذه المرحلة كان المستعمر يسهر على إصدار القوانين التي تمنع تشكيل التنظيمات الممثلة للعمال واستمر الحال على وضعه إلى غاية سنة 1954، أين تم تكوين مركزية نقابية خاصة بالعمال الجزائريين نابعة من السياسة الفرنسية عرفت باسم " الإتحاد العام للنقابات الجزائرية" شارك فيها أكثر من 236 نقابي جزائري [ياسين تملالي، 2009، ص4].

2-3- تشكل الإتحاد العام للعمال الجزائريين كهيئة وحيدة لتمثيل العمال الجزائريين

بعد اندلاع الثورة التحريرية بسنتين، أسس مجموعة من النقابيين الجزائريين في الكنفدرالية العامة للعمال CGT والكنفدرالية الفرنسية للعمال CFT بمبادرة من جبهة التحرير الوطني منظمة نقابية جزائرية "الإتحاد العام للعمال الجزائريين"، وأصبح له تشكيلات وفروع حيث كان يضم آنذاك أكثر من 11 ألف منخرط، كانت في تزايد على اعتبار تمثيله لكل القطاعات، لكن بعد فتح التعددية النقابية عرف تراجعاً محسوس في عدد المنخرطين.

3-3 أشكال التمثيل العمالي في ظل التسيير الاشتراكي

بعد الحصول على الإستقلال، سعت الدولة الحديثة إلى إصدار قوانين تنظم الحياة الاقتصادية وتسهم في دعم التنمية من خلال البرامج المسطرة، ومن أجل ضمان مشاركة العمال جاءت ونصت المادة 74 من التعليمات الصادرة في 16 نوفمبر 1971 والمتعلقة بالتسيير الاشتراكي للمؤسسات على ثلاثة هيئات تتمثل في [Ammar Benamrouche, 2000, P29 -32]:

- تجمع العمال (l'assemblée des travailleurs): مكوّن من 7 إلى 25 عضو حسب أهمية وحجم العمالة داخل المؤسسة، يتم انتخابهم لمدة 3 سنوات من طرف العمال، أما الرئيس يُنتخب لمدة سنة قابلة للتجديد.

وجدير بالذكر هنا أن مواقف تجمع العمال AT اتّجاه ما حدث كانت متوافقة مع الرأي النقابي، أي موقف الإتحاد العام للعمال الجزائريين، وهذا ما يُناقض حق الإمتياز وحرية إبداء الرأي الممنوحين للأعضاء بحكم مناصبهم والمسؤوليات الموكلة إليهم.

- اللجان الدائمة (les commissions permanentes): يُقدّر عددها بخمسة أعضاء، يُحدّد من قبل تجمع العمال، يتمثل دورها في التدخل وحماية تجمع العمال وضمان رأي وميزات دائمة لمشاركة العمال.

- مجلس المديرية (le conseil de direction): يتأسس هذا المجلس مدير المؤسسة أو الوحدة الإنتاجية، يتكون من أعضاء المديرية إضافة إلى عضوين يتم انتخابهم من طرف تجمع العمال، يتمثل دوره في نقل ملاحظات واقتراحات تجمع العمال حول برامج التنمية التابعة للمؤسسة أو الوحدة الإنتاجية رغم أنه غير مجبر على أخذها بعين الاعتبار، وبعد استحداث هذا التنظيم أصبح الفضاء المحدد قانونيا الذي يتم فيه التنسيق بين العلاقات الاجتماعية، العلاقات الاقتصادية، علاقات العمل،.. إلخ.

4-3- دستور 1989 وتكوين النقابات المستقلة

ظلّ الإتحاد العام للعمال الجزائريين هو الممثل الشرعي والوحيد للعمال الجزائريين والمعترف به من قبل الحكومة أثناء المفاوضات وإبرام الاتفاقيات إلى غاية سنة 1988، أين ساهمت أحداث 5 أكتوبر في تهيئة وتحضير إعادة بناء النظام السياسي بالجزائر والانتقال من مرحلة الحزب الواحد (حزب جبهة التحرير الوطني) إلى التعددية الحزبية والنقابية وما إنجرّ عنه من تغييرات انعكست على الحياة الاقتصادية، الاجتماعية وعلاقات العمل فيما بعد.

إذن؛ كانت أحداث 5 أكتوبر 1988 هي الحدث الفاصل في التغيير السياسي، الاقتصادي والاجتماعي في تاريخ الجزائر، لذا ارتأينا التطرق لمجموعة من المؤشرات بغية الفهم الجيد والتقييم الدقيق لهذه الأحداث.

- بالنسبة للتبعية التكنولوجية وتبعية بعض المصانع للخارج فيما يخص صيانة بعض قطع الغيار وبعض المواد الأولية فهو أمر واقع، ومحاولة تنويع الشركاء الأجانب من أجل وضع حد للإحتكار لم يغيّر من الوضع شيء، أما التبعية الغذائية فلم تتوقف عن الإرتفاع إلا بعد وضع برنامج "الإكتفاء الذاتي".

- بالنسبة للإستهلاك و التضخم، فقد ارتفعت القدرة الشرائية للجزائريين بعد الإستقلال و ارتفع معدل النمو السنوي المتوسط للموارد الخام من 8.1% خلال المخطط الثلاثي إلى 10.6% خلال المخطط الرباعي، مما أدى إلى زيادة معتبرة في التوجه للسلع الاستهلاكية ووصول معدلات التضخم إلى 16% سنة 1986.

- بعد تراجع الموارد المالية الخارجية للدولة والتحرير الفوضوي للأسعار على مستوى السوق الموازي، ساءت الظروف الاجتماعية لطبقة معتبرة من المجتمع بسبب زيادة الأسعار وثبات الأجور، حيث تبرز الإحصاءات المتعلقة بنفقات الإستهلاك العائلي لسنة 1988 أن 20 % من العائلات مرتفعة الدخل تستحوذ على 46.5 % من الإنفاق الكلي، في حين 20 % من العائلات الأكثر فقراً لا تتفق أكثر من 6.8 % من الإنفاق الكلي [Ben Achenhou Abdelatif, n139, 1993, p36].

- بالنسبة لمعدلات التشغيل والبطالة فقد عرفت تغيرات، أين استلزم ريثم النمو المتسارع خلق مناصب للشغل سنويا بين 1967 و1984 كانت بمتوسط 120 ألف منصب سنويا، وصلت إلى غاية 160 ألف منصب بين 1977 و1984، وكانت معدلات التشغيل تفوق معدلات النمو الديمغرافي على امتداد المخططات الثلاثة. وابتداء من 1984 تراجع معدل التشغيل السنوي من 138 ألف إلى 122 ألف منصب سنة 1985 وإلى 74 ألف منصب سنة 1986، وفي سنة 1987 تم تسجيل 88 ألف منصب شغل مع عجز لـ 94 ألف منصب شغل، حيث قدرت نسبة البطالة سنة 1988 بـ 20 % [Didier le Saout & Marguerite Rollinde ,1991,p72].

كل هذه المعطيات تدلّ على تدهور أوضاع معيشة الجزائريين وخاصة الطبقة العاملة المتوسطة مما أدى إلى الخروج إلى الشارع والقيام بأعمال عنف، وهذا ما دفع الدولة إلى المسارعة في عملية الإصلاح على عدة مستويات بإصدار مجموعة من القوانين، من بينها قانون 14/90 المتعلق بكيفية ممارسة الحق النقابي بعدما كرس دستور فيفري 1989 التعددية وتكوين نقابات مستقلة تضمن:

- حرية التعبير بالنسبة للشركاء الاجتماعيين.
- حرية العمال في إنشاء نقابات مستقلة خارج إطار الممثل الوحيد الموجود، تكون مستقلة عن إ.ع.ع.ج، الدولة أو أي تنظيم سياسي.
- توسيع دور هذه النقابات، حيث تشارك في المفاوضات والإنفاقات الجماعية للمؤسسة، كما تنظم وتسير الإضرابات وتعمل على انتخاب قرار القيام بالإضراب حسب وجهة نظر تجمع العمال، تحرير إشعار الإضراب، تنظيم الحركات الإحتجاجية، التفاوض وإعلام العمال بتطورات ونتائج النزاعات.

3-5- موقف إ.ع.ع.ج وتعامل الدولة مع قانون 11/90

بعد تكريس دستور 1989 لحق التعددية وإصدار قانون 11/90 تعرض هذا الأخير لردود أفعال عدة أطراف تمثلت في:

• الإتحاد العام للعمال الجزائريين، الذي عمل على المحافظة على هيمنته وسيطرته على الحركة النقابية من خلال قيام المجلس الوطني لهذا التنظيم بعقد دورة في 25 مارس 1989 من أجل معارضة أي فكرة للتعددية النقابية وما تلاه من تتابعات على مستوى الصحافة وتصريحات الشخصيات البارزة في عالم النقابية، فعلى سبيل المثال أصدرت جريدة المجاهد مقال يوم 28 مارس 1989 بعنوان "التعددية النقابية، تهديد"، كما أدلى الأمين العام لـ إ.ع.ج.ع.ج آنذاك "عبد الحق بن حمودة" و "بوعلام بورويبة"، وهو نقابي قديم وعضو في إ.ع.ج.ع.ج بتصريحات للعمال، يناديان من خلالها إلى رفض التعددية النقابية ودعم ومساندة إ.ع.ج.ع.ج.

أما على مستوى المؤسسات، فقد عمل إ.ع.ج.ع.ج على مقاطعة كل الاجتماعات المتعلقة بمشاريع المفاوضات الجماعية، لكن هذا الموقف المعارض للقوانين الجديدة سرعان ما عرف مرونة ومحاولة الإنسجام على اعتبار أن هذه القوانين ستوضع حيز التنفيذ وسيتم تطبيقها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكن تفسير تغير الموقف ببعض القرارات المتخذة من قبل الدولة والتي تعمل على دعم وتقوية مكانة إ.ع.ج.ع.ج من خلال إصدار وزارة العمل لمنشور بحجة التحضير للفترة الإنتقالية، يتضمن انتخاب اللجان المشاركة بما يتماشى ويتوافق مع تجمعات العمال السابقة ومن المعروف أن تجمع العمال AT كان ينشط برعاية وتحت إشراف إ.ع.ج.ع.ج، كما منحت إمكانية للعمال لاختيار المتحدثين باسمهم مستقبلاً أثناء المفاوضات.

إذن؛ يمكن القول إن هذا المنشور جاء في الحقيقة لتجديد التحالفات القديمة التي تنتمي إلى G.S.E (التسيير الإشتراكي للمؤسسات) المهدهة بالإنيهار من خلال النظام التشريعي الجديد.

• أما بالنسبة لموقف الدولة، فرغم أنها هي الأصل المرجعي لسن وتشريع القوانين، إلا أنها بالتناقض تكون معارضة لتطبيقها سواء بإعادة صياغة القوانين كما كانت عليه في القوانين القديمة أو عدم البحث في العناصر المكتملة لبعض المفاهيم وإيجاد الثغرات القانونية التي تخدم سياستها وتوجهاتها، ونذكر هنا على سبيل المثال المادة 73 المعدلة من القانون القديم المتعلقة بعلاقات العمل، التي تنص على أن التوقف عن العمل يعتبر خطأ مهني جسيم، لكنها لم تبين طبيعة هذا الخطأ الجسيم وتركت التكييف للمؤسسة حسب نظامها الداخلي ووجدت التسريح كمنفذ عندما يتعلق الأمر بالعمال والحل عندما يتعلق الأمر بالنقابة، حيث كانت

المحكمة تحكم على الإضراب غير الشرعي بإدانة المضربين فقط لأنه لا يوجد قانون يُوَظِر الإضرابات، وهذا ما تم معالجته في التعديل المصوت عليه في 1991 والذي يكلف النقابة بتأسيس، تنظيم وتأييد الإضرابات، وبقيت الدولة معارضة ضمناً للنقابات المستقلة إلى يومنا هذا بإعترافها فقط بالإتحاد العام للعمال الجزائريين كمثل أثناء المفاوضات وإبرام الاتفاقيات الجماعية للعمل رغم ما تعرفه بلادنا من حالة الإنفتاح والمرونة فيما يخص الشركاء الاجتماعيين والحوار الاجتماعي.

3-6- النقابات المستقلة وأشكال جديدة لتمثيل العمال الجزائريين

لقد عرفت الساحة النقابية الجزائرية منذ 1989 تعددية، تنشط فيها نقابات مستقلة إشارة إلى استقلالها عن الإتحاد العام للعمال الجزائريين، وكانت أولى النقابات مولداً "المجلس الوطني لأساتذة التعليم العالي"، الذي أعتد من قبل السلطات في جانفي 1992 بعد إضراب طويل، وذلك ما شجّع بعض نقابيين الإتحاد العام للعمال الجزائريين على الإنشقاق عنه وإنشاء تنظيمات مستقلة في الإدارة والصحة العمومية والتعليم العام والنقل... الخ، وكلها قطاعات كان أجراؤها يتمتعون بهامش مفاوضة واسع مقارنة بهامش مفاوضة أجراء القطاعات المنتجة التي استهدفتها سياسات الإصلاح الاقتصادي.

اليوم يوجد 88 منظمة نقابية معتمدة في قطاع الشغل بالجزائر، تتوزع على القطاعين الإقتصادي والوظيف العمومي حيث تتراوح نسبة التمثيل النقابي بالجزائر بين 19% و 22%، وهي نسبة تتجاوز فرنسا التي تسجل تمثيل نقابي بنسبة 10%، ما يعني أن ما بين 78% و 81% من العمال الجزائريين لا يؤمنون بالعمل النقابي ولا يعتبرونه الوسيلة الأمثل لإنتراع حقوقهم [زولا سومر، جريدة المساء، 15-10-2010].

بالإضافة إلى هذه التنظيمات النقابية، توجد أشكال أخرى لتمثيل العمال نذكر بعضها في مايلي:

- مندوبي العمال: وهو انتخاب ممثلين للعمال داخل المؤسسة، يكون ذلك حسب نسبة معينة، ومن بين المندوبين يتم انتخاب اللجان المشتركة، وهي لجان يتم انتخاب أعضائها من بين مندوبي العمال، يتمثل دورها في متابعة النزاع واقتراح الحلول المناسبة سواء على مستوى المؤسسة أو على مستوى مفتشية العمل.

- اللجان الإدارية متساوية الأعضاء: هي اللجان الثلاثة المشاركة للموظفين المنصوص عليها في المادتين 62 و 63 من الأمر 03-06 المؤرخ في يوليو 2006، أين يتم اختيار المرشحين لتمثيل الموظفين في اللجان

المتساوية الأعضاء من طرف المنظمات النقابية الأكثر تمثيلاً لعهد 3 سنوات قابلة للتجديد تتمثل مهامها في :

- (1) تقديم الإستشارة في المسائل الفردية التي تخص الحياة المهنية للموظف مثل: الترقية.
 - (2) ترسيم الموظف بعد استيفاء الشروط.
 - (3) الإجتماع كمجلس تأديبي في العقوبات التأديبية من الدرجة الثالثة والرابعة.
 - (4) لا تعتبر اللجان المتساوية الأعضاء هيئة نقابية ولا تنافس أعضاءها الذين يتكونون من ممثلي الإدارة المعيّنين وممثلي العمال المنتخبين.
- لجان الطعن: هي لجان تدعم حماية الموظفين لتقاضي الإجراءات التي من شأنها عرقلة مجرى حياتهم المهنية، تنشأ على مستوى الإدارة المركزية (الوزارة) والولاية، تختص بدراسة الطعون المقدمة للذين تعرضوا لعقوبة تأديبية من الدرجة الثالثة كالتسريح، التزليل أو النقل الإجباري.
 - تصدر لجان الطعن قراراتها بشأن القضية المرفوعة إليها كتابياً في أجل أقصاه ثلاثة أشهر، وذلك بإثبات القضية، رفضها أو تعديلها، كما ينبغي تجديدها وجوباً في أجل أقصاه شهراً واحداً بعد تنصيب اللجان الإدارية المتساوية الأعضاء.
 - اللجان التقنية: هي لجان تُستشار في المسائل العامة المتعلقة بالظروف العامة للعمل، النظافة والأمن داخل المؤسسات والإدارات العمومية.

من خلال دراسة المبحث الثاني، نستخلص أن مفهوم التمثيل العمال عرف تطوراً مع مرور الوقت، وأخذ أشكالاً مختلفة على مستوى المؤسسات.

خلاصة الفصل الأول

استنتجنا من خلال العرض السابق أن مفهوم العمل عرف تطوراً إنطلاقاً من مفهومه الواسع البسيط المتمثل في إحداث شيء يصدر من الأحياء مروراً بمفهومه الاقتصادي المتمثل في كونه نشاط إنتاجي يسمح بإنتاج سلع وخدمات مقابل تعويض ووصولاً إلى معناه الحديث المعقد الذي يجمع بين المعنى الاقتصادي، الاجتماعي، النفسي، السياسي، القانوني،... إلخ.

وأن تطور علاقات العمل كان نتيجة تطور وسائل الإنتاج وأدوات العمل، وهذا ما انعكس على تطور الوعي والمعرفة، وكانت الثورة الصناعية الحدث الفاصل في التاريخ البشري من خلال المُستحدثات التكنولوجية وأساليب العمل الجديدة التي غيرت تركيبة المجتمع إلى طبقة مالكة لوسائل الإنتاج وطبقة عاملة. هذه الأخيرة نَظمت صفوفها للوقوف في وجه الاستغلال الرأسمالي في شكل تمثيلاتٍ عمالية، تعمل على المطالبة بحقوقها وتحسين شروط عملها.

وقد أخذ التمثيل العمالي عدة أشكال على المستوى الجزئي والكلي، كان أهمها التمثيل النقابي الذي اكتسب مع الوقت قوة تفاوضية، مكّنت من تحصيل بعض مطالب العمال وهذا ما سيتم تناوله في الفصل الثاني الذي يتناول المفاوضات الجماعية والنزاعات العمالية من خلال بحث مفاهيم وأسس العملية التفاوضية ونشوب النزاعات العمالية في حالة فشل المفاوضات.

الفصل الثاني:

المفاوضات الجماعية و نزاعات

العمل

تمهيد

يشهد عالم اليوم تحولات سياسية، اقتصادية، اجتماعية، ثقافية وتكنولوجية أدت إلى انحسار الأفكار التقليدية السائدة وأستعوض عنها بأفكار جديدة تلائم تطورات العصر الحالي، هذه التغيرات أخذت أشكال مختلفة من الصراعات والنزاعات والتعاون بين الجماعات والأفراد، ولكي يتسنى إيجاد حلولاً لهذه الصراعات والنزاعات واستبدالها بتعاون الأطراف المختلفة كان لابد من حوارات ونقاشات بين أطراف النزاع للوصول إلى حلول مرضية لجميع الأطراف من خلال المفاوضات المباشرة وغير المباشرة لإبرام اتفاقيات أو عقد معاهدات وصفقات لحل نزاع ما.

ونظراً للامتداد الكبير في النظم الإدارية وتعاضد أهدافها ظهرت نزاعات تنافسية وحاجات تعاونية على مستوى المؤسسات، أين تختلف أهداف العاملين عن أهداف أصحاب العمل، مما استدعى ممارسة التفاوض لتطوير المصالح المشتركة وفض القضايا المتنازع عليها في إطار علاقات العمل بأسلوب ديمقراطي يدفع بعجلة الإنتاج ويحقق أهداف المؤسسة والعمال.

يقدم من خلال هذا الفصل مبحثين، الأول يتعلق بالمفاوضات، والثاني يتطرق إلى النزاعات وكيفية تسويتها، وفيما يلي سنقدم المبحث الأول بعنوان المفاوضات الجماعية.

المبحث الأول:

المفاوضات الجماعية

في هذا المبحث يتم عرض مفاهيم خاصة بالمفاوضات الجماعية والطرح النظري، بالإضافة إلى الإستراتيجيات التفاوضية وتقييم نتائجها.

1- مفهوم المفاوضات

لقد صدرت عدة تعريفات للمفاوضات الجماعية من قبل المختصين بالشؤون العمالية، كتاب الإدارة، المهتمين بأدب التفاوض وحتى الفقهاء القانونيين والاتفاقات الصادرة عن المنظمات الدولية والإقليمية، وتعد الأكاديمية البريطانية " بياترس ويب" أول من استعمل مصطلح "المفاوضة الجماعية" رغم أن المفاوضات كمصطلح ليس بجديد، فقد مارسه الأقدمون، كما أن جميع ممارسات ونشاطات الإنسان هي عمليات تفاوضية، وتطور هذا المفهوم وزادت الحاجة إليها بتطور المجتمعات وتشابك العلاقات وأصبح التفاوض يتم حول الأجور وشروط العمل وظروفه، وفيما يلي بعض التعاريف المتعلقة بالتفاوض:

- حسب "جاك روجو" JaquesRojot، فإن المفاوضات تمثل حقل للدراسات ومجال للتطبيقات، فعلوم التسيير لها علاقة خاصة بالمفاوضات، حيث أن الإنطلاق من نقطة أن الضغط بين التعاون والصراع يفرض علينا مجموعة من المفاهيم والأدوات الضرورية لفهمها مثل: العقلانية المحدودة و السلطة، وهذا ما يبقي الأدوات الكلاسيكية للمفاوضات كإستراتيجيات والخطط سوى عناصر ثانوية لا يمكن فهمها واستغلالها إلا في إطارها الخاص والمناسب. لقد كان لمختلف العلوم أنماط للتحليل ومنهجية خاصة بكل مجال لدراسة كل ما يتعلق بالمفاوضات، فقد درست العلوم الاقتصادية الاحتكار المزدوج ونقصد به محدّدات القدرة التفاوضية والعوامل التي تجعل طرف يحتكر المفاوضات دون طرف آخر وتكون له سلطة تفاوضية أقوى، كما درست الرياضيات مراحل اتخاذ القرار على اعتبار أن نتيجة المفاوضات هي عبارة عن عملية لاتخاذ القرارات بالإضافة إلى اهتمام علم النفس بتحليل سلوكيات وشخصيات الأطراف المتفاوضة [Jaques Rojot,2003,p 940].

- المفاوضات هي المناقشات والمساومات والحوار الذي يجري بشأن ظروف العمل والاستخدام بين صاحب العمل من جهة ومجموعة من العمال أو نقابة عمال معينة بقصد الوصول إلى اتفاق جماعي بين الطرفين [أحمد الشوابكة، 1996، ص19].
- المفاوضات هي ما يتم بين طرفي الإنتاج، الطرف الأول يتمثل في النقابة أو مجموعة من النقابات أو الإتحاد العام للعمال في بلد ما مع الطرف الثاني، الذي يتمثل في أصحاب العمل أو التنظيم الذي يمثلهم من أجل إبرام عقد اجتماعي بين الطرفين حول شروط الاستخدام بما فيها ظروف العمل والأجور وساعات العمل [عدنان رؤوف، 1979، ص 243].
- المفاوضات هي اجتماع أصحاب العمل أو من يمثلهم بممثلين عن موظفيهم بقصد بحث فئات الأجور، ساعات العمل، أحوال العمل وغير ذلك والاتفاق على صيغة عمل في النهاية [بشير العلق، 1983].
- المفاوضات عملية تخص العمال وأصحاب العمل، يقوم بها ممثلو نقابات أو اتحادات العمال مع صاحب العمل أو مع ممثليهم من أجل التوصل إلى حسم نزاعات العمل الجماعية التي قد تحدث بينهما في مجال العمل، والهدف من ذلك إبرام اتفاق أو عقد للعمل الجماعي بينهما لتحديد الشروط والظروف التي يقبل بها الطرفان جماعيا، وعادة ما يشارك في المفاوضات ممثلي الجهات الرسمية (الحكومة)، ويمكن للمفاوضات أن تحقق كل مطالب العمال أو جزء منها، وتصبح نافذة إذا قبل بها الطرفان [نواف طبيشات، 2001، ص26].
- المفاوضات الجماعية هي استمرارية مرنة لتغطية كاملة لعلاقات منظمة ومؤسساتية بين صاحب العمل ونقابات العمال بالرغم أن المفاوضات الجماعية هي نظام أو عملية مستمرة بالطبيعة على تمييز مفاوضات التعاقد (الحالة القانونية) وإدارة العقود (الحالة التنفيذية للعقد) ووضع الاتفاقية موضع التنفيذ (Harold Davey, 1972, p3).
- جاء في الاتفاقية الدولية المتعلقة بحق التنظيم النقابي والمفاوضات الجماعية رقم 98 لسنة 1949: « يجب اتخاذ الإجراءات الملائمة حسب الظروف الوطنية إذا ما دعت الضرورة إلى ذلك بقصد تشجيع وتنمية وتطبيق إجراءات واسعة المدى للتفاوض الاختياري لعقد اتفاقات جماعية بين منظمات أصحاب العمل والعمال، تهدف إلى تنظيم شروط العمل»، وفي عام 1966 أكدت هيئة الأمم المتحدة في الاتفاقية الدولية

للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للإنسان على حق وحرية التنظيم النقابي الذي يعتبر الشرط الأساسي للمفاوضات والعقود الجماعية.

وعليه: المفاوضات وسيلة يلجأ إليها كل من ممثلي العمال وممثلي أصحاب العمل لبحث وتحديد الأجور، ساعات العمل، ظروف وشروط بيئة العمل وكل ما يتعلق بحقوق العمال أثناء فترة العمل من أجل التوصل إلى إبرام اتفاق مجسد في عقد عمل جديد وبشروط جديدة. ونجد أنها تشترك في النقاط التالية:

- المفاوضات الجماعية تتم بين طرفين: العمال وأصحاب العمل.
- وجود مطالب أو نزاع عمالي.
- عملية المفاوضات بين الطرفين تعتمد على مبدأ الأخذ، العطاء والمجازبة.
- حق من الحقوق العمالية النقابية.
- عملية اتخاذ القرار بالاتفاق بهدف توقيع العقد والاتفاقية لتحديد الأجر وشروط العمل.

2- نظرية المفاوضات

بناء على النظرية الكلاسيكية التي تفترض أن العالم مثالي والعقلانية محدودة، فإنه ليس من الضروري التطرق إلى المفاوضات الأجرية على اعتبار أن الأسعار كفيلة بتعديل العرض والطلب على مستوى كل الأسواق بما فيها سوق العمل، أين تكون مستويات التشغيل والأجر الحقيقي محددة بتقاطع منحنيي العرض والطلب في سوق المنافسة المثلى، حيث يسود مستوى التشغيل الكامل ولا وجود للبطالة عند وضع التوازن. على عكس الواقع، تسعى النقابات إلى تحديد الأجور من خلال التفاوض مع أصحاب العمل بهدف تحصيل أعلى أجر ممكن، وهذا ما أدى بالنظريات الاقتصادية الكلاسيكية إلى اعتبارها المسؤولة عن البطالة وإعاقة التشغيل الجيد.

أما النظريات الحديثة فتري أن تحديد الأجر لا يرجع إلى ميكانيزمات السوق (العرض والطلب)، وإنما يرجع إلى المتعاملين في حد ذاتهم أي أصحاب العمل والعمال الأجراء حيث:

- يقدم صاحب العمل عقود تقبل أو ترفض، تتضمن قيود مثل: معطيات البيئة التي تتميز بعدم التأكد والمعلومات غير الكاملة، وهذا ما يدفعه إلى عرض أجر أكبر من أجر التوازن.
- ويؤخذ بعين الاعتبار أن العامل لا يختار فقط الأجر، وإنما يشارك في تحديده عن طريق المفاوضات، وهنا نتساءل من أين تأتي القدرة والقوة التفاوضية للعمال مع صاحب العمل؟، فهذا

الأخير إن لم يواجه قيود فهو يمنح فقط أجر احتياطي (salaire de réserve)، أي الأجر الذي لا يضعه في موقف اختلاف بين قبول الأجر ورفضه - modèle de monopsonie*، فسواء قبل أو رفض فالأمر سيان بالنسبة لصاحب العمل على أساس أن الأجر لو رفض فهناك من يقبل بالعقد.

إذن: هنا العمل يكون بالأجر المحدد من طرف صاحب العمل دون تحمل تكاليف إضافية بسبب انتهاج سلوك خلق التنافس بين العمال [Muriel Pucci et Halene Zadjela, 2003, p95]، لكن أحيانا تكون هناك حالات تفرض على صاحب العمل التراجع في تطبيق ما سبق ذكره، كأن يتحمل تكاليف توظيف عامل جديد ويكون قد تسلم عمله واكتسب خبرة وكفاءة، ففي هذه الحالة تركه لمنصب عمله وتعويضه سيكلف صاحب العمل تكاليف إعادة التفاوض والتوظيف، وهذا ما يضطره إلى اللجوء للتفاوض مع العامل، وبالتالي يمنح قدرة وقوة تفاوضية لهذا الأخير.

3- المفاوضات الجماعية ونزاعات العمل

إن عملية المفاوضات الجماعية تنطلق من فكرة "علاقة العمل"، فحسب "هيكس" (1932)، إذا اعتبرنا صاحب العمل وممثلي العمال يتميزون بالعقلانية ويتنبؤون بنتائج المفاوضات فلن يكون هناك مكان للإضراب، وانطلاقا من فرضية العقلانية الفردية، فإن الإضرابات لن تكون، وإن كان هناك إضراب فهذا نتيجة نقص المعلومات، وهنا صاحب العمل وممثلي العمال لن يستطيعا تحمل تكلفة الإضراب إلا إذا غطى تكلفة المعلومة، فمعظم التحاليل تصب في هذا الاتجاه على اعتبار أن العامل لا يحصل على المعلومات الكاملة حول المردودية والأرباح المتوقعة و فقط النقابات لها معلومات تقييمية من خلال المعلومات المنشورة حول القطاع بصفة عامة أو الأجور المتوسطة للمؤسسات المنافسة، وهنا يصبح الإضراب وسيلة تنتهجها النقابة للحصول على المعلومات أو وسيلة لصاحب العمل من أجل إقناع العامل بعدم قدرته على رفع الأجر.

وهنا تظهر قدرة كل طرف على مقاومة وتحمل الإضرابات، فعند تهديد النقابة بشن إضراب لوقت محدد ومعلوم يمكن لصاحب العمل تحديد أعلى أجر لتجنب التكاليف بحيث تكون:

الزيادة في الأجر > تكاليف الإضراب

إذن؛ هناك علاقة طردية إيجابية بين مدة الإضراب والأجر الأعلى الممنوح في دالة التنازل لصاحب العمل (la courbe de concession de l'employeur)، وفي المقابل الإضراب بالنسبة للعمال هو تفويت ربح

* Modèle de Monopsonie: هو نوع من الأسواق يكون فيه طلب واحد مقابل عدد من العروض، وهي حالة نادرة مماثلة لحالة الإحتكار، أين يكون عرض واحد مقابل عدد من الطلبات.

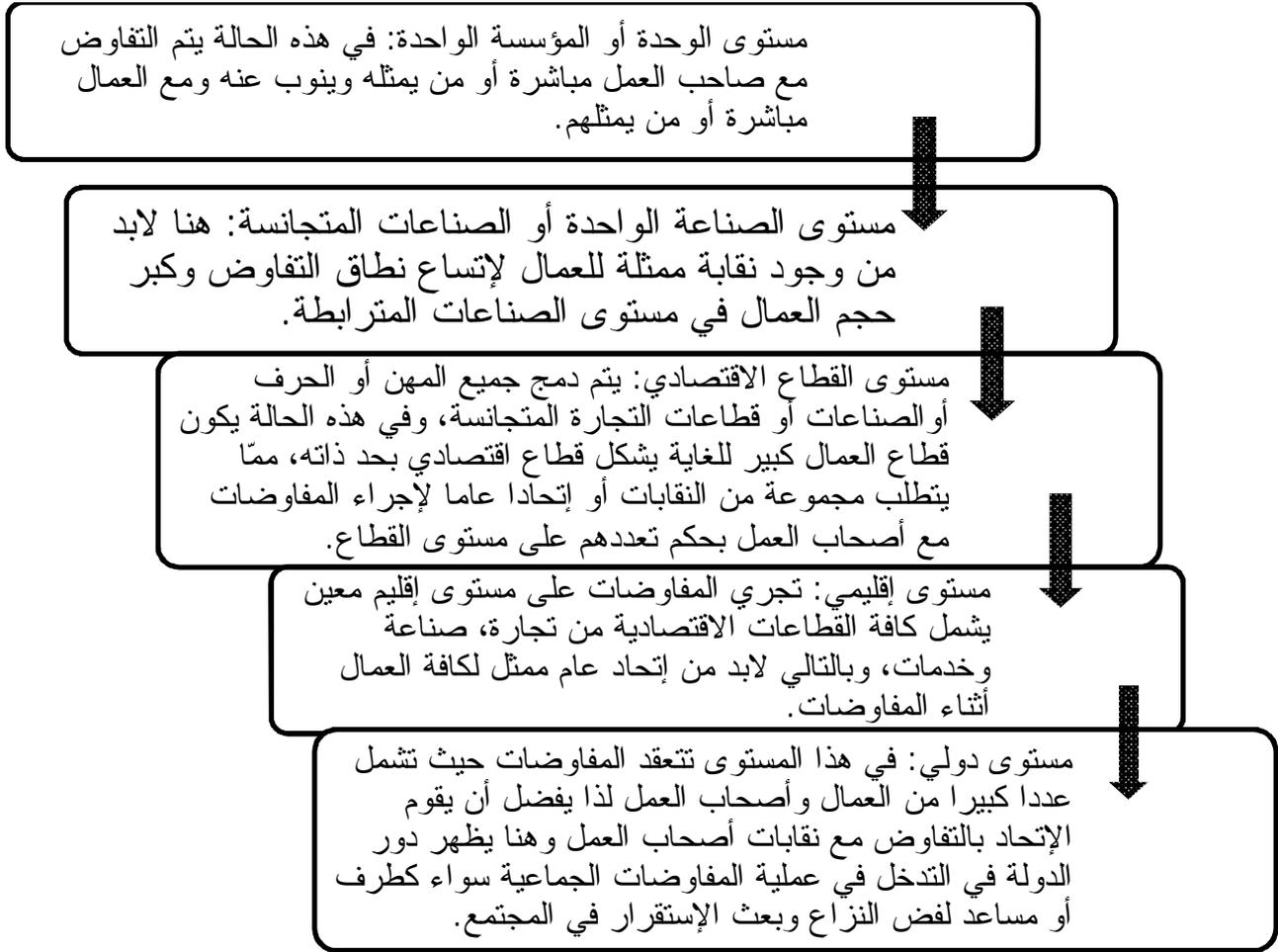
وفقدان دخل، فعند كل فترة إضراب تحدد النقابة أدنى أجر مقبول من أجل التنازل والتخلي عن الإضراب من خلال العلاقة بين مدة الإضراب والأجر الأدنى المضمون (la courbe de résistance des syndicats)، ونشير أن تقاطع الدالتين يعطينا الأجر W ومدة الإضراب كنتيجة للوصول إلى اتفاق في المفاوضات، فإذا زادت القدرة على مقاومة الإضرابات بالنسبة للنقابة ومَنَح صاحب العمل أجر أقل من W ، فإن النقابة تعلن عن إضراب أطول من المدة السابقة، والعكس إذا كان الأجر الذي تطالب به النقابة أكبر من W ، فإن من صالح صاحب العمل القبول بالإضراب لأنه يعلم أن المدة غير كافية بالنسبة للإضراب حتى يقبل بالتنازل.

وحسب تحليل "هيكس" و"مورو" (1982)، فإن كل طرف سيرفض اقتراحات الطرف الآخر إذا كان يظن أنه سيقاوم الإضراب لفترة طويلة، والأجر لا يمكنه سوى أخذ قيمتين، الأولى تكون في مقدرة صاحب العمل والقيمة الثانية هي الأجر المناسب بالنسبة للعمال، كذلك لا يمكن اتخاذ قرار الإضراب وقبوله إلا إذا كان كل من الطرفين يعلم القدرة على المقاومة من خلال توليفة ربح/تكلفة، وهذا ما أطلق عليه كنان (1986) Kennan تناقض هيكس "le paradoxe de Hicks"، حيث يقول أنه لو يُستند إلى نظرية تتنبأ متى يكون الإضراب؟ وماذا ستكون نتائجه؟، فإن أطراف المفاوضات ستتفاهم وتبرم اتفاق مسبق استنادا للنتائج لتقادي تكلفة الإضراب.

4- مستويات المفاوضات الجماعية

يمكن تصنيف مستويات المفاوضات الجماعية كما هو مبين في الشكل الآتي: [نواف طبيشات، 2001، ص33]

الشكل (4): مستويات المفاوضات الجماعية



المصدر: من إنجاز الطالبة

5- شروط المفاوضات الجماعية وصفات المفاوض

إن قيام المفاوضات الجماعية تفترض توفر مجموعة من الشروط، أهمها: [نواف طبيشات، 2001، ص35]

- وجود ممثلين عن العمال و أصحاب العمل: حيث لا يمكن القيام بعملية التفاوض دون وجود ممثلين عن الطرفين خاصة ممثلي العمال، ويعتبر الإطار القانوني لتشكل نقابات العمال ومنظمات أصحاب العمل شرطا أساسيا في عملية المفاوضات الجماعية لذا تدعم ذلك الحكومات، وهذا ما يؤكد دورها في ضمان حقوق العمال أثناء المفاوضات لإيجاد الحلول المناسبة للنزاعات بين الطرفين.
- سيادة المبادئ الديمقراطية والحريات العامة: وهو شرط لازم لتكوين نقابات الطرفين حتى تتمكن من تمثيلهم والدفاع عن مصالحهم وتلبية مطالبهم كما ينبغي.

- الاعتراف المتبادل بحق التمثيل بين نقابات العمال وأصحاب العمل: إن وجود إطار قانوني يكرس حق تمثيل العمال عن طريق النقابات المكونة يسهل من اعتراف صاحب العمل بها أثناء المفاوضات، وفي حالة الرفض تتدخل الدولة لفرض اعتراف الطرفين كطريقة لتجسيد الديمقراطية في المجتمعين الصناعي والخدمي.

- توازن القوى بين الطرفين: باعتبار أن المفاوضات هي عملية تفاعلية، فلا بد من توفر عنصر الندية لدى طرفي المفاوضات والتمتع بالحقوق القانونية بما يسمح لكل طرف بإحداث تغيير في مقدرة الطرف الآخر من جهة والاستجابة لطلباته من جهة أخرى، وفي الأخير التنازل من كلا الطرفين للوصول إلى اتفاق دون تسليم واستسلام لطرف على حساب طرف آخر.

- حسن النية أثناء المفاوضات: ويقصد به دخول عملية المفاوضات بنية صادقة للوصول إلى اتفاق وفض الخلاف بين الطرفين قبل أن يتأزم ويصبح نزاعاً يستدعي استخدام وسائل مختلفة لتلبية مطالب العمال.

إن التفاوض عملية اتصالية بين طرفين، لا يمكن أن تتم دون العنصر البشري، وفهم السلوك الاتصالي يساعد على بلوغ هدف التفاوض [السيد عليوة، 1987، ص9]، كما أن التعرف على صفات الشخص المفاوض يساعد على التنبؤ بسلوكه أثناء المفاوضات، ورغم أن دراسات عدة خلصت أنه ليس هناك صفات محددة ومهارات مميزة للشخص المفاوض، إلا أنه يمكن إدراج مجموعة من الصفات التي تطرق لها عدد من الباحثين، اعتبروا من خلالها الفروقات الثقافية والاختلافات الإيديولوجية من المحددات الرئيسية لصفة المفاوض، وفيما يلي مجموعة من الصفات التي يجب أن يتمتع بها كل مفاوض حتى يكون تأثيره إيجابياً في المفاوضات: [حسن الحسن، 1989، ص 93]

- (1) الذكاء والفراسة، الثقافة والمعلومات والإلمام باللغات.
- (2) براعة المناقشة وفصاحة البيان.
- (3) القدرة على القيادة، المبادرة، المبادرة واتخاذ القرار.
- (4) المقدرة على التخطيط واستعمال الوقت وإجادة فن الإنصات والتحدث للإقناع.
- (5) التحلي بالمنطق والموضوعية.
- (6) مهارة جمع وتحليل واستخدام المعلومات.

(7) الإمام بمختلف المعارف (المعرفة الاقتصادية، القانونية، اللغوية) ذات الصلة بالتفاوض [عباس أبو التمن، عباس غالي، 1991، ص83]

6- سيرورة المفاوضات الثنائية

- في إطار عرض سيرورة المفاوضات، نستند إلى أعمال Edgeworth في نهاية القرن 19 حيث ركز على المفاوضات الثنائية والتي جاء فيها:
- المفاوضات لن تأخذ مجراها إلا إذا كان الطرفين على وعي بالقدرة على إيجاد حل يرضي الطرفين، يكون عكس الوضعية الحالية.
 - أثناء سير المفاوضات، لا يقبل أي طرف إقتراح حول الأجر يجعله خاسرا مقارنة بالوضعية السابقة أي الاقتراح يكون في صالح الطرفين.
 - تنتهي المفاوضات عندما لا يتمكن أي طرف من تقديم عرض أو اقتراح دون خسارة.
 - الأجر الذي يتم حوله التفاوض يجب أن يكون المفضل للطرفين عند بداية المفاوضات طبعاً، لكن بشرط أن لا يسمح بالتنبؤ بسير المفاوضات (Optimum de Parreto)* .

ما يؤخذ على هذا التحليل أنه يقترح مجموعة من العقود الممكنة والمتاحة لا تختلف إلا في كونها متاحة لأحد أطراف التفاوض، وهذا ما يجعل النتائج تتحدد حسب القدرة التفاوضية النسبية لكل طرف، ومن أجل الفهم الجيد لسيرورة المفاوضات لابدّ من التحكم في مفهومين يُعتبران الأداتان النظريتان الضروريتان لتحليل سيرورة المفاوضات:

أ- **السلطة (Le pouvoir)**: حسب مدرسة "هارفد"، إذا كان أحد الأطراف لا يملك السلطة فنحن خارج إطار المفاوضات، حيث أن السلطة هي ما يسمح بتسخير الموارد والإمكانات لتحقيق الأهداف وتجاوز القيود، وفي هذا الإطار، النقاش حول أبعاد السلطة يطرح ثلاث مستويات للتحليل:

➤ تحليل من وجهة نظر الموارد: حيث يتم شرح من أين تأتي سلطة المفاوضات؟ أو بمعنى آخر: ما هي الموارد التي تمنح السلطة؟

* **Optimum de Parreto** "أمثلية باريتو": مصطلح اقتصادي استحدثه العالم الاقتصادي الإيطالي "فيلفريدو باريتو"، يطلق على حالة الكفاءة الاقتصادية التي تحدث عندما لا يمكن زيادة منفعة مستهلك أو سلعة ما إلا عن طريق الإضرار بمستهلك أو سلعة أخرى، ولا تتحقق حالة الأمثلية إلا عندما يتم استنفاد كافة الحلول.

- تحليل ميكانيزمات واقعية ومجسدة للسلطة: هنا يركز التحليل حول نقطتي " الصراع " و "التعاون" حيث يتم تحديد حاجة كل طرف للطرف الآخر من أجل الوصول إلى اتفاق، بالإضافة إلى مدى الحرية والاستقلالية التي يتمتع بها كل طرف.
- تحليل من وجهة نظر السلطة المُدمجة: أين يتم فرض قواعد وأهداف تكون مقبولة من طرف جميع الأطراف خلال سير المفاوضات.

ب- العقلانية المحدودة (La rationalité limitée): وهو افتراض أن المعلومات غير كاملة ولا أحد من الأطراف لديه معلومات تمكنه من التنبؤ أو معرفة نتيجة المفاوضات، وهنا يركز التحليل حول نقطة " التفكير قبل سلوك رد الفعل " [Jaques Rojot, 2003, p 942].

7- المفاوضات الأجرية

1-7- الطرح النظري

يسعى تحليل المفاوضات حول الأجر عموماً إلى فهم " تقسيم الأرباح " la partage des gains في إطار العلاقة بين صاحب العمل وممثلي العمال، وقبل تقديم المفاوضات الأجرية نقوم أولاً بتقديم أهداف صاحب العمل والنقابة مع الأخذ بعين الاعتبار معيار Nash* الذي يشرح نقاط القوة المتمثلة في القوة التفاوضية ونقاط التهديد المتمثلة في المخاطر، فهدف صاحب العمل يتمثل في تحصيل أكبر ربح ممكن، بينما تعتبر المحافظة على أجور عادلة والحصول على حصة من الأرباح الإستثنائية الأهداف المعتادة للسياسات الأجرية للنقابات. وانطلاقاً من هذا الهدف افترضت الأعمال الأولى لـ Dunlop أن النقابات تبحث عن تعظيم مجموع الأجر الكلية المحصلة من طرفها، هذه المقاربة أنتقدت من طرف Ross سنة 1948 إذ اعتبرها مقاربة ذات بعد اقتصادي بالدرجة الأولى، فحسب رأيه النقابة هي " منظمة سياسية " من وجهة قبولها كوحدة كلية، كما قام بتسليط الضوء على النزاعات بين ممثلي العمال والعمال، أي مسيري النقابات والأعضاء، لكنه أهمل ما يسمى اليوم التمثيل الاقتصادي للنقابات، الذي يبحث عن مصالحهم الشخصية ومع تطور أعمال Ross حاول الباحثون تمييز أهداف النقابات وركزوا على الصراع حول الأهداف بين المسيرين والأعضاء فيما يخص النقابات، على عكس Ashenfelter & Johnson (1969)، اللذان افترضوا أن وصول المسيرين لأهدافهم مرتبط بتحسين المستوى المعيشي للأعضاء أقصى ما يمكن، فالإمام كلاً من صاحب العمل والممثلين النقابيين

* معيار NASH: يصل التنافس إلى توازن "ناش" إن لم يستطع أي من اللاعبين أن يستفيد شيئاً بتغيير استراتيجيته التي يلعب بها بشكل منفرد مع محافظة بقية اللاعبين على استراتيجياتهم.

بكل المعلومات الضرورية سيمكنهم من الإتفاق بسهولة وبسرعة حول مستوى أجر معين وهذا حسب نموذج Hicks، لكن باقي الأعضاء لا يملكون معلومات كاملة وقد يكونوا راضين عن نتائج الإتفاق، وهنا يكون في صالح الممثلين النقابيين القيام بإضراب لكسب عطف العمال وإفناعهم بالدفاع عن مصالحهم. لكن Ferber (1986) يرى عكس ذلك، ويقول أن سلطة النقابة تزيد بزيادة عدد الأعضاء المشغلين فعلا وهدف النقابة زيادة حجم التشغيل أكثر ما يمكن والمفاوضات حول الأجر سيؤدي إلى اتفاق حول أجر يساوي أجر الاحتياط للعمال، وهنا التناقض مطلق، فالمفاوضات التي كانت الهدف الأول لن تسمح للعمال حتى على الحصول على أقل حصة من الزيادة وكل شيء يسير وكأن المفاوضات لا يستعملون أي قوة تفاوضية.

2-7- الإحتكار النقابي

قبل تطور نظرية المفاوضات لم يكن بالاستطاعة التطرق إلى تأثير النقابة، وذلك بافتراض أنها الوحيدة التي تعمل على تحديد وتثبيت الأجر وبعدها يعمل صاحب العمل على تحديد مستوى التشغيل، وهذا ما يعرف بـ " نموذج الإحتكار النقابي -Le monopole syndical-، فالنقابة تعمل على المطالبة والمفاوضة على أجر يفوق أجر الاحتياط لأعضائها. في هذه الحالة يكون مستوى التشغيل أقل من التشغيل الكامل وهنا البطالة ترجع إلى المردودية النقابية، أي فائض الأجر المحصل من قبل النقابة [Muriel Pucci & Helene Zadjela, 2003, p961].

بعد تطور نظرية المفاوضات تم إعادة طرح فرضية الإحتكار النقابي لأنه أصبح من الممكن تحديد سيرورة المفاوضات انطلاقا من معالجة Nash، فـنموذج الإحتكار النقابي ينطوي ضمن وضعية "ما تحت المثلى" لأن هناك بطالة، وهذا ما قاد Mac Donald & Solow سنة 1981 إلى استعمال معالجة Nash بافتراض أن المفاوضات تتم وفق متغيرين هما الأجر والعمل، حيث لو كان صاحب العمل يحدد مستوى التشغيل تبعاً للأجر المتفاوض عليه ستكون هناك بطالة كما في نموذج الإحتكار النقابي، وتوصلا إلى أن للنقابة أثر إيجابي على مستويات التشغيل إذا زادت قدرتها التفاوضية، حيث يزيد عدد العمال المشغلين والأجر المحصل يكون أكثر ارتفاعا والتشغيل الناتج عن المفاوضات أهم من التشغيل الذي يحدده صاحب العمل لأن صاحب العمل في حالة عدم وجود قيود مثلا: التهديد بالإضراب يفضل دوما اقتراح أجر الاحتياط ويحدد مستوى التشغيل لأن هذا ما يحقق له أعلى مستويات الأرباح.

8- الاستراتيجيات التفاوضية:

تحتل الاستراتيجيات التفاوضية مكانة مهمة في أدبيات التفاوض بحكم أن الاختلاف والنزاع قائمان باعتبارهما جزء من الطبيعة الإنسانية، ونظرا لتنوع النزاعات والاختلافات فإن أساليب إدارتها تتنوع ويحتاج كل منهما إلى أسلوب وإستراتيجية مختلفة ينتهجها المفاوضون للوصول إلى اتفاق الطرفين، ويعود معنى كلمة إستراتيجية إلى العلوم العسكرية التي تعرفها على أنها: «علم وفن الحرب».

أما الاستراتيجيات التفاوضية فهي عبارة عن خطط عمل تحتوي على مجموعة من الوسائل والأساليب، الطرق والآليات من أجل تحقيق هدف العملية التفاوضية، تنقسم إلى قسمين كما هو موضح في الشكل الآتي:

الشكل (5): الاستراتيجيات التفاوضية

| الاستراتيجية الصراعية (stratégie conflictuelle) | الاستراتيجية التعاونية (stratégie coopérative) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • كل طرف يسعى إلى تعظيم حصته من الأرباح، تقوم على مبدأ مكسب/ خسارة، وكل طرف هو بمثابة عدو للطرف الآخر وكل منهما يعمل لصالح نفسه. | <ul style="list-style-type: none"> • كل طرف يأخذ بعين الاعتبار احتياجات ومطالب الطرف الآخر ويعمل على تنمية المصالح المشتركة، تقوم على مبدأ مكسب/ مكسب، والهدف هو تحقيق ربح واتفاق مرضي للطرفين. |

المصدر: من إنجاز الطالبة

بالنسبة لهذه الاستراتيجيات، كل طرف في المفاوضات له حججه وأسبابه لانتهاج إستراتيجية معينة، وحتى تتم المفاوضات يجب التنازل ولو بجزء بسيط، وبالتالي يتم الرجوع إلى التعاون وإن لم يكن ما سبق ذكره وتمكن كل طرف من تحقيق ما يريده فلا داعي للدخول في وضعيات مفاوضات. إذن؛ كل عملية مفاوضات تستوجب تصرفات وسلوكات صراعية، ولو انتهج أي طرف إستراتيجية من التي سبق ذكرها فلا يمكنه التراجع، لأن الانتقال من الصراع إلى التعاون يؤدي لزعة الثقة واستغلالها سلبيا من أحد الطرفين للآخر واعتبارها نقطة ضعف.

9- تقييم نتائج المفاوضات

المفاوضات هي عملية تفاعل بين طرفين يتم فيها تبادل المعلومات، تهدف إلى اتفاق بين الطرفين وتبدأ عند "عدم القدرة على" أو "الرغبة في" حل المشكلة، وذلك بالتقدم بمطالب عمالية من قبل النقابة لصاحب العمل تشمل الأجور، ساعات العمل، تحسين شروط العمل،..إلخ. بعد ذلك تتم مجريات المفاوضات بالأخذ والعطاء بين الطرفين سعياً لإنجاح عملية المفاوضات، ولا يمكن التكلم عن نجاح المفاوضات إلا إذا تم ترجمة اتفاق التفاوض إلى اتفاقية عمالية تكون في شكل عقد رسمي، وأحياناً قد تفشل المفاوضات ما يؤدي إلى نشوب نزاع عمالي يهدد بإضراب العمال أو غلق صاحب العمل [نواف طبيشات، 2001، ص84].

ولمعرفة أسباب نجاح أو فشل المفاوضات، لابد من إجراء تقييم لتلك العملية لمعرفة الأسباب في حالة الفشل، معالجتها والإستفادة منها مستقبلاً، كذلك الإستفادة من التغذية العكسية لتحديد مقدار النجاح المحقق للأهداف المخططة مسبقاً لعملية المفاوضات وحجم المطالب التي تم تحصيلها وحصر الفرص الضائعة ومدى مناسبة ونجاح المفاوضين، الإستراتيجيات والأساليب التفاوضية وأخيراً قياس مدى رضا العمال عن الإتفاق المبرم مع صاحب العمل، وللقيام بعملية التقييم قد يتم إختيار شخص شارك في المفاوضات أو شخص محايد، ويبقى القول أن المفاوضات ليست هدفاً بحد ذاتها وإنما وسيلة للوصول إلى اتفاق عمل جماعي.

استنتجنا من خلال عرض المبحث الأول أن المفاوضات هي الوسيلة التي يلجأ إليها ممثلي العمال وصاحب العمل لبحث الأجور وشروط العمل من أجل الوصول إلى اتفاق مرضي للطرفين، أما في حالة فشل المفاوضات تحتد النزاعات وهذا ما سيتم تناوله في المبحث الثاني.

المبحث الثاني:

النزاعات كنتيجة لفشل

المفاوضات

قد تنتج المفاوضات المباشرة، وهي الحالة الطبيعية التي تؤدي إلى توقيع اتفاق في شكل عقد مرضي للطرفين، وقد تتعثر ويتمسك كل من الطرفين بموقفه مما يؤدي إلى تأزم الوضع ونشوب نزاع عمالي ويبدأ كل طرف باستخدام قوته وأسلحته من إضراب للعمال وإغلاق لصاحب العمل. هذا النزاع قد يحتاج إلى طرف ثالث للمساعدة في تسوية النزاع، وتبدأ مرحلة التوفيق والمصالحة من خلال المفاوضات غير المباشرة بين الطرفين، قد تنجح وينتج عنها توقيع الاتفاق وقد تفشل مرة أخرى لندخل المرحلة الأخيرة وهي مرحلة التحكيم للبت في النزاع الناشب بين الطرفين.

1- مفاهيم خاصة بالنزاعات

1-1- الفرق بين مصطلحي "النزاع" و "الصراع"

إن مصطلحي "النزاع" و "الصراع" يتكرران في الأوساط العلمية والكتب التي تهتم بالسياسة والإدارة خاصة كمرادفين، فيستخدم الكتاب تارة مصطلح "النزاع" وتارة أخرى مصطلح "الصراع" وذلك لوصف التباين والاختلاف بين وضعيتين، توجهين، فكرتين أو فئتين، فهل كلمة Conflict في المعاجم الأجنبية والتي تمت ترجمتها إلى "صراع" و "نزاع" تحمل نفس المعنى في المعاجم العربية؟

- لقد جاء في معجم "لسان العرب": «النزاعُ والنزاعةُ، والمِنزَعُ والمِنزَعَةُ: الخصومة، والمُنازَعَةُ في الخصومة مجازبة الحجج فيما يتنازع فيه الخصمان، وقد نازَعَهُ مُنازَعَةً ونَزَعًا: جاذبه في الخصومة» [ابن منظور، ج10، مادة نزع].

- وجاء في معجم "لسان العرب" بالنسبة للصراع: «الطرح بالأرض وخصه في التهذيب بالإنسان: صَارَعَهُ فَصَرَاعَهُ صَرَاعاً، والمُصارعة والصَّرَاع: أيهما يصرع صاحبه».

- كذلك جاء في معجم " تاج العروس": « النزاعة هي الخصومة في حق، ونَزَاعَةٌ مُنْزَاعَةٌ وَنِزَاعًا أَي خاصمه وقيل جاذبه في الخصومة أي مجاذبة الحجج فيما يتنازع فيه الخصمان والأصل في المنازعة المجاذبة ثم عبر به عن المخاصمة» [نواف طبيشات، 2001، ص47].

- الصراع هو عبارة عن تصادم مصلحتين أو إرادتين فلا بد أن يصل الصراع إلى اتفاق أو نهاية لمصلحة أحد الطرفين وقد تتحقق المصالح للأطراف المتصارعة بصورة متفاوتة [سعود بن فياض الفياض، ع50، 1999، ص132].

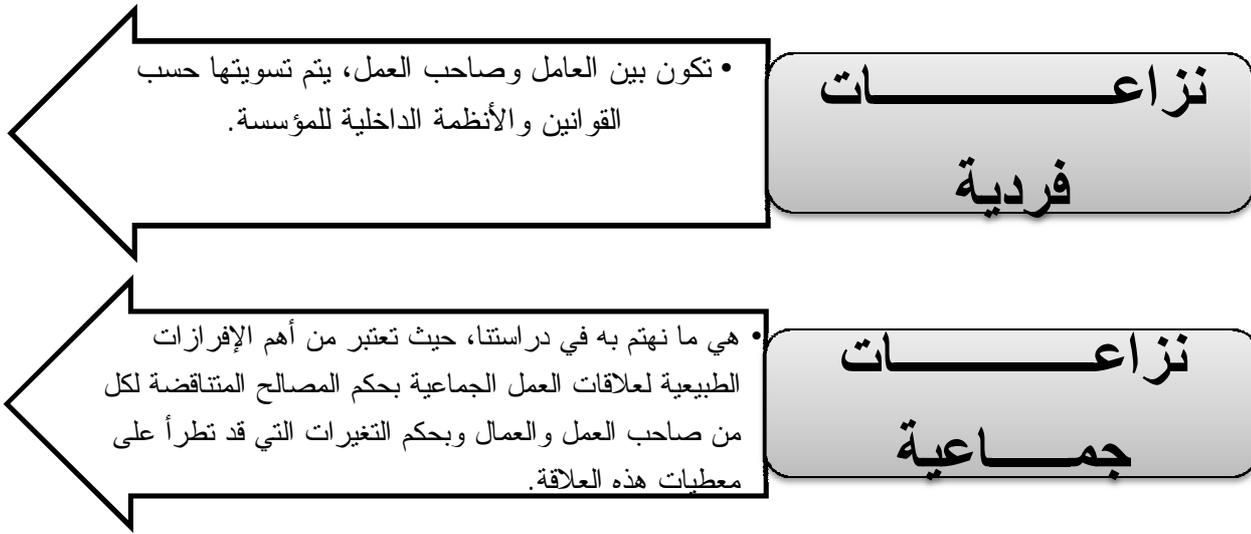
- الصراع هو حالة تفاعلية تظهر في عدم الاتفاق والاختلاف أو عدم الانسجام بين الأفراد والجماعات [أفضل الرحيم، ع01، 1986، ص95].

نستخلص مما سبق أن النزاع هو حالة من اختلاف المصالح والمفاهيم حول قضية أو حق ما، يتم بها مجاذبة الحجج للوصول إلى حل، وفي حالة السيطرة عليه يؤدي إلى نقاط تفاهم وتسويات مشتركة بين الطرفين، أما الصراع فهو غلبة شخص على آخر تؤدي إلى نهايته، لذا سنستخدم مصطلح "نزاع" للتعبير عن اختلاف المصالح والآراء، والتفاوض بشأنه قبل أن يتطور إلى صراع وينتهي أحد الطرفين. والنزاع العمالي هو موضوع دراستنا أين يكون النزاع حول المطالب العمالية هو المرتكز الأساسي الذي تقوم عليه المفاوضات الجماعية.

2-1- تعريف النزاع العمالي

ينشأ النزاع العمالي بين صاحب العمل والعمال، يتعلق بشروط الاستخدام، أحوال العمل أو رفض صاحب العمل الدخول بحسن نية في المفاوضات مع نقابة عمال معتمدة [صالح الطراونة، ع55، 1991، ص37]، ويتخذ كل من العمال وأصحاب العمل أساليب مختلفة لضغط كل منهم على الآخر للخضوع لشروطه والوصول إلى اتفاق من خلال المفاوضات لفض النزاع القائم والعودة إلى علاقات العمل السلمية التي تهدف للحفاظ على المؤسسة لصالح الطرفين، ويوجد نوعين من النزاعات كما يبين الشكل الآتي:

الشكل (6): أنواع النزاعات



المصدر: من إنجاز الطالبة

إذن: النزاعات العمالية هي تلك الخلافات التي تنشأ بين مجموعة من العمال أو ممثليهم مع أصحاب العمل أو التنظيم الممثل لهم، ويكون سبب النزاع حول تفسير قاعدة قانونية أو تنظيمية أو اتفاقية جماعية تتعلق بشروط وأحكام ظروف العمل، المسائل الاجتماعية، المهنية والإقتصادية المتعلقة بعلاقات العمل الجماعية، وقد عرّفها المشرع الجزائري في المادة 02 من القانون 02/90 المتعلق بالنزاعات الجماعية على أنها: « كل خلاف يتعلق بالعلاقات الاجتماعية والمهنية في علاقة العمل والشروط العامة للعمل، ولم يجد تسوية بين العمال والمستخدم باعتبارهما طرفي النزاع ».

2- أسباب النزاع العمالي

غالبا ما يكون النزاع العمالي حول المطالب العمالية، وقد تحدّث معظم كتاب المفاوضات الجماعية، كتاب علاقات العمل وعلم الاجتماع الصناعي عن الأجور، ظروف وشروط العمل،... إلخ.

1-2- الأجور

تطور مفهوم الأجر بتطور علاقات العمل، فقديمًا كانت الخيرات متوافرة بكثرة في الطبيعة وكان عدد السكان قليل والإنسان يستطيع العيش ببذل جهد ضئيل ولم يكن قد حدث انفصال بين ملكية وسائل الإنتاج والعمل، ولم تكن قد برزت الحاجة إلى العمل المأجور، وبعد ظهور الملكية الخاصة وانقسام المجتمعات البشرية إلى طبقات تختلف حسب ملكيتها لوسائل الإنتاج، كان هناك طبقة لا تملك سوى قدرتها على العمل وطبقة أخرى تملك وسائل إنتاج أكثر من طاقتها على التشغيل، ومنها برز العمل المأجور

كضرورة اقتصادية وأصبح مفهوم الأجر وعوامل تحديد مستواه من أهم مواضيع اقتصاد العمل التي لاقت اهتمام الاقتصاديين والمفكرين.

2-1-1- مفهوم الأجر

لقد تعددت التعاريف التي تتناول مفهوم الأجر واختلفت حسب وجهة نظر كل مؤلف والتيارات الفكرية الذي ينتمي إليه كالآتي:

- الأجر في معناه الاقتصادي الواسع هو جميع أشكال وأنواع المكافأة التي تحصل عليها الموارد البشرية، يتضمن الأجر بالساعة أو بالأسبوع للعمال الصناعيين و الأجر الشهرية مضافا إليها امتيازات أخرى بالنسبة للموظفين الإداريين، أما في معناه الاقتصادي الضيق فيدل على وسيلة دفع للأفراد العاملين تحت إشراف أفراد آخرين [الشوناني، 1994، ص 369].

- الأجر هو ذلك المبلغ النقدي الذي يدفع للعامل لقاء جهد يبذله، وله وجهان، الأول يمثل التكلفة التي تتحملها المؤسسة وتحصل على مقابل لها في شكل إنتاجية الفرد، والثاني يمثل الدخل (العائد) الذي يحصل عليه العنصر البشري لسد احتياجاته وذلك لقاء الجهد الذي يبذله في عمله [عقلي عمر وصفي، 1990، ص 195].

- الأجر هو التعويض الذي يحصل عليه الأفراد مقابل وضع نشاطهم تحت تصرف وتوجيه الغير خلال مدة زمنية محددة أو لقاء أداء محدد [الفارس سليمان، 1987، ص 226].

نستخلص أن الأجر هو مبلغ نقدي يدفع للفرد كتعويض عن نشاط قام به من أجل تلبية احتياجاته الأساسية من جهة، واستخدامه كمحفز لتحسين الإنتاج كماً ونوعاً أو على الأقل المحافظة على مستويات الإنتاج المحددة من جهة أخرى، ونشير أن الأجر تعتبر أهم حوافز العمل خاصة في المجتمعات النامية نظراً لضعف مستواها مقارنة بمستوى المعيشة واحتياجات العامل، عكس المجتمعات المتطورة أين تتناسب الأجر مع مستوى المعيشة، ولكن رغم ذلك تبقى الأجر أهم وسيلة لإشباع الحاجات المادية والاجتماعية للعاملين في المجتمعات النامية والمتطورة على حد سواء وأكثرها تأثيراً في اندفاع الفرد للعمل وزيادة إنتاجيته.

2-1-2- نظريات الأجور

رغم أن مصطلح الأجر ليس بجديد، فقد ظهر نتيجة تطور علاقات العمل وما أفرزته معطيات كل مرحلة، كما جاء ذكره في القرآن الكريم في سورة القصص آية 25، 26 قوله تعالى: **بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ ﴿فَجَاءَتْهُ إِحْدَاهُمَا تَمْشِي عَلَى اسْتِعْيَاءٍ، قَالَتْ إِنَّ أَبِي يَدْعُوكَ لِيَجْزِيَكَ أَجْرَ مَا سَقَيْتَ لَنَا فَلَمَّا جَاءَهُ وَقَصَّ عَلَيْهِ الْقِصَصَ قَالَ لَا تَخَفْ نَبَوْتُ مِنَ الْقَوْمِ الظَّالِمِينَ (25) قَالَتْ إِحْدَاهُمَا يَا أَبَتِ اسْتَأْجِرْهُ إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَأْجَرْتَ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ (26) قَالَ إِبْرَاهِيمُ أَرِيدُ أَنْ أُكَلِّمَ إِحْدَى ابْنَتَيَّ هَاتَيْنِ عَلَى أَنْ تَأْجِرَنِي ثَمَانِي حِجَجَ فَإِنْ أَتَمَمْتَهُ حِجْرًا فَمَنْ مَعْدَكَ وَمَا أُرِيدُ أَنْ أَشُقَّ لِحَيْكَ سَتَجِدْنِي إِِنْ شَاءَ اللَّهُ مِنَ الصَّالِحِينَ (27)﴾ صدق الله العظيم.**

إلا أنه عرف اهتماما بارزا في نهاية القرن 18 وبداية القرن 19، وذلك تزامنا مع الثورة الصناعية وما ترتب عنها من مشاكل عمالية وأوضاع مزرية دفعتهم إلى رفع مطالب أهمها زيادة الأجور، وتمخض عن هذه المرحلة ظهور عدة نظريات أهمها:

أ- النظريات الكلاسيكية:

من أهم روادها "آدم سميث" و"دافيد ريكاردو"، اللذان سعيا إلى إقرار حد توازن ثابت يستقر عنده مستوى الأجر في تقلباته قصيرة الأمد، وقد خطا "ناسو سينيور" وهو أحد أتباع "آدم سميث" بهذه الأفكار إلى ما هو أبعد، فأكد أن رصيد الأجور يتكون في الحقيقة من السلع التي تنتج لتستهلكها الأسر العاملة، وبالتالي ما تحصل عليه كل أسرة يتوقف على عدد الأسر التي تتقاسم هذه السلع، و ظن أن حجم الرصيد وعدد الأسر هو ما يؤثر فقط في الأجور في المدى الطويل، وكان تفكير "سينيور" في هذا الصدد مشابه لتفكير الإقتصاديين المعاصرين، الذين يقولون أن الإكتثار من إنتاج السلع شائعة الاستهلاك بكفاءة يؤدي إلى زيادة الأجور زيادة حقيقية، أي زيادة كمية السلع التي يستطيع العمال شراءها بالنقود التي يتحصلون عليها، لكنه لم يترك سوى مجال صغير للمفاوضة أو المنازعة من أجل تقسيم الإنتاج، وأكد أن مستويات الأجور لا يمكن أن تتأثر بالنقابات والمفاوضات مادامت آلية الإنتاج وحدها تحدد الأجور، وهذه الأخيرة غير قابلة للتعديل إلا بتكبير مجموع رصيد المستهلك، فما يدفعه صاحب العمل للعمال من الأجور لا يعدو إعطاءهم نقودا يحصلون بها على مستلزماتهم الضرورية ماداموا قائمين على إنتاج السلع وبعدها يبيع صاحب العمل هذه السلع بربح ويدخر النقود التي سبق وأن دفعها للعمال [سعيد أمين، 1965، ص30].

ب- النظريات الليبرالية:

هي نظريات تنطلق من مبدأ الحرية الاقتصادية القائم على أساس آلية السوق (العرض والطلب) التي تنظم الأسعار وتحدد النشاط ومستويات التشغيل، حيث ترى أن الأجر هو ثمن العمل، أي أن العامل يبيع كمية معينة من العمل في شكل ساعات العمل لصاحب العمل مقابل أجر نقدي أو عيني يتفق عليه الطرفين أو يكون يتدخل أطراف أخرى (حكومات، نقابات، تشريعات،...) وأهم هذه النظريات:

- نظرية الحد الأدنى لمستوى المعيشة: أسس هذه النظرية الفرنسي "تورغو" Turgot، وتبناها في منتصف القرن 19 "لاسال"، الذي أطلق عليها "القانون الحديدي للأجور"، حيث يحدد الأجر عند المستوى الأدنى للمعيشة، إذ لو زاد عن هذا الحد فسيلجأ العمال إلى الكماليات. مثلا: الزواج ← ↑ الولادات ← ↑ عدد العمال ← ↑ عرض العمل في السوق ← ↓ مستوى الأجور عند الحد الأدنى للمعيشة.

وبالتالي: العرض والطلب كفيلا بتحديد الأجر عند الحد الأدنى للمعيشة.

- النظرية الإجتماعية للأجور: ترى هذه النظرية أن الأجور أداة لتوزيع الدخل، حيث يتحدد مستوى الأجر بإنتاجية العامل التي تحدد الناتج الإجمالي الذي يتم توزيعه على الطبقات الاجتماعية، والوزن الإجتماعي للطبقة العاملة هو الذي يحدد نصيب كل فرد.

- نظرية الأجور المنظمة: لقد أفرز تزايد قوة الطبقة العاملة إبان الثورة الصناعية تأثيرات في الحياة السياسية والاقتصادية للبلدان الصناعية المتقدمة، وعرفت مستويات الأجور قفزات وتغييرات لا يمكن تفسيرها بتحسين الإنتاجية، مما أفسح المجال إلى تطور النظرية الإجتماعية للأجور إلى نظرية الأجور التفاوضية أو نظرية الأجور المنظمة.

حسب هذه النظرية يتحدد مستوى الأجر عن طريق التفاوض الفردي بين العامل وصاحب العمل، وبما أن العامل في موقف ضعيف فقد نُظمت الصفوف وأصبح التفاوض يتم بين منظمات أصحاب العمل والنقابات العمالية وفي حالة النزاعات تتدخل الدولة كطرف ثالث في المفاوضات من أجل تنظيم العملية.

ج- النظرية الماركسية:

تنطلق النظرية من كون التبادل يتم بين سلع متساوية، والأجر هو قيمة السلعة التي يبيعها العامل لصاحب العمل، وهذه السلعة هي قوة العمل أو القدرة على العمل، وانتقد ماركس الأجر الحديدي لـ "لاسال" الذي ينادي بضرورة تحديد الأجر عند المستوى الأدنى للمعيشة، حيث يرى ماركس أن قيمة قوة العمل

المحددة للأجر ترتفع مع الزمن بسبب التقدم الاقتصادي وارتفاع المستوى الثقافي وتغير أساليب العمل مما يتطلب زيادة في بذل الجهود الفكري والعضلي وبالتالي الحصول على الأجر المعادل له.
نستخلص أن:

- النظريات الاقتصادية الكلاسيكية ترى أنه لا داعي لطرح فكرة الأجر والتطرق إلى المفاوضات الأجرية لأن الأسعار كفيلة بتعديل العرض والطلب على مستوى كل الأسواق، أين تكون مستويات الأجر والتشغيل محددة بتقاطع منحنى العرض والطلب.
- النظريات الحديثة ترى أن تحديد الأجر لا يرجع إلى ميكانيزمات السوق (العرض والطلب)، وإنما يرجع إلى المتعاملين في حد ذاتهم (عمال وأصحاب عمل)، وهنا تطرح فكرة التفاوض.

3-1-2- أنواع الأجر

- الأجر الاسمي والأجر الحقيقي: الأجر الاسمي هو المبلغ الذي يتقاضاه العامل لقاء النشاط الذي يقوم به، أما الأجر الحقيقي فهو قيمة الأجر الاسمي مع الاحتفاظ بالقدرة الشرائية الفعلية للأجر، أي مقدار السلع والخدمات الفعلية التي يمكن الحصول عليها بالأجر النقدي.
- الأجر النقدي والأجر العيني: الأجر النقدي هو الأجر الذي يتحصل عليه العامل مقدرا بالنقود وقد يكون هذا الأجر ثابتا يدفع عن العمل بالساعة، الأسبوع أو الشهر أو حسب طبيعة العمل المقدم، وهنا الأجر لا يبقى ثابتا طوال مدة خدمة العامل وإنما لفترة زمنية محددة ويكون قابلا للتعديل حسب الظروف والمعطيات، وقد يكون متغيرا حيث تدفع المؤسسة لعمالها وموظفيها مبالغ مالية إضافية علاوة عن الأجر الثابت، تتمثل في أجر ساعات العمل الإضافية، جزء من أرباح المؤسسة السنوية، المكافآت التشجيعية، منحة المردودية...إلخ.

4-1-2- أهمية الأجر

تلعب الأجر دورا هاما وأساسيا في تحديد الأداء وتوجيه الأفراد نحو سلوك معين، فهناك علاقة وطيدة بين أداء الأفراد وما يحصلون عليه من أجر، تتعكس نتائجها على مستوى المؤسسة والمجتمع ككل [سومر أديب ناصر، 2004، ص6].

- (1) أهمية الأجور بالنسبة للأفراد:
- يشكل الأجر المصدر الأساسي لدخل الأفراد وأسرهم.
 - يعكس المركز الاجتماعي للفرد في المجتمع الذي ينتمي إليه من خلال ما يؤمنه له من حاجات.
 - تحقيق الاستقرار النفسي والمعنوي للأفراد.
 - يعتبر الأجر مقياساً لقيمة الفرد داخل المؤسسة التي يشتغل بها، فكلما زاد الأجر الذي يتحصل عليه كلما شعر بتقدير المؤسسة له بشكل أكبر.
- (2) أهمية الأجور بالنسبة للمؤسسات:
- تشكل الأجور نسبة كبيرة من تكلفة الإنتاج تصل إلى 80% من التكلفة الإجمالية وأحياناً 100% في بعض مشاريع الخدمات.
 - خلق علاقات طيبة بين الإدارة والأفراد تتعكس على سير العمل (الاستقرار الإقتصادي يؤدي إلى الاستقرار الاجتماعي والعكس صحيح).
 - استقطاب اليد العاملة المؤهلة والمتخصصة إلى أعمال معينة، تتطلب تخطيط وبناء نظام فعال للأجور نظراً لظروف العمل الاستثنائية كأعمال النفط مثلاً.
 - ما تدفعه المؤسسة من أجور يدل على قدرتها المالية ومركزها المالي.
- (3) أهمية الأجور بالنسبة للمجتمع ككل:
- تؤثر الأجور على حالة الاقتصاد الوطني، فكلما زادت الأجور ← ↑ الادخار ← ↑ الاستثمار.
 - في بعض الدول يتم فرض ضرائب على الأجور المرتفعة، تستخدم مداخيلها في تمويل مشاريع الخدمات العمومية ومشاريع التنمية بشرط أن لا تؤثر على المستوى المعيشي.
 - من خلال الأجور يمكن المحافظة على اليد العاملة الكفؤة، المؤهلة والخبيرة والحد من بعض الظواهر الاجتماعية مثل: هجرة الأدمغة والكفاءات.
 - تعتبر الأجور من أهم عوامل تماسك المجتمع باعتبارها تشكل الدخل الأساسي للطبقة المتوسطة في المجتمع.

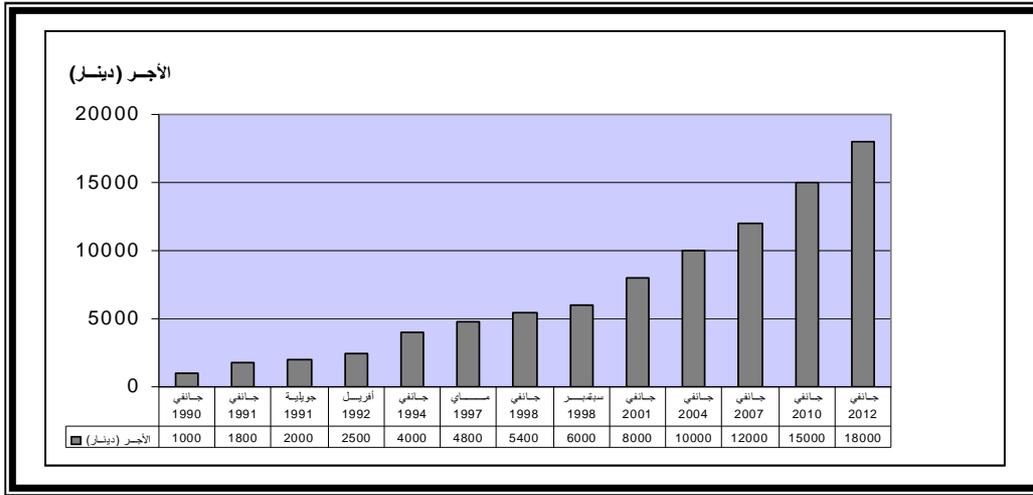
2-1-5- العوامل المؤثرة في نظام الأجور

إن أي نظام للأجور يطبق في مؤسسة أو بلد ما يخضع لمجموعة من المعايير أهمها: [إنادر أحمد أبو

شيخه، 2010، صص 176-177]

- المستوى المعيشي المناسب ومستوى الأجور السائدة: تتأثر الأجور بتكاليف المعيشة في المجتمع، فكلما زادت هذه الأخيرة كلما نقص الأجر الحقيقي للعامل وأدى إلى انخفاض قدرته الشرائية مما يجعل الكثير من الدول ومن بينها الجزائر تسعى إلى تحديد الأجور وفقا للأسعار الحالية والتنبؤات المستقبلية، وفي هذا الإطار سيستفيد عمال وموظفو الوظيف العمومي من زيادة بنسبة 20% في الأجر القاعدي بغية تحسين المستوى المعيشي للعمال والموظفين، وذلك حسب المرسوم الرئاسي رقم 407/11 المؤرخ في 29 نوفمبر 2011 الذي سيدخل حيز التنفيذ ابتداء من الفاتح جانفي 2012، وقد أشارت المادة الأولى من نفس المرسوم أن الأجر الوطني الأدنى المضمون المقدر بـ 18000 دج يحدد وفقا لمدة عمل قانونية أسبوعية قدرها 40 ساعة وهو ما يعادل 173 ساعة في الشهر، بمعدل 103 دينار للساعة، والشكل التالي يبين تطور الأجر القاعدي بالجزائر:

الشكل (7): تطور الأجر القاعدي في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على: 1- معلومات موقع الاتحاد العام للعمال الجزائريين.

2- الكتاب الدوري لإحصاءات العمل في البلدان العربية، ع07، 2007، منظمة العمل العربية، ص421.

ملاحظة: يتحدد الأجر القاعدي بالجزائر من خلال المادة 87 و 87 مكرر من القانون 90-11 المتعلق بعلاقات العمل، ويطبق من خلال صدور مرسوم تنفيذي.

- الأداء والجهد المبذول: يحدد الأجر حسب الأداء وفق معايير موضوعية محددة، والإشكال المطروح هو التمييز بين كم الأداء ونوعه، فقد ينتج الفرد كمية كبيرة من المنتجات لكن بنوعية متدنية والعكس.
- الأقدمية والمؤهل العلمي: إن معياري الأقدمية والمؤهل العلمي من أهم المعايير المستخدمة في تحديد الأجر.
- العرض والطلب على اليد العاملة في سوق العمل: كان العرض والطلب على اليد العاملة من العوامل المؤثرة في نظام الأجر قبل تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية وإصدارها القوانين واللوائح التنظيمية لموضوع الأجر والتي تحدد فيها السياسة التي ستتبعها فيما يتعلق بالأجر، فالقوانين من أهم العوامل المؤثرة والمحددة للأجر وأنظمتها من حيث تحديد الحد الأدنى للأجر، نوعية النشاط، مواعيد استحقاق الأجر...، ويجب أن تتميز بالمرونة وقابلية التعديل بشكل مستمر بما يتماشى والمتغيرات على كافة المستويات [سومر أديب ناصر، 2004، ص13].
- النقابات العمالية: تساهم النقابات العمالية في تحديد الأجر من خلال ضغطها على أصحاب العمل وحتى الحكومات، فبعد نضال طويل والنضج الذي وصلت إليه اليوم أصبحت تمثل طرفاً قوياً في أية مفاوضات مع الإدارات والحكومات فيما يخص تحديد الأجر المناسبة للعمال، ساعات العمل، التعويضات... إلخ.
- إن؛ يعتبر الأجر العامل الأساسي الذي يدفع الإنسان للعمل لتأمين متطلبات وتكاليف المعيشة، ويعد من أقدم الأسباب في نزاعات العمل حيث تطور النزاع حول الأجر عبر ثلاثة مراحل منذ فجر الصناعة:
- في المرحلة الأولى، المطالبة برفع الأجر لتأمين الحد الأدنى من مستوى المعيشة.
- المرحلة الثانية، المطالبة برفع الأجر إشارة إلى ارتفاع تكاليف المعيشة.
- وفي المرحلة الثالثة، تطور الإنتاج وزيادة الإنتاجية، ما يدفع بالمطالبة للمشاركة في أرباح المؤسسة عن طريق زيادة الأجر.

2-2- شروط العمل

تطرق الكتاب والمفكرين لموضوع ظروف وشروط العمل، حيث تتولى التنظيمات الممثلة للعمال مهمة توفير شروط عمل ملائمة من جو مناسب وبيئة نظيفة داخل وخارج أماكن العمل، بالإضافة إلى توفير وسائل الحماية من أخطار الإصابة أثناء العمل، وفيما يلي سنتطرق لمجموعة من العوامل لطالما كانت من الأسباب الرئيسية للنزاع بين العمال وأصحاب العمل:

2-2-1- ساعات العمل

اهتم الكتاب المختصون بالشؤون العمالية كثيرا بقضية ساعات العمل اليومي كمرحلة ثانية وتابعة لقضية تحديد وزيادة الأجر وذلك انسجاما مع إنسانية العامل وعدم استعباده وحقه في الراحة حتى لا يتعرض للإرهاق وينعكس ذلك على إنتاجيته. وتؤكد منظمة العمل العربية أن التفاوض بشأن ساعات العمل لم يكن وليد لحظة، وإنما جاء عبر مسيرة تطور الحركة العمالية، حيث ناضل العمال طويلا لخفض ساعات العمل حتى أنشأت منظمة العمل الدولية سنة 1919، وكانت مسألة خفض ساعات العمل على رأس أولوياتها، وركّز العمال في مطالبهم على تخفيض ساعات العمل، فتم تحديدها بـ 8 ساعات عمل يوميا لمدة 5 أيام في الأسبوع من خلال الاتفاقات الدولية.

2-2-2- بيئة العمل

إن توفر الخبرات والمهارات لدى العنصر البشري غير كافية للقيام بالعمل وإنجاز الأهداف، ولأداء المهام لابد من توفير الأجهزة والأدوات والبيئة المناسبة، وحتى يتم تحقيق إنتاجية عالية وأداء فعال من خلال كفاءة وخبرة العنصر البشري وتوفر الأجهزة والمعدات المناسبة لابد من توفير سبل الوقاية من إصابات العمل والأمراض المهنية وحماية العاملين أثناء أدائهم لأعمالهم وواجباتهم الوظيفية، حيث تعتبر وسائل وأنظمة الحماية مساعدة للأداء الجيد والفعال [صلاح محمود زياب، 2010، ص88]، وأصبح لهذه الوسائل والأنظمة إدارة خاصة تتولى القيام بتسييرها تعرف بـ "إدارة السلامة والصحة المهنية"، تعمل على سلامة وصحة العامل وذلك بتوفير بيئة عمل آمنة وخالية من مسببات الحوادث، الإصابات والأمراض المهنية من خلال الاستراتيجيات المناسبة سواء بالتدريب أو التثقيف والتوعية التي يمكن من خلالها الارتقاء بمستوى أداء العاملين ومستوى وضع السلامة المهنية للوصول إلى معايير الجودة، كذلك توفير معدات وتجهيزات السلامة الصحية والحماية الشخصية كوسائل الإسعاف والعلاج والتأكد من تطبيق القوانين وتشريعات السلامة المهنية والصحية، بالإضافة إلى إعداد سجلات حوادث العمل ومتابعتها وسجلات للتدريب وخطط للطوارئ وكل ما هو ضروري ويمكن استخدامه في العمل.

إن توفير بيئة عمل آمنة من مختلف المخاطر سيؤدي إلى الحد من الإصابات والأمراض المهنية التي عرفها المعهد العربي للصحة والسلامة المهنية على أنها: «أحد الأمراض المهنية الموصوفة والمنصوص عليها في الجداول الوطنية للأمراض المهنية المعتمدة والتي تتجم عن التعرض الطويل لعوامل فيزيائية، كيميائية وفيزيولوجية خطيرة أو مضرّة بالصحة وبمستويات وفترات تعرّض تزيد عن الحدود المعيارية مما قد يؤدي إلى الوفاة أو الإصابة بمرض مزمن» [صلاح محمود نيا، 2010، ص90]، حيث أن خفض عدد ساعات العمل المفقودة نتيجة الغياب بسبب المرض والحد من تكاليف العلاج والتأهيل والتعويض عن الإصابات سينعكس على نتائج المؤسسة ويرفع من مركزها المالي والتنافسي، وتعتبر أرقام وإحصائيات حوادث العمل والأمراض المهنية داخل المؤسسة مؤشراً لظروف وشروط العمل داخلها.

2-2-3- المزايا الإضافية

رغم اختلاف التسميات التي تطلق على المزايا الإضافية إلا أنها تمثل نفس المضمون، فتعتبر من حوافز العمل ومثيرات النزاع بين العمال وأصحاب العمل لتحقيق أفضل مستوى معيشي يتناسب مع الجهود الذي يبذلوه ولتأمين احتياجاتهم ومتطلباتهم وحمايتهم من الأخطار التي قد يتعرضون لها جراء القيام بالعمل، ويقصد بالمزايا الإضافية المزايا الممنوحة زيادة على الأجر المحصل مثل: الراتب الثالث عشر، تعويض العمل الإضافي، صندوق الادخار،... إلخ، ويطلق تسمية الخدمات الاجتماعية على تلك المزايا وتم تصنيفها إلى: [أحمد الشوابكة، ع73، 1966، ص33]

- خدمات ذات طابع اقتصادي: وتتضمن الأجور عن الساعات الإضافية، الجمعيات التعاونية، خدمات الإسكان،... إلخ.
- خدمات ذات طابع اجتماعي: وتتضمن الإطعام، النقل، حضارة الأطفال وخدمات علمية وثقافية، فنية وتدريبية وخدمات اجتماعية نقابية.

أما "هارولد دافي" فذهب إلى تفصيل أكبر للميزات الإضافية وقسمها إلى جزئين:

- مجموعة المزايا الاقتصادية، وهي المزايا غير المادية تتمثل في: الميزات الصحية، الرفاهية، القروض والسلفيات دون فوائد.

- الميزات أو المنافع المتعلقة بالدخل مثل: الإجازات المدفوعة، الإجازات السنوية المدفوعة الأجر، أجر ساعات العمل الإضافي، المعاش التقاعدي، إضافة إلى التأمين بمختلف أشكاله (التأمين على الحياة، التأمين ضد الحوادث، التأمين الصحي،... إلخ) [Harold Davey, 1972, p 316].

إن العامل يتطلع إلى المزايا الإضافية أكثر ربما من الأجر وذلك لما تعود به عليه من أمان وتأمين أكثر من الأجر، لذلك تؤكد منظمة العمل العربية على قضايا التأمينات الاجتماعية بوصفها قضايا مهمة للعمال للحفاظ على مستوى معيشي معين وصنفتها إلى: التأمين ضد العجز، التأمين ضد البطالة، تأمين الأمومة، التأمين ضد الوفاة، تأمين الشيخوخة،... إلخ، بالإضافة إلى الخدمات الصحية، السكن، الإطعام، دور الحضانه، الترفيه والرياضة، التعاونيات الاستهلاكية، النقل، الإجازات، تنظيم العطل الصيفية،... إلخ.

2-3- تفضيلات صاحب العمل

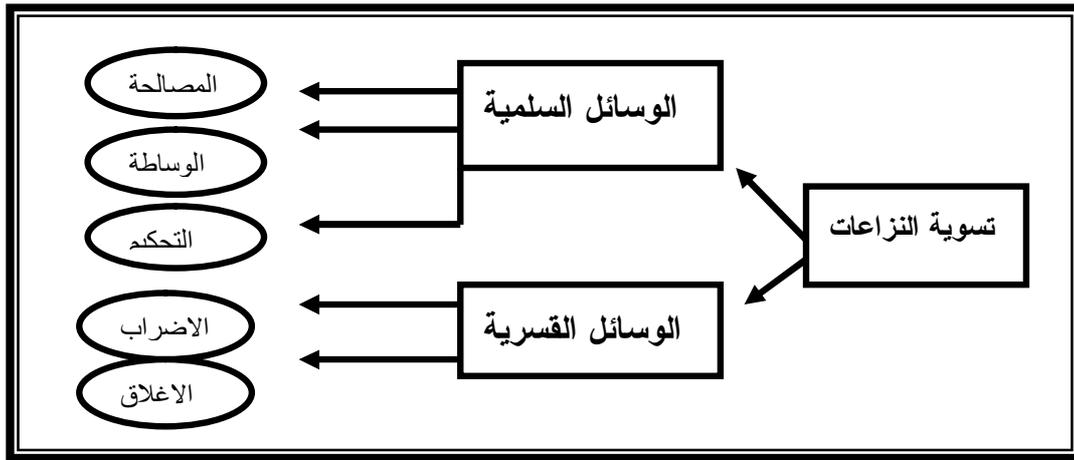
سننترق إلى كيفية مفاضلة صاحب العمل بين الأجر الذي يمثل التعويض النقدي للعامل وبين المزايا الإضافية التي تمثل التعويض غير النقدي له، حيث نفترض أن صاحب العمل لا يجد فرقا بين إنفاق Xda على الأجر أو Xda على المزايا الإضافية باعتبارها تمثل نفس التكلفة في كلتا الحالتين ولا تخضع للضريبة، وهنا يكون اهتمام صاحب العمل منصب على حجم التعويض وليس على مكوناته، التعويض الذي يكون قدره أو أقل من Xda ما يسمح له بالبقاء في سوق المنافسة وتحقيق الأرباح، لكن في الواقع لا يوجد إثبات أن المؤسسات تنظر إلى الأجر والمزايا الإضافية كبديلين تماما، فأصحاب العمل بإمكانهم اللجوء للتأجيل على نظام الضرائب والتأمينات، فهذه الأخيرة من التكاليف التي تزيد بزيادة الأجر والمرتبات ولا تتأثر بحجم المنافع الإضافية مما يجعل زيادة التعويض عن طريق زيادة المزايا الإضافية أقل تكلفة لصاحب العمل من زيادتها عن طريق الأجر.

إن ما يدفع صاحب العمل لتفضيل المزايا الإضافية هو اعتبارها حافزا للعمال ودافع لتحسين الأداء، في حين يكون استخدام معدل الأجر محدد قانونا حسب سياسة الدولة، كما يسمح هذا التعويض بتوفير معاملة تفضيلية لمجموعة من العمال تكون مستهدفة دون غيرها من غير الموقع تحت طائلة قانون التفرقة.

3- تسوية النزاعات العمالية

يظهر النزاع العمالي إلى السطح بعد تعثر وفشل المفاوضات المباشرة بسبب تعنت الإدارة ورفضها لمطالب العمال أو تشدد ممثلي النقابات في المطالب العمالية مما يستوجب اللجوء إلى وسائل أخرى غير المفاوضات من أجل تسوية الخلاف وفض النزاع والخروج باتفاق بين الطرفين. تتنوع وسائل تسوية النزاعات العمالية في مختلف الدول، منها ما هو سلمي ومنها ما هو قسري وعنيف تم إدراجها في الشكل الآتي:

الشكل (8): أشكال تسوية النزاعات



المصدر: من إنجاز الطالبة

لكل من هذه الوسائل ايجابياتها وسلبياتها ووسائلها المختلفة لتحقيق مطالب العمال حيث تستند جميعها إلى الخلفية القانونية لتسوية النزاع العمالي كمايلي:

3-1- الوسائل السلمية لتسوية النزاعات العمالية

يتم العمل بالاتفاقيات الجماعية لتفادي الوصول إلى مرحلة النزاعات، وذلك بالقيام بإجراءات احتياطية وإدراج بنود تكون مرضية للطرفين، وفي هذا الصدد حثّ المشرع الجزائري على إتباع طريقة الحوار للتشاور بين الطرفين لأجل تدارس وتبادل وجهات النظر في النقاط التي تمس الحياة المهنية والاجتماعية للعمال، لأجل خلق الاستقرار داخل المؤسسات، وذلك بعقد اجتماعات دورية بين أصحاب العمل أو الممثلين المخولين وممثلي العمال لدراسة الأوضاع وطرح مشاكل وظروف عمل العمال.

وفي المقابل يتم تقديم مقترحات من طرف المستخدمين لحل هذه المشاكل وتحسين الأوضاع وهذا ما يعرف بالتفاوض الجماعي المباشر، كذلك تعمل اللجان المشتركة التي ينتخب أعضاؤها من بين مندوبي العمال على متابعة النزاع واقتراح الحلول المناسبة.

إذا فشلت المفاوضات الجماعية المباشرة في إيجاد حل اتفاقي لأوجه الخلاف بين العمال وصاحب العمل وتفاقم النزاع، يُعرض الملف على هيئة محايدة قد تكون هيئة إدارية أو جهة تحكيم قضائية للنظر فيه والوصول إلى قرار اتفاق مرضي للطرفين من خلال الإجراءات القانونية الخاصة بتسوية النزاعات الجماعية كما يلي:

1-1-3- المصالحة (La conciliation)

تعرف المصالحة على أنها أسلوب أو إجراء يرمي إلى التقريب بين وجهات النظر المتعارضة لكل من العمال وأصحاب العمل بقصد الوصول إلى حل وسط يقبله الطرفان، وذلك عن طريق طرف ثالث يتميز بالمحايدة والاستقلالية [عبد الحميد عثمان الحنفي، 1995، ص39]، وتحدث جهود المصالحة عند محاولة طرف خارجي التدخل لمساعدة طرفي النزاع لمتابعة المفاوضات للتوصل إلى حل، وغالبا ما تتدخل الدولة عند فشل المفاوضات الجماعية المباشرة من خلال عملية المصالحة بإرسال مندوب من قبل وزارة العمل لمحاولة تقريب وجهات النظر وتكون هذه الحالة اختيارية في قبول الحلول بالنسبة لطرفي النزاع. ويعتبر بعض الكتاب المصالحة أولى وسائل فض النزاعات العمالية وآخرون أنها المرحلة الثانية لعملية المفاوضات من خلال طرف ثالث، ولها من الأهمية ما يجعلها وسيلة لإعادة الخصوم إلى طاولة المفاوضات وتفعيل الجهود لوقف الإضراب في حال تعثر المفاوضات.

وقد نص التشريع الجزائري على أن إجراء المصالحة (التوفيق) يتم على مستوى مفتشية العمل المختصة إقليميا، والتي يرفع إليها النزاع الجماعي للعمل وجوبا بمحاولة المصالحة، أين يستدعي مفتش العمل المعين طرفي النزاع في العمل إلى جلسة أولى للمصالحة في أجل لا يتعدى أربعة أيام، قصد تسجيل موقف كل طرف في المسائل المتنازع عليها عند إنقضاء مدة المصالحة التي لا يمكن أن تتجاوز ثمانية أيام ويتم تدوين المسائل المتفق عليها والمسائل التي يستمر الخلاف فيها من طرف مفتش العمل، وتصبح سارية المفعول لدى إيداعها في كتابة الضبط في المحكمة المختصة إقليميا [حق الإضراب،-http://mouwazaf.ahlamontada.com/t288].

2-1-3- الوساطة (La médiation)

في حالة فشل المصالحة، يُعد مفتش العمل محضرا بعدم المصالحة ويلجأ الطرفان إلى الوساطة، وهي وسيلة وسط بين المصالحة والتحكيم، تُقدّم على أساس اختيار طرف ثالث ذو نفوذ وسلطة، يتصف بالحيادية، يقوم بدور المحقق وذلك بما لديه من سلطات قانونية تخوله التحري وجمع المعلومات الكافية حول النزاع ليقوم بإعداد توصية يعرضها على الأطراف المتنازعة تتضمن اقتراحات رسمية تعرف سبب ومحتوى النزاعات وبدائل الحلول ومضامين مختلفة لقبول الاتفاقية. لقد أثبتت بعض الدراسات الإجتماعية دور الوسطاء في حل مشكلات النزاع بين ممثلي العمال وأصحاب العمل، وأن لهذا الدور فعالية في الاتصال وتقديم المقترحات البديلة وخفض الانفعالات والتأثير على قبول موقف متوازن لصالح الطرفين [نواف طبيشات، 2001، ص58].

وقد عرف تشريع العمل في الجزائر نظام الوساطة لأول مرة بصدور القانون 02/90 وتناول نوعين هما:

- وساطة اتفاقية بين طرفي النزاع، ويُعتبر هذا النوع من الوساطة مرحلة إجرائية واختيارية لمعالجة النزاع الجماعي بعد فشل المصالحة وهو يخص المؤسسات غير الإدارية (مادة 10).
- النوع الثاني من الوساطة التي تعرض لها القانون 02/90 في المادة 46 تختلف عن الأولى في الشكل والهدف، حيث يقوم الوزير المكلف بالقطاع، الوالي أو رئيس المجلس الشعبي البلدي بتعيين وسيط كفؤ وتحديد مدة زمنية له لتقديم اقتراحاته لتسوية النزاع ووقف الإضراب.

3-1-3- التحكيم (L'arbitrage)

يعتبر التحكيم الوسيلة الأخيرة في حل النزاع العمالي بعد فشل المفاوضات المباشرة ومحاولات المصالحة والوساطة، ويعود أصل التحكيم إلى القرآن الكريم، حيث ورد في الآية 65 من سورة النساء: **بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ ﴿فَلَا وَرَبِّكَ لَا يُؤْمِنُونَ حَتَّىٰ يُحَكِّمُوكَ فِيمَا شَجَرَ بَيْنَهُمْ ثُمَّ لَا يَجِدُوا فِي أَنفُسِهِمْ حَرَجًا مِّمَّا قَضَيْتَ وَيُسَلِّمُوا تَسْلِيمًا﴾** صدق الله العظيم

وهذا دليل على قدم التحكيم وأهميته في فض النزاعات بشتى أنواعها، ويوجد نوعان من التحكيم في نزاعات العمل الجماعية:

1. تحكيم إجباري: وهو لا يحتاج إلى اتفاق مشترك بين الطرفين و لا موافقة لاحقة من كليهما، يلتزمان بتنفيذ قرار هيئة التحكيم والخضوع له لأنه يستمد أساسه من تنظيم القانون له.

2. تحكيم اختياري: وهو ما يعرف في بعض الدول بنظام تحكيم "أدوك" AD HOC، ويقصد به التحكيم الذي يستمد أساسه من إرادة الطرفين، فإتفاقهم هو الذي ينظم إجراءات التحكيم ويحدد الأشخاص الذين يعهد إليهم بإجراء التحكيم استنادا إلى نص قانوني. ما يميز هذا النوع من التحكيم أنه لا يحرم حق العمال في الإضراب ويبقي باب المفاوضات مفتوحاً، وقد أخذت معظم الدول بنظام التحكيم الإلزامي، إلا أن المشرع الجزائري جعل اللجوء إلى التحكيم اختياري في المادتين 25 و48 من القانون 02/90، وهو ما يجعل إمكانية وصول النزاع إلى نقطة الإنسداد واردة في حالة عدم قبول طرفي النزاع اللجوء إلى التحكيم، ونذكر أن ما يجعل هذا النوع من التحكيم أكثر فعالية هو حرية الطرفين في إقتراح محكمين يكونوا مختصين في مجال النزاع المطروح.

وتعتبر اللجنة الوطنية للتحكيم الوجه القانوني لإجراء التحكيم كونها هيئة وطنية تتشكل من 14 عضواً، أربعة منهم ممثلين تعينهم الدولة (ممثلين وزارات العمل، العدل، المالية والداخلية)، خمسة ممثلين عن العمال، خمسة ممثلين عن المستخدمين، يتمثل دورها في تلقي عريضة النزاع وإبلاغ قرار اللجنة إلى المحكمة العليا وطرفي النزاع.

في حالة فشل هذه الوسائل، هناك هيئات أخرى يلجأ إليها طرفي النزاع تتمثل في:

- المحكمة الإدارية: تم إنشاء المحاكم الإدارية بموجب القانون 02/98 المؤرخ في 30 ماي 1998، تختص بالفصل في المنازعات الإدارية، التي يكون أحد أطرافها الدولة، الولاية، البلدية أو المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري، وبموجب المرسوم التنفيذي رقم 365/98 الصادر في 14 نوفمبر 1998 تم الإعلان رسمياً عن إنشاء 31 محكمة إدارية عبر التراب الوطني.
- محكمة التنازع: هيئة قضائية، أسست من خلال القانون العضوي رقم 98-03 الصادر في 03 جوان 1998 تضمن السير الحسن للنظام القضائي المزدوج، أي القضاء العادي والقضاء الإداري بواسطة الرقابة التي تمارسها وتفرضها على الهرمين [عمار بوضياف، 2008، ص181]، يتمثل دورها في الفصل في المشاكل التي تحدث بين القضاء الإداري والقضاء العادي حول مسألة الإختصاص.

إذن: الإجراءات الثلاثة السابقة هي الوسائل السلمية المعتادة لتسوية النزاع رغم الفروقات البسيطة، فهناك من يعتبر مرحلتى المصالحة والوساطة من العملية التفاوضية، وهناك من يعتبر هاتين المرحلتين مختلفتين عنها، ويبقى أن نقول أن عملية المفاوضات مستمرة من اللحظة التي يتم فيها تقديم المطالب العمالية وحتى وصولها إلى المرحلة النهائية سواء في المفاوضات المباشرة أو إجراء التحكيم أين يتدخل طرف ثالث لفض النزاع وتسوية الخلاف أو الفصل على مستوى الجهات القضائية المخولة.

2-3- الواسائل القسرية لتسوية النزاعات العمالية

1-2-3- الإضرابات

يُعتبر الإضراب أحد الحقوق المشروعة للدفاع عن المصالح المادية المتمثلة في الأجر و شروط العمل باعتباره منصوص عليه في المواثيق الدولية، فهو يعتبر من تجليات ممارسة الحق النقابي الذي يشكل أحد المبادئ الأساسية لحقوق العمال الأجراء، وتعود كلمة "إضراب" إلى ساحة في باريس تطل على شاطئ " نهر السين" بجوار فندق في المدينة، حيث تجمع في هذه الساحة عدد كبير من العمال العاطلين عن العمل ومن هذه الواقعة أُستمد هذا المصطلح [السيد حنفي معوض، 1988، ص ص 2-3].

وبدأت تظهر الإضرابات وتأخذ أهمية أكبر إبان الثورة الصناعية، وفي نهاية القرن 19 بدأت بعض الدول في وضع الإطار القانوني للإضراب وتشريعه حيث بدأ استعمال كلمة "إضراب" في اللغة الانجليزية عام 1768 عندما شلّ بحارة في لندن حركة السفن في الميناء لتأييدهم مظاهرات في نفس المدينة، ويُعتبر دستور المكسيك أول دستور في العالم ضمن حق الإضراب سنة 1917 [http://www.cnapest.com، الإضرابات، 26 ديسمبر، 2010، سا 16:45].

1-1-2-3- تعريف الإضراب

- الإضراب هو التوقف الجماعي عن العمل بصفة إرادية، بهدف الضغط على صاحب العمل وإجباره على الخضوع لتلبية مطالبهم أو إيجاد حلول لنزاع قائم بينهم، وهو وسيلة للدفاع عن مصالح العمال وتدعيمها [حياة، ك، 2009، www.ech-chaab.com].

- كذلك، هو الطريقة الوحيدة المعبرة عن الإستياء والتمرد الصناعي كوسيلة تقليدية للعمال للضغط على صاحب العمل للاستمرار في المفاوضات [Harold Davey, 1972, p195].

نستخلص أن الإضراب حق عمالي منحتة الظروف العمالية عبر سنوات الكفاح الطويل للحركة العمالية في فترة كان هو الأسلوب الوحيد المعبر عن سوء أوضاع العمال والوسيلة الوحيدة لتحقيق مطالبهم، وأكد هذا الحق عبر المنظمات الدولية والإقليمية من خلال موثيقها ودراساتها التي تصدرها.

3-2-1-2-3 أنواع الإضرابات

تناولت مختلف الكتب والدراسات الإضرابات تبعا لبواعثها تارة ولمداها ونتائجها تارة أخرى وصنفتها

كالآتي: [نواف طبيشات، 2001، ص63]

- الإضراب الاقتصادي: هو ما يتعلق بزيادة الأجور، ساعات العمل، تحسين ظروف وشروط العمل.
- الإضراب العام: هو الإضراب الذي تقوم به جميع أو معظم النقابات العمالية.
- الإضراب التعاطفي: هو الإضراب الذي تقوم به نقابة أو مجموعة من النقابات تعاطفا مع نقابة أخرى ومساندة لها لأجل تحقيق مطالبها.
- الإضراب التباطؤي: هو التناقص في العمل.
- الإعتصام: هو تواجد العمال في مكان العمل دون القيام بالعمل أو التوقف عنه وقد لا يسمحون لغيرهم حتى أصحاب العمل بدخول مكان العمل، وهو إضراب غايته زيادة الضغط على صاحب العمل ومنعهم من ممارسة الإغلاق ويعد من أخطر أنواع الإضرابات.
- الإضراب التناوبي: هو قيام مجموعة من الفروع أو الأقسام التابعة لنفس المؤسسة بالتناوب على الإضراب.
- الإضراب غير القانوني: هو قيام العمال بالإضراب دون إعطاء إنذار لصاحب العمل وذلك بشكل مفاجئ، يأتي ليعطي دفعة قوية للمفاوضات الجماعية والضغط على صاحب العمل للعودة إلى طاولة المفاوضات [Michael Salamon, 1992, p332].

3-2-1-3-3 تاريخ الإضرابات في الجزائر

إن الاطلاع على الظروف المهنية للعمال الجزائريين يؤكد أن ظاهرة النزاع العمالي كانت موجودة دائما خاصة بعد الاستقلال، أين عرفت تلك الفترة إعادة البناء والتنمية وعرفت الجزائر معها موجة كبيرة من الإضرابات كأحد أشكال النزاع العمالي.

وكانت معظم الحركات الاحتجاجية بعد الاستقلال مُطالبية، هدفها الدفاع عن نظام التسيير الذاتي السائد آنذاك والمهدد بالزوال ليحل محله التسيير الاشتراكي للمؤسسات، وسادت الفوضى بسبب تناقض ونقص القوانين

مما أدى إلى فشل أنماط التسيير وتواصلت الاحتجاجات والإضرابات، وكانت معظم القطاعات التي مسّها الإضراب تابعة للقطاع الخاص الذي يسيطر عليه الأجانب الذين كانوا يُشغلون عددا كبيرا من الجزائريين أين كان الإضراب مشروعاً ومسموحاً.

وقد عرفت الإضرابات انخفاضا نسبيا بين 1964 و 1966، لتعرف تزايدا ملحوظا مع نهاية الستينات، وهذا التناقض راجع إلى قرارات جماعات العمال في الإضراب ونتائج التدخلات التي تجبر العمال على استئناف العمل.

وجاءت بداية السبعينات لتؤكد منع وحظر حق الإضراب في القطاع العام وتبنيه في القطاع الخاص من خلال التعليمتين 75/71 و31/75، حيث تضمنت كلتاها إجراءات المصالحة وتحكيم النزاعات، وهذا ما منح امتيازات واسعة لوزارة العمل والمصالح التابعة لها كمفتشية العمل التي يجب إعلامها مسبقا بشن الإضراب، وتطور الإضرابات خلال هذه الفترة يبين نمو في نسبة الإضرابات سواء من حيث عددها أو مدى سعتها، أي نسبة مشاركة العمال في الإضرابات بالإضافة لفترات هدوء تعقبها بين 1972-1978، إذ يمكن تفسير ذلك برفع الأجور من جهة، ومن جهة أخرى إصدار التعليمية المتضمنة "التسيير الاشتراكي للمؤسسات" التي وضعت هيئات للتسيير، هدفها ترويض العمال وكبت مطالبهم من خلال إلغاء مطالب النقابات، التي ستسعى للانضمام إلى تجمع العمال A.T، الذي يعتبر من هياكل الإدارة بالمشاركة المراقبة من طرف الدولة أثناء أداء مهامها.

وقد انفجرت سلسلة الإضرابات على إمتداد 1979 وإلى غاية 1980 كردّة فعل على السياسة الجديدة، فبعد وفاة الرئيس "هواري بومدين" سنة 1978، انتهج الرئيس "الشاذلي بن جديد" سياسة الإنفتاح الاقتصادي من خلال الإعلان عن مجموعة من الإجراءات مثل: غلق بعض التعاونيات الاستهلاكية، حل المنظمة الوطنية المهنية للطب، التحضير لخصخصة المؤسسات العمومية... إلخ، وهذا ما انعكس سلباً على الحياة الاقتصادية والاجتماعية للعمال.

وكانت فترة الثمانينات البداية الرسمية للإضرابات في القطاع العام، حيث أخذت مطالب العمال منعدجا آخر، وأصبحوا يطالبون بحق الممارسة النقابية وقضايا أخرى لها علاقة بالإدارة لأن التباعد في عدد الإضرابات بين القطاعين قد رجّحته عوامل كثيرة أبرزها الحصار المفروض على قطاعات الدولة والقواعد والشروط الصارمة التي يخضع لها بالإضافة إلى تقلص سوق الشغل.

رغم أن هذه الفترة عرفت تبني عوائق التنظيمات الخاصة بمختلف جماعات العمل مقارنة بالتشريعات السابقة، حيث ترتب عنها اللامركزية في حل النزاعات وعدم التقريب بين القطاع العام والقطاع الخاص في الأحكام، إلا أنها بقيت حذرة، فلم تستعمل عبارة "النزاعات الجماعية للعمل" أو "الإضراب" واحتفظت بمصطلح "خلافات العمل"، واعتبرت المؤسسة أساس تقنين النزاعات، لذا يستوجب على ممثلي العمال وممثلي أصحاب العمل في مرحلة أولى العمل المشترك من أجل تسوية الخلاف.

وقد كشفت الدراسات أن نسبة الإضرابات مع نهاية الثمانينات وبداية التسعينات ارتفعت لتصل إلى 80% مقارنة بالإضرابات السابقة، أي الفترة ما بين نهاية الستينات وبداية الثمانينات، ونسبة 85% مقارنة بمجموع عدد الإضرابات خلال الخمس سنوات الأولى من الثمانينات خاصة سنة 1985، أين شهدت الجزائر مظاهرات شعبية كان لها الأثر في تغيير أنماط تسيير المؤسسات ودخول الجزائر مرحلة الديمقراطية من خلال التعددية الحزبية والنقابية، وأصبح من حق العمال المطالبة بحقوقهم المشروعة وفق ما يمليه القانون حيث كرس حق الإضراب بموجب المادة 54 من الدستور الجديد المعدل في فيفري 1990 وفق مجموعة من الشروط:

- (1) لا يمكن اللجوء إلى الإضراب إلا عند استنفاد الحلول.
 - (2) على الطرفين المتنازعين إذا اتفقا على اللجوء للوساطة استنفاد كل الإمكانيات قبل الدخول في نزاع مفتوح.
 - (3) التوقف عن العمل يجب أن يكون مُنسق وجماعي بحيث ينتخب على الأقل نصف العمال في مكان العمل على شن الإضراب.
 - (4) لا بد أن يُسبق الإضراب بإشعار لا يقل عن 8 أيام.
 - (5) أن يكون الإضراب تحت التأطير الإجباري للنقابات.
 - (6) القيود القانونية المرتبطة بممارسة حق الإضراب التي تطبق عندما يكون التوقف عن العمل تهديد للآخرين أو عائق لحرية العمل.
- والجدول الآتي يبين عدد الإضرابات على مدار السنوات 1963 - 2004 في مختلف القطاعات الاقتصادية بالجزائر:

الجدول (1): الإضرابات في مختلف القطاعات الاقتصادية بالجزائر للفترة (1963-2004)

| عدد الإضرابات | السنة |
|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
| 292 | 1997 | 648 | 1987 | 323 | 1978 | 100 | 1963 |
| 195 | 1998 | 1933 | 1988 | 696 | 1979 | 35 | 1964 |
| 187 | 2000 | 3389 | 1989 | 922 | 1980 | 72 | 1969 |

| | | | | | | | |
|-----|------|------|------|-----|------|-----|------|
| 176 | 2001 | 2023 | 1990 | 819 | 1981 | 99 | 1970 |
| 175 | 2002 | 1034 | 1991 | 768 | 1982 | 152 | 1971 |
| 23 | 2003 | 493 | 1992 | 668 | 1983 | 168 | 1973 |
| 35 | 2004 | 410 | 1994 | 855 | 1984 | 392 | 1975 |
| | | 432 | 1995 | 809 | 1985 | 349 | 1976 |
| | | 441 | 1996 | 640 | 1986 | 521 | 1977 |

المصدر: الكتاب السنوي لإحصاء العمل، منظمة العمل العربية، عدد08، 2004، ص 638.

3-2-1- الإغلاق

إن رفض النقابة الممثلة للعمال لإجراءات صاحب العمل يتجلى في قيامهم بشن إضراب، تعبيراً عن سخطهم ورفضهم لتوقف أو فشل المفاوضات، في حين يتمثل رفض صاحب العمل لمطالب العمال في سلاح الإغلاق وهو إغلاق مكان العمل في وجه العمال للضغط عليهم لوقف الإضراب والتنازل عن مطالبهم أو حرمانهم من الأجور.

استنتجنا من دراستنا للمبحث الثاني أن الأجور وشروط العمل من أهم أسباب النزاعات العمالية وأن هناك وسائل سلمية لتسوية هذه النزاعات قبل الوصول إلى مرحلة الإضرابات والإغلاق.

خلاصة الفصل الثاني

من خلال دراسة الفصل الثاني تبين أن المفاوضات هي الوسيلة التي يلجأ إليها كلا من ممثلي العمال وممثلي أصحاب العمل من أجل بحث وتحديد الأجور وشروط العمل، قد تنجح ويتم توقيع اتفاق يتمثل في عقد عمل جديد وبشروط جديدة، لذا قبل الوصول إلى هذه المرحلة يسعى كل طرف إلى استخدام مهاراته التفاوضية والاستراتيجيات التفاوضية التي تُعظم منفعته أقصى ما يمكن على طاولة المفاوضات وقد تفشل، وهنا يلجأ العمال إلى الإضراب وأصحاب العمل إلى الإغلاق من أجل ضغط كل طرف على الطرف الآخر.

وقد شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة موجة من الإضرابات في مختلف القطاعات بسبب تدهور أوضاع المعيشة والقدرة الشرائية للمواطنين، ومن أبرز القطاعات التي عرفت احتجاجات عارمة قطاعي التربية والصحة العمومية.

في الفصل الثالث سيتم دراسة المنظومة الصحية بصفة عامة للتعرف على أهم مكوناتها، وظائفها والعوامل المؤثرة في تشكيلها والمنظومة الصحية في الجزائر بصفة خاصة، بالإضافة إلى المستشفيات باعتبارها أهم المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع.

الفصل الثالث:

معالم في المنظومة الصحية العالمية، المنظومة الصحية في الجزائر والمستشفيات

تمهيد

تعتبر الصحة من أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية، بدأت تحتل مكانة متميزة منذ أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1948، الذي اعتبر الصحة حقا أساسيا لجميع الأفراد والشعوب، فالصحة الجيدة تجعل الفرد حيوي، تمكنه من العمل وتعظيم المنفعة، كذلك الوقاية والترقية الصحية تحسن من الوضعية الصحية للسكان النشطين، لذا تتولى معظم حكومات الدول مسؤولية تقديم الخدمات الصحية لمواطنيها في إطار الصحة العمومية من خلال بذل الجهود لتحسين الانتفاع بالموارد المتاحة واستكشاف الطرق التي تمكن من حشد موارد جديدة.

ويختلف حجم الموارد المخصصة من دولة لأخرى حسب الإمكانيات المتوفرة، وهذا ما ينعكس على جودة ونوعية الخدمة الصحية المقدمة والمستوى الصحي.

وتعتبر المستشفيات من بين أهم وأكبر المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع، اكتسبت أهميتها من خلال التطور الذي عرفته على المستوى التنظيمي، الوظيفي،... إلخ.

يعرض هذا الفصل لمبحثين، المبحث الأول يتطرق إلى بعض المفاهيم المرتبطة بالصحة، المنظومات الصحية عموما والمنظومة الصحية في الجزائر خصوصا، أما المبحث الثاني فيتطرق إلى المستشفيات، وفيما يلي سنتناول المنظومة الصحية في العالم وفي الجزائر.

المبحث الأول:

المنظومة الصحية في العالم وفي

الجزائر

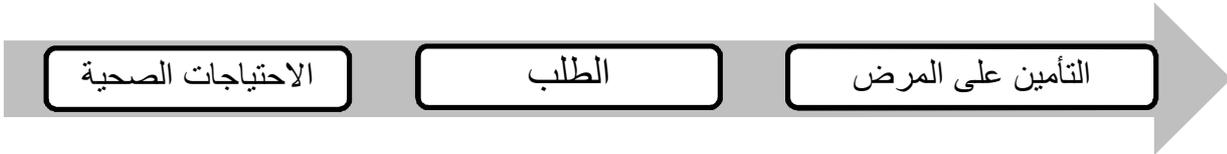
يتطرق هذا المبحث إلى المنظومة الصحية عموما من حيث المفاهيم، المكونات، الوظيفة والعوامل المحددة للمنظومة الصحية، والمنظومة الصحية في الجزائر خصوصا لمعرفة أهم الخصائص والجهود المبذولة من طرف السلطات العمومية في هذا القطاع.

1- المنظومات الصحية في العالم

بعد أن أصبحت المسألة الصحية منصوص عليها في المواثيق والداستير الدولية، زاد اهتمام الدول بهذا المجال وأصبح لها علم يطلق عليه: الإقتصاد الصحي، ويعتبر " كنيث جون آراو " Kenneth John Arrow أول من أعطى دفعة لهذا الحقل من خلال مقاله المنشور سنة 1963 في الولايات المتحدة الأمريكية بعنوان:

"اقتصاد العلاجات الطبية"، الذي يركز على ثلاثة محاور كالآتي: [Brahim Brahamia, 2010, p25]

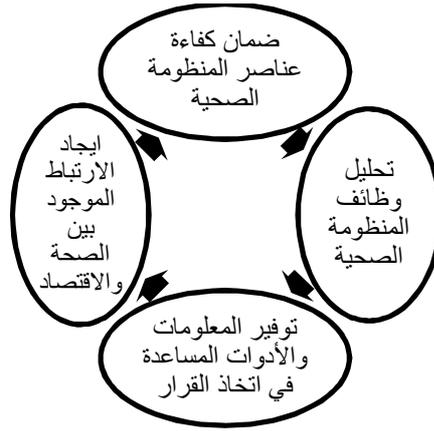
الشكل(9): محاور اقتصاد العلاجات الطبية



المصدر: من إنجاز الطالبة

بعدها برز في أوروبا، ثم في الدول النامية حيث حظي بالاهتمام نظرا لدوره المُمثل في الشكل الآتي:

الشكل(10): دور الإقتصاد الصحي



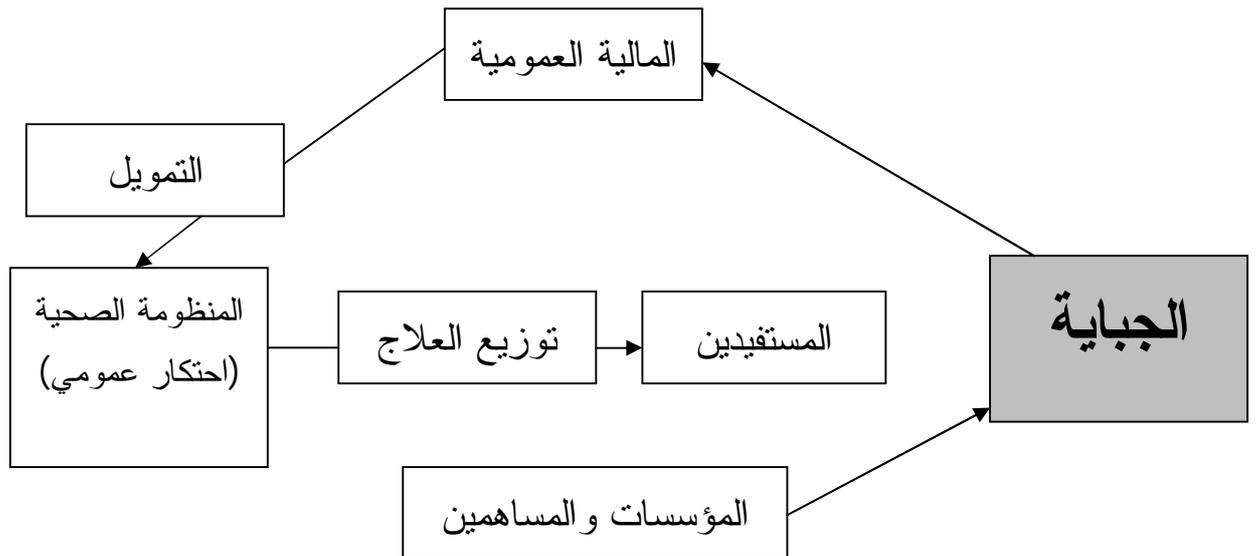
المصدر: من إنجاز الطالبة

إن التعدد في أدوار الاقتصاد الصحي يرجع إلى اختلاف المنظومات الصحية للدول في تنظيمها ووظائفها، فمعظمها مبني على هياكل معقدة نتيجة التطورات التاريخية المختلفة مما جعل بعض العناصر مركزية وامكانية لـ لامركزية عناصر أخرى، وبصفة عامة يمكن أن نجد عبر العالم نوعين من المنظومات الصحية كالآتي:

أ- المنظومة الصحية المركزية

حسب النظرة الكينزية، الدولة هي السلطة المركزية التي تسهر على التنظيم و تنفيذ الاجراءات اللازمة لسير الوظائف، أين تكون الخدمات الصحية مجانية والتمويل عن طريق الضرائب، وللتوضيح يدرج الشكل الآتي:

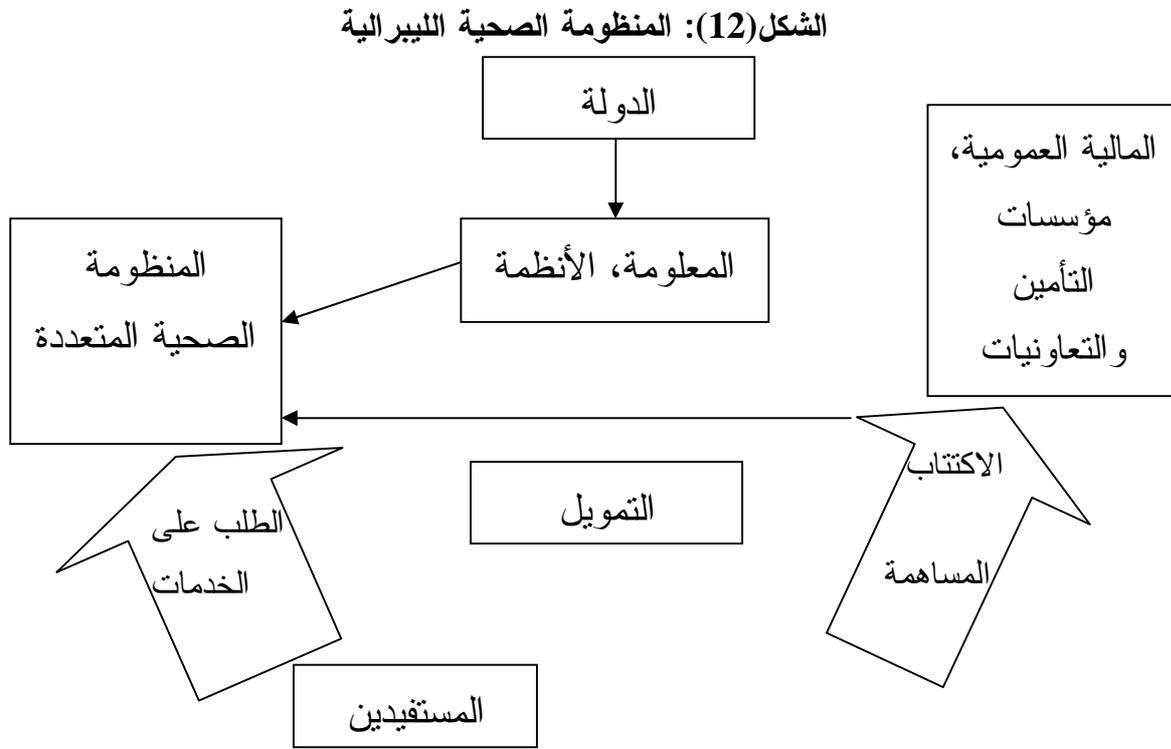
الشكل(11): المنظومة الصحية المركزية



المصدر: Brahim Brahamia, 2010, p93

ب- المنظومة الصحية الليبرالية

يخضع هذا النوع من المنظومات الصحية لقوى العرض والطلب في سوق المنافسة، وبما أن المجال الصحي خاص وتمتيز فإن الدولة لها دور مهم من خلال التشريعات وسن القوانين المتعلقة بسوق السلع والخدمات الطبية وإن كانت المنظومة الصحية لدولة تنتهج اقتصاد السوق، والشكل الآتي يبرز هيكل المنظومة الصحية الليبرالية:



المصدر: Brahim Brahamia, 2010, p94

ما يميز هذا النوع من المنظومات الصحية هو تعدد مصادر التمويل، التي غالبا ما تتمثل في الموارد الجبائية، التأمينات الخاصة، الاشتراكات، المدفوعات المباشرة للمرضى،...إلخ.

كما أن اعتماد هذا النوع من المنظومات الصحية يرجع إلى الأسباب الموضحة في الشكل الآتي: [Derick

[Brinkerhoff (PHR), n°01,2002, p03

الشكل (13): أسباب اعتماد المنظومات الصحية غير المركزية

| الأسباب التكنولوجية | الأسباب السياسية | الأسباب التمويلية |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • تقدير وضبط الاحتياجات الصحية. • فعالية الخدمات الصحية والإدارية المقدمة. | <ul style="list-style-type: none"> • تفعيل المشاركة وزيادة الاستقلالية. • توزيع السلطة. • خفض الضغط المركزي. | <ul style="list-style-type: none"> • تفعيل الرقابة على الموارد والمداخيل بهدف ترشيد النفقات. • تنمية دور القطاع الخاص. |

المصدر: من إنجاز الطالبة

ولا يمكن القول أن هناك منظومة صحية مثالية فكل واحدة لها مزاياها ونقائصها، يتم تحليلها اقتصاديا بدراسة السلوك الاقتصادي لمتعاملي المنظومات الصحية المتمثلين في: المستهلكين، مقدمي الخدمات الصحية، مؤسسات تأمين وتمويل أخطار المرض، الدولة [FARGEON, 2009, P112]، وفيما يلي سنتناول بالدراسة أهم معالم المنظومات الصحية في العالم:

1-1- مفهوم المنظومة الصحية

- المنظومة الصحية عبارة عن مجموع العناصر المتناسقة والمهيكلية بهدف الوقاية، الترقية الصحية وتوزيع العلاج على جميع أفراد المجتمع. يمكن القول أنها منظومة معقدة تسهم في الحماية، الإطعام وتحسين الوضع الصحي للأفراد مما يسمح لهم بالعمل، التفاعل، الاتصال،... إلخ [Brahim Brahamia, 2010, p73].

- تُعرف المنظومة الصحية على أنها مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض ضمن شبكة من الاتصالات، تعمل معا لتحقيق هدفها المتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار [فريد نصيرات، 2003، ص50].

- كذلك، هي عبارة عن أسلوب عمل وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما، بتوفير أساليب عمل وطرق وإجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات والمناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة [صلاح محمود ذياب، 2009، ص52].

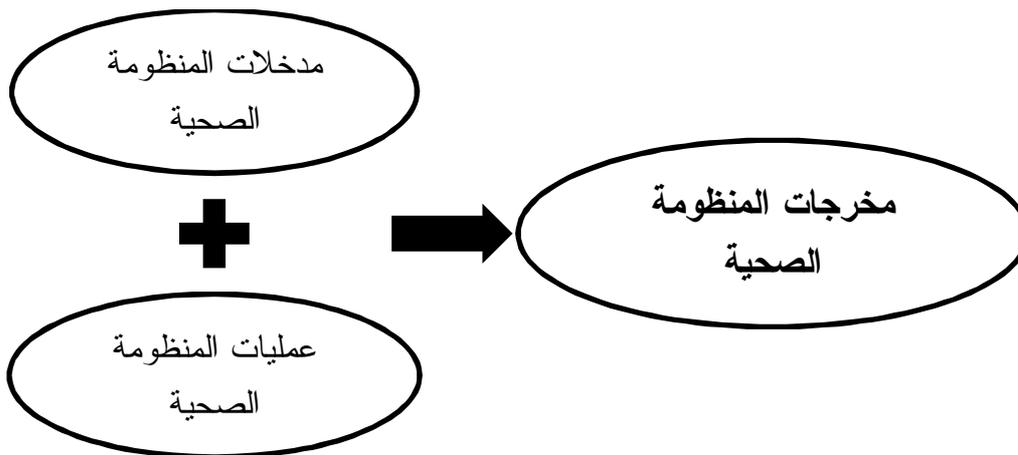
- وهي أيضا مجموع التعهدات، الالتزامات والموارد التي يخصصها مجتمع ما، بادخارها أو استثمارها للاهتمام بالجانب الصحي، أو هي الآلية المجتمعية التي يتم بها تحويل الموارد العامة أو المدخلات إلى مخرجات متخصصة في صورة خدمات صحية تستهدف مواجهة المشكلات الصحية في المجتمع [إطال بن عايد الأحدي، 2004، ص19].

- وعرفت المنظمة العالمية للصحة على أنها: « مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية، والنشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الأساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات » [OMS : rapport mondial sur la santé, 2000, p8].

1-2- مكونات المنظومة الصحية

تعتبر الخدمات الصحية مخرجات المنظومة الصحية والهدف الذي تسعى إليه، حيث تقدم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة لتلبية الحاجات الصحية والحفاظ عليها وتعزيزها، وحتى نتحصل على هذه المخرجات لابد من توفر مجموعة من المدخلات التي تعتبر مكونات المنظومة الصحية، بالإضافة إلى الأنشطة التي تساعد على تحويل هذه المدخلات إلى مخرجات في شكل خدمات صحية كما يوضحه الشكل الآتي:

الشكل(14): مدخلات، عمليات ومخرجات المنظومة الصحية



المصدر: من إنجاز الطالبة

وفيما يلي مجموع العناصر المكونة للمنظومة الصحية، ونشير أن باقي العناصر التي ذكرها إ. براهيمية في كتابه "الاقتصاد الصحي" تم إدراجها ضمن عمليات المنظومة الصحية باعتبارها الأنشطة التي تساعد على تحويل هذه المدخلات إلى خدمات صحية.

1-2-1- الموارد البشرية

تتطلب الخدمات الصحية وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الممارسين العامّين، الخاصين والاستشاريين في جميع مجالات الطب، بالإضافة إلى الهيئة التمريضية والطبية المساعدة كالصيادلة، مختصي مختبرات الأشعة، التخدير والإنعاش، الرقابة الصحية، التأهيل والعلاج الطبيعي... إلخ، كذلك الموارد البشرية الإدارية والمحاسبية والعاملين في مجال الصيانة والخدمات، ويجب أن تتميز هذه الموارد البشرية بمستوى عالٍ من الخبرة والكفاءة والتعاون، لينعكس ذلك على جودة الخدمة الصحية [صلاح ذياب، 2009، ص174].

1-2-2- الموارد المالية

تتنوع مصادر التمويل الصحي، فالسلطات العمومية تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول كمكافحة الأمراض المعدية، مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة والإشراف على برامج رعاية الأمومة والطفولة وبرامج التطعيم، إلا أن زيادة التكاليف والطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون الزيادة في الإنفاق الحكومي عليها دفع ببعض الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها ومستوى تطورها، نذكر أهمها كما يلي:

1) التمويل عن طريق اشتراكات التأمين الاجتماعي (منظومة بيسمارك):

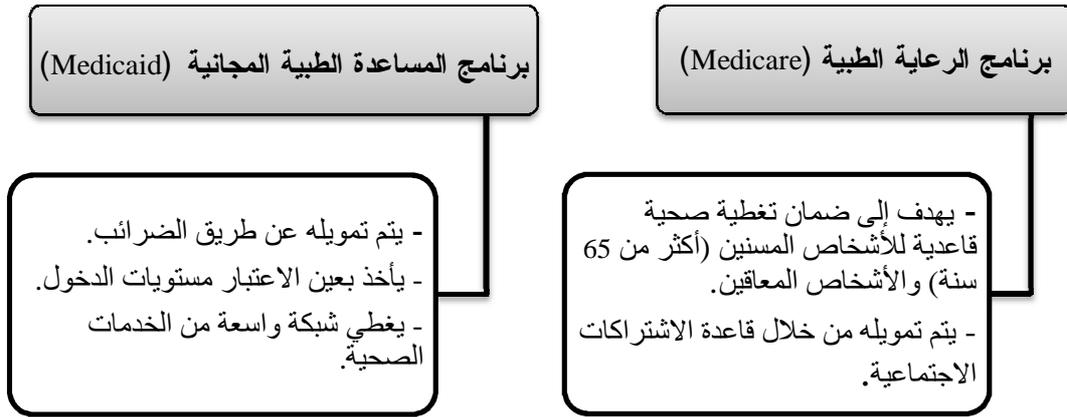
توسيع دور الدولة من خلال جملة القوانين الموجهة بالأساس لحماية عمال الصناعة الذين يعانون من ضعف مستويات الأجور، يتضمن: تأمين المرض (1883)، التأمين الخاص بحوادث العمل (1884)، تأمين العجز والشيخوخة (1889)، ثم تأمين البطالة سنة 1927. يقوم على مبدأ التأمين المهني بالاقتطاع الاجباري للاشتراكات مناصفة بين الأجير والمؤسسة المستخدمة. تعتمد كل من فرنسا، النمسا، بلجيكا، هولندا [نور الدين عياشي، 2010، ص 13].

2) التمويل عن طريق الضرائب (منظومة بيفردج):

العمومي، مبدأ هذه المنظومة شمولية التغطية الصحية ومجانيتها في الغالب، يتم التمويل عن طريق الضرائب ولا يرتبط بالاشتراكات الاجتماعية.

(3) التمويل من خلال التأمين الخاص (المنظومة الصحية الوطنية): يمثل النموذج الأمريكي، الذي يعتبر المسألة الصحية مسألة فردية، يتكفل بتمويلها قطاع التأمين الخاص مع تدخل الدولة في بعض الجوانب من خلال برامج حكومية موجهة لبعض الفئات المحددة قانونا كآلاتي: [نور الدين عياشي، 2010، ص 67]

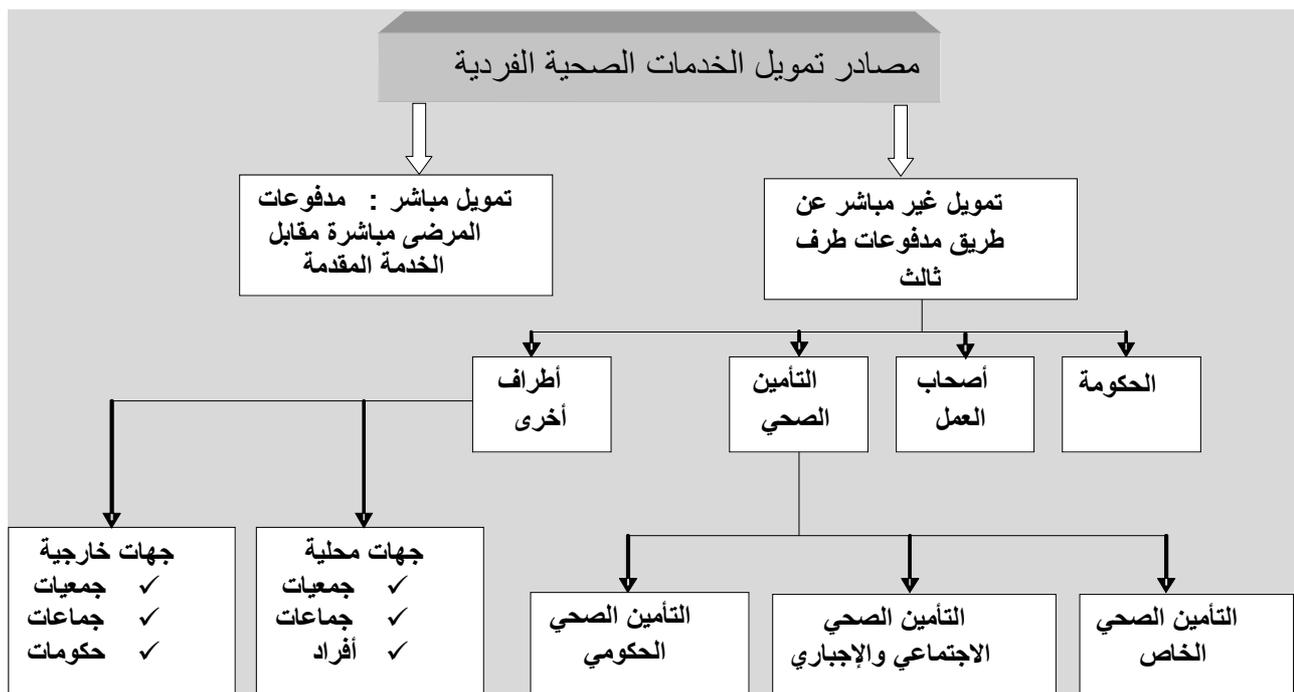
الشكل (15): برامج التغطية الصحية في الو.م.أ



المصدر: من إنجاز الطالبة.

إن سبب اعتماد هذا النوع من التمويل راجع إلى ارتفاع النفقات الصحية التي تعتبر الأعلى في العالم وعدم قدرة الدولة على تغطيتها، حيث يلعب السوق دورا مهما في إنتاج الخدمات الصحية كما تعتمد في التمويل على مؤسسات التأمين وذلك بنسبة 54.9% من إجمالي النفقات الصحية في حين يشكل الانفاق العمومي 45.1%، والشكل الآتي يبين مصادر تمويل الخدمات الصحية الفردية حسب النموذج الأمريكي:

الشكل (16): مصادر تمويل الخدمات الصحية الفردية في الو.م.أ



المصدر: طلال عايد الأحمدى، 2004، ص247.

- نلاحظ من خلال الشكل تباين أساليب تمويل الخدمات الصحية الفردية حسب مصادر التمويل والجهة التي تتحمل نفقات الخدمة المقدمة للمريض كما يلي:
- تمويل الحكومة الخدمات الصحية من خلال أسلوب التمويل الحكومي، حيث تتحمل الحكومة نفقات علاج المريض من إيرادات الدولة المتمثلة في الضرائب، الرسوم، عوائد الثروات الطبيعية،...إلخ.
 - تساهم منظمات أصحاب العمل في تمويل الخدمات الصحية من خلال إنفاقها على صحة المرضى العاملين بها من خلال الاشتراكات الاجتماعية، صناديق الرعاية، التعاونيات،...إلخ.
 - جهات أخرى، تتمثل في الأفراد والجماعات والجمعيات والمنظمات الخيرية سواء كانت محلية أو دولية.

1-2-3- الأجهزة والمعدات

تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية، حيث أن توفير الأجهزة والمعدات والآلات المتطورة والمزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة تساعد على تشخيص الأمراض بدقة وعلاجها وزيادة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

1-2-4- المباني والهياكل المستخدمة

تشمل العيادات، المراكز الطبية، المستشفيات، الصيدليات، المستوصفات والمختبرات، على أن تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية وفي ظروف بيئية مناسبة كأن تضم غرف المرضى، الحمامات، الممرات، محطات التمريض ومخازن الأدوية وغيرها، حيث تتوفر على التهوية، الإنارة، التدفئة، النظافة، التآييث وأماكن الانتظار والراحة،...إلخ.

1-2-5- المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية

هم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية والرعاية الصحية، ورغم أنه من الصعب تلبيةها بشكل كامل إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها، فبقدر تعدد حاجات المرضى ومتطلباتهم تتعدد وتتوسع المستويات الخاصة بالخدمات.

1-2-6- البحوث وتراكم المعارف

تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية والاختراعات بهدف تحسين العلاج ومكافحة الأمراض، كما تساهم في تخفيض التكاليف الصحية من خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض واعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولة استخدامها مثل: إبر الأنسولين لمرضى السكري [Brahim Brahamia, 2010, p 66]

1-3-3- عمليات المنظومة الصحية

تتمثل عمليات المنظومة الصحية في الأنشطة التي تساهم في تحويل المدخلات إلى خدمات صحية كالاتي:

1-3-3-1- الإدارة

تلعب الإدارة دورا هاما وحيوي في إدارة المنظومة الصحية من خلال التخطيط الاستراتيجي وتقويم البرامج الصحية التي تنظمها مختلف الجهات، بالإضافة إلى القيام بالبحوث الصحية والإشراف عليها ووضع معايير الرقابة على الأداء وتحسين مدخلات وعمليات ومخرجات المنظومة الصحية.

1-3-3-2- المعلومات والتنظيم

إن توفر المعلومات الدقيقة عن مختلف الجوانب الصحية في المجتمع يزيد من قدرة المؤسسة على تقديم الخدمات الصحية وترتبط المعلومات بالتنظيم الجيد والسياسات والإجراءات المتبعة لتقديم الخدمة، بالإضافة إلى وجود سجلات طبية، وهذا ما جعل من نظم المعلومات الطبية من أهم النظم الفرعية المكونة للمنظومات الصحية والتي تساعد في اتخاذ القرارات المناسبة في ظل المعطيات المتوفرة.

1-3-3-3- الاتصال

تعمل معظم حكومات الدول في ظل الإصلاحات على الاهتمام بالاتصال الذي يمثل: « التبادل الفكري، رسائل ومعلومات تعبر عن صوت الأفراد من خلال الوثائق المكتوبة، الالكترونية والمؤسسات الإعلامية» وذلك بتطوير أساليب التسويق والاتصالات، التي تساعد على تراكم المعارف، تغيير وتوجيه سلوك الأفراد ايجابيا على كل مستويات المنظومة الصحية [Nena Terrell (PHR), 2001, P 01].

1-3-4- التشريعات والأنظمة

إن عمل وتطور المنظومات الصحية يرتكز على سن القوانين والأنظمة المتعلقة بتسيير الموارد الصحية، تحديد الديموغرافيا الطبية، توجيه التكوين، تحديد التخصصات وذلك حسب تطور الاحتياجات والقدرة التمويلية.

1-4- وظائف المنظومة الصحية

رغم تباين أهداف المنظومات الصحية بين دولة وأخرى بسبب اختلاف الظروف الصحية، السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية إلا أنها تشترك في القيام ببعض الوظائف تمثل أهدافا في حد ذاتها:

- الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى، وذلك بضمان تقديم خدمات صحية نوعية وتوفيرها في أماكن تواجدهم بشكل يكون في متناول طالبيها دون عوائق.
- تأمين الكفاءات البشرية كمّاً ونوعاً حسب احتياج برامج الخدمات الصحية والاستغلال الأمثل لهذه الكفاءات ودعم البرامج التعليمية والتكوينية التي تعمل على تنمية قدراتها ومهاراتها.
- تأمين الموارد المالية اللازمة لتغطية نفقات الإنشاء، التجهيز والصيانة.
- تطوير نظام المعلومات الطبية بما يتيح توفير المعلومات عن الأوضاع والجهود الصحية في الوقت المناسب.
- وضع الضوابط والأنظمة وإعداد المعايير وتحديد الإجراءات التي تكفل الارتقاء بالخدمات الصحية التي من شأنها إنقاص معدل الوفيات، حدوث الأمراض والحوادث.

وحتى يتم النهوض بإمكانات وقدرات المنظومات الصحية لجعلها أكثر استجابة للمشكلات الصحية والمتغيرات والتطورات الاقتصادية، السياسية ينبغي مراعاة الأسس والمقومات الآتية: [طلال عايد الأحمدي، 2004، ص42]

- (1) مراعاة استراتيجيات الخدمات الصحية والتطوير المستمر للموارد البشرية الصحية وتوفير كل الموارد اللازمة وتحسين مجال استخدامها وترشيد استخدام نفقاتها.
- (2) توزيع شبكات الخدمات الصحية توزيعاً عادلاً ومدروساً، حيث تشمل الخدمات جميع المناطق ويستفيد منها كل الأفراد.

- (3) ربط جهود التنمية الصحية بالتنمية الشاملة لما للوضع الصحي من علاقة وانعكاس على الأنشطة المتعلقة بالتعليم، الغذاء، البيئة، الاتصالات،...إلخ.
- (4) إعادة النظر على نحو مستمر في اللوائح التنظيمية وإجراءات النظم الصحية لإجراء التعديلات المطلوبة التي تواكب المعارف والتقنيات والتكنولوجيا الحديثة لتسيير أعمال الخدمات الصحية بفعالية وكفاءة.
- (5) تشجيع ودعم البحوث ذات الصلة بتطوير مجال الخدمات الصحية بغية تحديد وسائل تحسين الخدمة الصحية كالأستدلال على الانحرافات بين الاحتياجات الفعلية والخدمات المقدمة واستحداث طرق لتكامل الخدمات الصحية.

1-5-5- العوامل المؤثرة في وضع المنظومة الصحية

هناك العديد من العوامل التي تؤثر وتحدد ملامح المنظومة الصحية لأي دولة، والاختلاف في هذه العوامل يجعل من المنظومات الصحية متباينة وأهم تلك العوامل: [صلاح محمود زياب، 2009، ص53]

1-5-1- السكان

يُعتبر الوضع السكاني العامل الأساسي الذي يجب أخذه بعين الاعتبار لبناء المنظومة الصحية، وذلك من خلال جمع المعلومات والبيانات عن السكان في المجالات التالية:

- (1) عدد السكان: يؤثر عدد السكان في حجم المنظومة الصحية، فالمنظومة الصحية التي يتم تصميمها لعدد قليل من السكان تختلف عن المنظومة المصممة لعدد كبير منهم.
- (2) معدل النمو السكاني: عند التخطيط لوضع أي منظومة صحية لا بد من الأخذ بعين الاعتبار معدل النمو، لأنه يعكس حجم المنظومة الصحية المستقبلية ومدى ملاءمتها لمعدلات النمو من أجل إجراء تغييرات في المنظومة الحالية أو إيجاد منظومة صحية بديلة.
- (3) توزيع السكان حسب السن والجنس: فالأمراض التي تصيب الكبار تختلف عن تلك التي تصيب الأطفال، كما أن بعض أمراض النساء تختلف عن أمراض الرجال، وهذا الفرق يظهر ضمن المنظومة الصحية من خلال مستوى وطبيعة الخدمات الصحية التي تناسب كل فئة.
- (4) معدل الدخل: يلعب الدخل دورا في توجيه المنظومة الصحية نحو القطاع الخاص أو القطاع العام والتركيز على أحدهما دون الآخر، بالإضافة إلى تحديد أنظمة التأمين واستقدام أحدث التكنولوجيا الطبية أو الاستغناء عنها.

1-5-2- الموارد الطبيعية المتوفرة

إن توفر الموارد الطبيعية تعكس قدرة الدولة على إيجاد منظومة صحية راقية وذات مستوى عالٍ لأن الموارد المادية تترجم إلى موارد مالية نستطيع من خلالها الإنفاق على مختلف مستويات الخدمات الصحية، وتتكون الموارد الطبيعية من:

- المواد الخام في الطبيعة كالبتترول، الغاز، الفوسفات، المعادن وغيرها، ما يجعل للدولة إيرادات ثابتة تنعكس على مستوى المنظومة الصحية.
- درجة النشاط الاقتصادي وحجم الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى، وهذا ما ينعكس على نوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها.

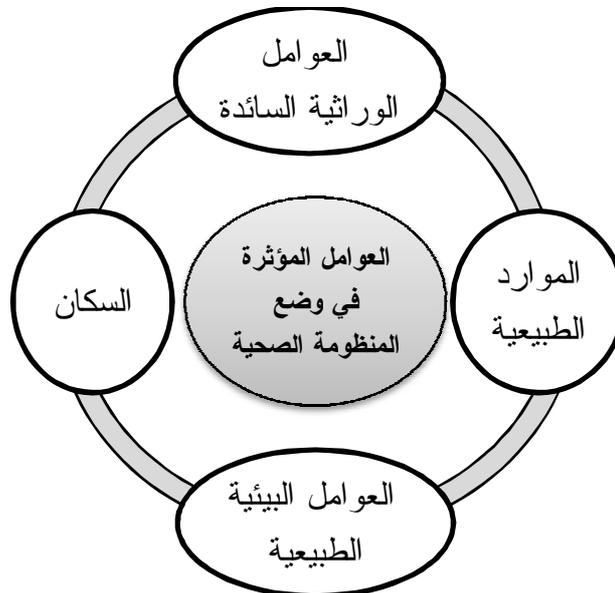
1-5-3- العوامل البيئية الطبيعية

يؤثر المناخ، الطقس، الأوبئة والحشرات وغيرها في رسم المنظومة الصحية خاصة إذا كان هناك معرفة بأن الأمراض تختلف حسب المناخ والحشرات والقوارض.

1-5-4- العوامل الوراثية السائدة

إن الإطار العام لهذه العوامل تكون معروفة لدى الأطباء والعاملين في المجال الطبي كالإعاقات، الشلل الدماغي، السرطان،... إلخ، لذا يتم اعتماد هذه العوامل عند وضع المنظومة الصحية. ويمكن توضيح العوامل السالفة الذكر من خلال الشكل البياني الآتي:

الشكل(17): العوامل المؤثرة في وضع المنظومة الصحية



المصدر: من إنجاز الطالبة

2- المنظومة الصحية الجزائرية

قبل التطرق إلى واقع المنظومة الصحية الجزائرية وتقييم أدائها لابد من ضبط بعض المصطلحات والتفريق بين مضمونها ومعناها باعتبارها معايير اعتمدها المنظمة العالمية للصحة لتقييم أداء المنظومات الصحية والتنمية الصحية في بلد ما [إلياس بومعراف، عماري عمار، ع 07، 2009، ص30].

➤ المستوى الصحي: المنظومة الصحية تساهم في تحسين مستوى صحة الأفراد وهدف تحسين الصحة ينقسم إلى عاملين، الأول متعلق بالجودة والتي تمثل أحسن مستوى صحي، والثاني متعلق بالعدالة في توزيع الصحة أي تقليص درجة الفوارق أقصى ما يمكن بين الأفراد والجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية.

وتعتمد المنظمة العالمية للصحة في تقييم المستوى الصحي على معدل الأمل في الحياة مصحح من العجز (Espérance de vie corrigé de l'incapacité)، وذلك لأن حالات العجز جد منتشرة في الدول المتخلفة لعدة عوامل (الحروب، الأمراض،... إلخ).

➤ استجابة المنظومة الصحية: تقر المنظمة العالمية للصحة أن استجابة المنظومة الصحية لا يمكن حصرها اعتمادا على الخدمات الصحية فقط، فالمفهوم العام لدرجة الاستجابة يصنف إلى عاملين، عامل متعلق باحترام المرضى ويمكن اعتباره غير موضوعي لأنه يقيم بالدرجة الأولى من قبل المرضى ويخص جوانب انشغالاتهم باعتبارهم زبائن المنظومة الصحية مثل: فترات الانتظار للتدخلات الجراحية غير المستعجلة للمرضى، والعامل الثاني متعلق بكيفية الاستجابة لهؤلاء الزبائن من خلال الملاحظة بشكل مباشر في المؤسسات الصحية.

➤ تمويل المنظومة الصحية: هو ما تنفقه الدولة على الخدمات الصحية، ويعتبر مؤشر الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي انعكاس لمدى اهتمام الدول بصحة مواطنيها، رغم أنه لا يعكس مبدأ العدالة في توزيع النفقات الصحية أو عدالة الوصول إلى الخدمات الصحية [بومعراف إلياس، عماري عمار، 2009، ص31].

2-1- التنظيم القانوني للمنظومة الصحية الجزائرية

كانت الوضعية الصحية للسكان بعد الاستقلال والمقدر عددهم بـ 10.2 مليون نسمة متدهورة بسبب السياسة الاستعمارية في هذا المجال، وكان عدد المستخدمين محدودا جدا حيث قدر عدد الأطباء

الجزائريين آنذاك بـ 342 طبيب، غير مؤهلين لمواجهة الوضعية الصحية السائدة [Brahim Brahamia, 2010, p 309]، تتركز أكبر نسبة في المدن الكبيرة، وكان انشغال السلطات مُنصب حول إعادة بعث الهياكل الصحية والاستشفائية الموروثة من جهة وسير عمل كليات العلوم الطبية من جهة أخرى في ظل القيود المتمثلة في عدم توازن توزيعها الجغرافي حيث كانت المراكز والمستوصفات الصحية تدار من قبل البلديات، وقد ألحقت بالمستشفيات التي تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتمكنت بين عامي 1967 و 1968 من استخدام أطباء متعاقدين إلى جانب الأطباء الدائمين، إذ كان الأطباء الخواص يعملون في المستشفيات بانتظام من أجل التكفل بالمرضى وتكوين الطلبة حيث عملت السلطات في هذا الإطار في ظل إصلاحات 1971 على تخفيض مدة التكوين الطبي من 7 سنوات إلى 6 سنوات، بالإضافة إلى إنشاء كليات الطب بوهران، قسنطينة... وقد أدت قلة المنشآت والمستخدمين إلى سهولة التسيير والتنظيم.

أما فيما يخص السياسة الدوائية، فالدولة تحتكر استيراد الأدوية بوساطة الصيدلية المركزية الجزائرية، ويتم استيراد وتوزيع المواد الصيدلانية من خلال ثلاثة شبكات عمومية جهوية كالتالي: [Brahim Brahamia, 2010, p 351

الشكل(18): شبكات استيراد وتوزيع الأدوية بالجزائر

ENCOPHARM (منطقة الشرق)
ENAPHRM (منطقة الوسط)
ENOPHARM (منطقة الغرب)

المصدر: من إنجاز الطالبة

هذا الاحتكار لم يدم طويلا، فبعد الإصلاحات الاقتصادية لسنوات الثمانينات، أصبح للمتعاملين الخواص دور في الاستيراد والإنتاج الدوائي حيث يغطي "مجمع صيدال" بين 25% و 30% من الاحتياجات الوطنية.

ونظرا للوضعية الصحية المتدهورة لمعظم السكان في تلك الفترة، تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني في جانفي 1974، من أجل تجسيد شعار "حق الصحة لجميع المواطنين" مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية، فخلال هذه الفترة تم تسجيل تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين وهذا بفضل استثمارات الدولة، حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986، وتطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 مستخدم عام 1973 إلى 124728 مستخدم سنة 1987 بمعدل طبيب لكل 1124 نسمة، و

ذلك ما انعكس إيجابيا على الوضع الصحي من خلال ارتفاع معدل الأمل في الحياة من 51 سنة عام 1965 إلى 65 سنة عام 1987 وانخفاض معدل وفيات الرضع وانخفاض حدة الأمراض المعدية.

وقد عرفت هذه الفترة مركزية مفرطة في التسيير، واقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات، ولم يكن له حق تحويل الاعتمادات المالية أو التعاقد مع أطباء أجانب إلا بالرجوع إلى السلطة الوصية، وهذا ما أدى إلى صعوبة التكيف مع الظروف والمستجدات والتعامل مع المؤسسات الخاصة وبعض المؤسسات العمومية التي ترفض استخدام الإذن بالطلب.

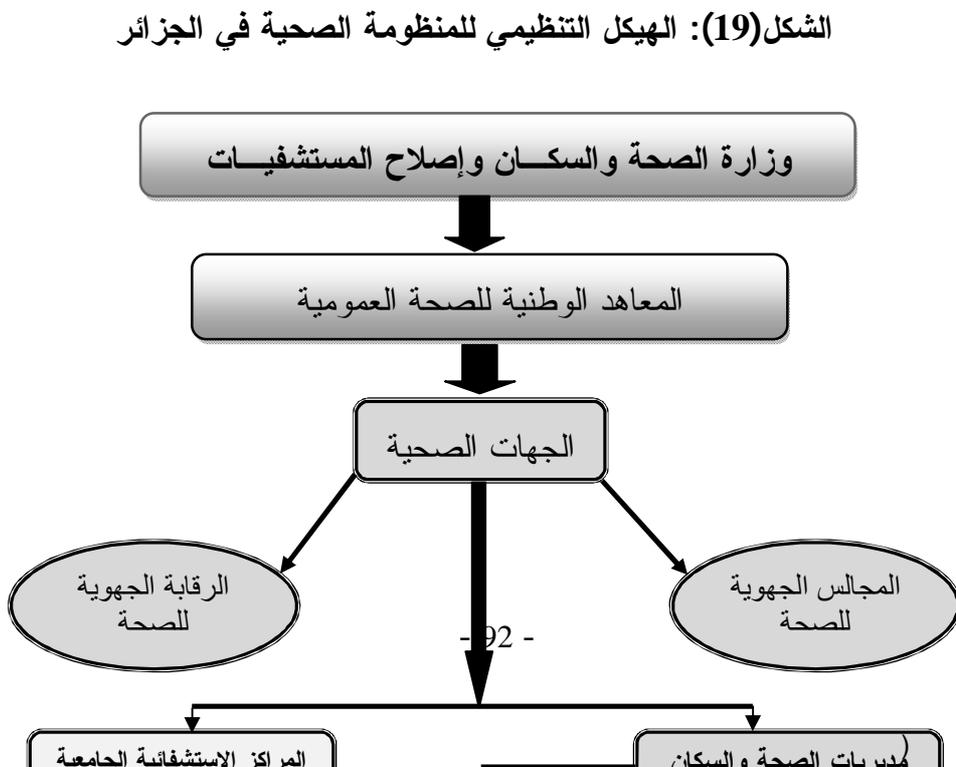
لقد تتالت المراسيم المتضمنة تنظيم وتسيير الإدارة المركزية لوزارة الصحة خلال الفترة 1981-1986، علما أن تعدد النصوص عامل أساسي في ضرب استقرار المؤسسات، ففي 25 سبتمبر 1981 تم إصدار المرسوم رقم 242-25 المتعلق بإنشاء القطاعات الصحية، الذي يعتبر المستشفى أهم وحدة صحية، وأصبح لكل دائرة قطاع صحي يضمن للمواطنين:

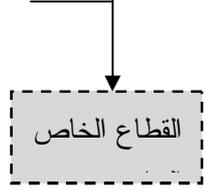
- علاج متدرج، حيث أن الطبيب العام هو الذي يفحص المريض أولا ويتكفل به، ثم يقرر توجيهه إلى طبيب مختص إن استلزمت حالته الصحية ذلك.
- تكوين نوعي، حيث أنه لا يمكن أن يصبح قطاع صحي جامعي إلا إذا توفرت فيه إمكانيات التكوين الطبي، بالإضافة إلى التغطية الصحية لكامل التراب الوطني والزيادة في القدرة البيداغوجية وتلقائية التسلسل الإداري، فاعتماد قطاع صحي/ دائرة يشجع مساهمة الجماعات المحلية لتمويل نفقات الصحة.

ودون ترك الوقت الكافي للتقييم الموضوعي لهذا التنظيم الذي أثبتت فعاليته في العديد من البلدان، تم إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 86-25 الصادر في 11 فيفري 1986 بمبرر تحسين نوعية الخدمات الصحية والتكوين، وكانت الميزانية المخصصة لـ 13 مركز استشفائي جامعي المتواجدة في 10 ولايات (أربعة بالعاصمة، وواحد في كل من وهران، قسنطينة، تلمسان، سيدي بلعباس، البليدة، تيزي وزو، سطيف، عنابة وبانتة) تفوق ثلث الميزانية الإجمالية لوزارة الصحة، بينما 185 قطاع صحي المتبقي و32 مؤسسة استشفائية متخصصة تتقاسم الباقي، وبقي هذا التنظيم طيلة ربع قرن أين أصبحت المصالح الاستشفائية الجامعية تعاني اكتظاظ وضغط نتيجة الطلب المتزايد على الخدمات الطبية والعلاجية والتكوينية، ليتم خلق "المؤسسات الاستشفائية العمومية" و"المؤسسات العمومية للصحة الجوارية" بنص قانوني

واحد يتمثل في المرسوم التنفيذي رقم 140-07 الصادر في 19 ماي 2007 كإنهاء للوحدات الصحية القاعدية التي أثبتت نجاعتها في كل البلدان التي طبقت فيها [عبد الوهاب بن قونية، الخبر، 14-01-2012].

والشكل الآتي يبين الهيكل التنظيمي للمنظومة الصحية في الجزائر:





المصدر:

المصدر: من إنجاز الطالبة اعتمادا على: 1- وثائق مديرية الصحة والسكان

2- موقع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

حيث:

- المعاهد الوطنية للصحة العمومية هي المؤسسات التي تدعم المنظومة الصحية بخبرتها فيما يتعلق بالتكوين، الوقاية ومراقبة الجودة، من أهمها: معهد باستور، الصيدلية المركزية للمستشفيات، المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية، المعهد الوطني للصحة العمومية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، المدرسة الوطنية للإدارة المكلفة بتكوين الاطارات الادارية للهياكل الصحية العمومية، المدارس شبه الطبية،... إلخ [Brahim Brahamia, 2010, p364].
- يوجد خمسة جهات صحية، لكل جهة صحية مجلس جهوي للصحة ومراقب جهوي للصحة تتمثل في: الجزائر العاصمة، قسنطينة، وهران، بشار، ورقلة.
- مديريات الصحة والسكان: وعددها 48 مديرية، تتواجد على مستوى كل ولاية.
- المراكز الاستشفائية الجامعية وعددها 13 [www. Sante.gov.dz].
- المؤسسات الاستشفائية العمومية وقد قدر عددها بـ:

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وعددها 32.
- القطاعات الصحية وعددها 224 (احصائيات 2002).
- العيادات متعددة الخدمات، عددها 513.
- المراكز الصحية، عددها 1252.
- قاعات العلاج والفحص، عددها 3964 [Brahim Brahamia, 2010, p367].

2-2- أداء المنظومة الصحية الجزائرية

حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة، فإن فرنسا تحتل المرتبة الأولى في مجال استجابة المنظومة الصحية والمرتبة الرابعة في المستوى الصحي، أما الولايات المتحدة الأمريكية فتحتل المرتبة الأولى في مجال الإنفاق الصحي على الفرد والمرتبة 72 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 37 في مستوى المنظومة الصحية.

إن؛ من خلال ملاحظة ترتيب المنظمة العالمية للصحة، نستنتج أنه لا يوجد ارتباط بين المستوى الصحي، مستوى المنظومة الصحية والإنفاق الصحي.

أما بالنسبة للجزائر فتحلت المرتبة 45 في مجال المستوى الصحي والمرتبة 81 في مجال المنظومة الصحية (تقرير المنظمة العالمية للصحة، سنة 2005)، وهنا المستوى الصحي غير مرتبط بالمنظومة الصحية بقدر ما هو مرتبط بمتغيرات اجتماعية، ثقافية واقتصادية أخرى، فهناك عدم تكافؤ بين ترتيب الجزائر في المجال الصحي والمستوى الصحي فقد احتلت المرتبة 84 في ما يخص معدل الأمل في الحياة الذي قدر بـ 72 سنة 2009، في حين بلغ في فرنسا 81 سنة، وفي تونس 75 سنة [Rapport OMS, 2011, p45].

ورغم الجهود التي قامت بها الجزائر للرفع من المستوى الصحي للسكان إلا أنها تبقى محدودة بالنظر للمجهودات التي تبذلها البلدان الأخرى خاصة فيما يخص تمويل القطاع الصحي وقلة وسوء توزيع الهياكل الصحية مقارنة باحتياجات المجتمع الصحي، فمستوى الإنفاق الصحي الجزائري لا يزال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، حيث نجد نقصا في الاهتمام الذي توليه الجزائر للقطاع الصحي وهذا ما يتجلى في تذبذب معدل الإنفاق الصحي إلى مجموع الناتج الداخلي الخام وانخفاض متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بسبب ارتفاع عدد السكان.

وفيما يلي جدولاً يبين تطور الإنفاق الصحي منسوبا للنتائج الداخلي الخام ومتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي لبعض الدول:

الجدول(2): نسبة الإنفاق الصحي من الناتج الداخلي الخام ومتوسط نصيب الفرد لمجموعة من الدول (PPA)

الوحدة: (دولار) \$

| الدول | الإنفاق الصحي/PIB (%) | | | متوسط نصيب الفرد من النفقات الصحية | | |
|----------|-----------------------|------|------|------------------------------------|------|------|
| | 2008 | 2003 | 2000 | 2008 | 2003 | 2000 |
| الو.م.أ | 16.2 | 15.2 | 13.3 | 7410 | 5711 | 4588 |
| فرنسا | 11.2 | 10.1 | 9.3 | 4966 | 3204 | 2404 |
| ألمانيا | 10.5 | 11.1 | 10.3 | 4720 | 5035 | 3572 |
| الجزائر | 5.8 | 3.5 | 3.5 | 272 | 89 | 63 |
| تونس | 6.4 | 5.4 | 5.6 | 248 | 137 | 114 |
| المغرب | 5.3 | 5.1 | 4.7 | 149 | 72 | 54 |
| السعودية | 5 | 4 | 4.2 | 1150 | 366 | 372 |

المصدر: 1-OMS :rapport sur la santé dans le monde 2001,p199

2-OMS :rapport sur la santé dans le monde 2011,p127

من خلال الجدول وحسب مؤشر الإنفاق الصحي نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية تحتل الصدارة، حيث يمثل نصيب الصحة 15.2% من الناتج الداخلي الخام سنة 2003 ليرتفع إلى 16.2% سنة 2008، كما أن معظم الدول المتقدمة تتراوح نسبة هذا المؤشر فيها بين 9% و 16%، ففي ألمانيا تتراوح نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية بين 10.3% لسنة 2003 و 10.5% لسنة 2008، بينما أنفقت فرنسا ما يعادل 11.2% من الناتج الداخلي الخام على الخدمات الصحية سنة 2008.

أما الجزائر فلم يتجاوز هذا المؤشر 5.8% وهذا ما يعكس بُعد الجزائر عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة وحتى في بعض الدول العربية.

إن معدل النفقات الصحية نسبة إلى الناتج الداخلي الخام يعكس مدى اهتمام الدولة بصحة أفرادها، لكنه لا يعكس مبدأ عدالة توزيع هذه النفقات والتي يمكن حسابها بمتوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي العام، حيث حسب هذا المؤشر تبقى الولايات المتحدة الأمريكية دوماً على رأس دول العالم بإجمالي 7410 دولار سنة 2008، تليها فرنسا بـ 4966 دولار ثم ألمانيا بـ 4720 دولار، وهذا ما يعكس المستوى الصحي والعدالة في توزيع الخدمات الصحية لهذه البلدان.

كما نلاحظ أن بعض البلدان كالسعودية رغم انخفاض معدل النفقات الصحية إلى إجمالي الناتج الداخلي الخام المقدر بـ 5% سنة 2008، إلا أنها تشهد مستويات مرتفعة في نصيب الفرد من النفقات الصحية (1150 دولار سنة 2008) بفعل ارتفاع الدخل وانخفاض عدد السكان.

تعتمد المنظومة الصحية في الجزائر لتغطية نفقاتها على نموذج بيسمارك القائم على قاعدة التأمين عن طريق الاشتراكات من خلال الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS) والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء (CASNOS).

2-3- جهود الدولة للنهوض بقطاع الصحة بالجزائر

تتوقع دراسات استشرافية في الجزائر، أن يبلغ عدد السكان حدود 44,8 مليون نسمة سنة 2025، معدل الولادات 16,9‰، معدل الوفيات العامة 4,5‰، معدل النمو 1,24% ومعدل طول العمر 80 سنة، وستكون لهذه التحولات الديموغرافية آثار على التركيبة السكانية وتجديدها، وكذا على الاقتصاد والمجتمع، وهو ما جعل السلطات تفتتح بضرورة تسريع الإصلاحات في هذا القطاع تقوم على تقريب الصحة من المواطن وترتيب مستويات العلاج، مع إعادة التركيز على الوقاية والعلاج العادي، والتكفل بالانتقال الوبائي والفوارق الجغرافية وتحسين نوعية الخدمات التي طالما اشتكى الجزائريون من رداءتها.

وفي هذا الصدد أعدت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات برنامج شاملا يقضي بإنجاز 88 مستشفى عامًا، 94 مستشفى متخصصًا وأربعة معاهد محلية مختصة، فضلا عن 311 عيادة متعددة التخصصات و221 هيكلا صحيا آخر، وتتوي الحكومة التكفل بالانتقال الوبائي من خلال 26 برنامج وقاية و8 برامج علاج و4 برامج دعم بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دينار جزائري، بالإضافة إلى إصلاح تسيير الأدوية من خلال إنشاء وكالة محلية مركزية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجينية إلى جانب محاربة الأدوية المزيفة، إضافة إلى مضاعفة الهياكل الصحية، تدعيمها بـ 86000 سرير إضافي في آفاق 2015 وترميمها، كذلك تأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الاستشفائي في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي، مع تعيين الأطباء الأخصائيين في مناطق الجنوب والهضاب العليا، وتطوير التكوين وتدعيم التأطير.

وتسعى الخطة الحكومية إلى تطوير تسيير المستشفيات وتنظيم التمويل وتحسين نوعية الخدمات والتكفل براحة المريض وأمنه، إضافة إلى إزالة الفوارق الصحية على مستوى الولايات الـ 48، من خلال استكمال إقامة نظام للمتابعة الصحية، وتحديد مقاييس الجودة ومؤشرات الكفاءة والفعالية الخاصة بالهيكل الصحية حتى يمكن التكفل بالأمراض غير المنتقلة، كما تراهن السلطات على إيصال الأدوية الجنيسة إلى مستوى 80 % من الاستهلاك الإجمالي، والنهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال وتدعيم صحة الأم والطفل.

تعمل السلطات على تحويل النفقات الصحية إلى الأفراد دون تحسين قدرتهم الشرائية وهذا ما سيترجم إلى فوارق اجتماعية [Miloud Kader, 2005] وحتى يتم تحقيق مبدأ توفير الخدمات الصحية للجميع وفي إطار القيود التي تواجهها السلطات العمومية، لابد من:

- 1 فتح المجال أمام القطاع الخاص فيما يخص تقديم الخدمات الصحية.
- 2 تعميم التأمين على المرض.
- 3 الاهتمام بالإصلاحات العميقة للمنظومات وعدم الاكتفاء بالإصلاحات التقنية المتمثلة في: الأنظمة المحاسبية الجديدة، ضمان استقلالية المؤسسات الاستشفائية... إلخ [Larbi Abid, 2003, p01].
- 4 الإدارة الحديثة التي تركز على التقييم الكمي العلمي للتكاليف [Brahim Brahamia, p22].
- 5 تحسين وترشيد استخدام الموارد المتاحة [Brahim Brahamia, p22].

نستخلص أن المنظومة الصحية هي مجموع الموارد المادية، البشرية والمالية بالإضافة إلى التنظيم والمعلومات التي تعمل على توفيرها حكومات الدول من أجل تحسين المستوى الصحي لمواطنيها، وتختلف هذه الموارد من دولة لأخرى مما يجعل المستوى الصحي وتوزيع الخدمات الصحية متفاوت بينها، وفي مايلي سنتناول بالدراسة المستشفيات باعتبارها أهم وأكبر المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية كذلك تم على مستواها إجراء الدراسة الميدانية.

المبحث الثاني:

المستشفيات

إن المكانة والأهمية التي تتمتع بها المستشفيات اليوم جاءت من خلال التطور التاريخي الذي عرفته سواء من حيث الحجم، الوظائف، التنظيم وغيره من العوامل، وهذا ما سنتناوله من خلال هذا المبحث لما لها من دور كبير في تقديم الخدمات الصحية.

1- التطور التاريخي للمستشفيات

1-1- في الحضارات القديمة

تشير بعض الوثائق التاريخية في مصر إلى أن الفراعنة كانوا يستخدمون بعض معابدهم لإيواء وعلاج مرضاهم حوالي سنة 600 قبل الميلاد [أدموند هنتر، 1980، ص16]، وقد كان الطبيب الإغريقي الشهير " أبو أقرط " HIPPOCRATES 460-370 قبل الميلاد أول من وضع أساسيات معالجة المرضى، وكان يقوم بمعالجة المرضى في المعابد الإغريقية التي تعد النواة الأولى للمستشفيات الحالية، حيث كانت تُستخدم للعبادة كما تستخدم لإيواء المرضى وعلاجهم وكانت تجري فيها العمليات الجراحية وتعليم الراغبين في ممارسة الطب.

وشهدت الحضارة الهندية بناء أماكن متواضعة لإيواء المرضى وعلاجهم وإجراء الجراحات فيها منذ العام 600 ق.م. وخلال فترة حكم الملك " أسوكا " 273-232 ق.م أصبحت هناك مستشفيات متطورة في الهند وفقا لمعايير ذلك الزمان، كانوا يطلقون عليها "السيكيستا" [أدموند هنتر، 1980، ص14]. وحرصت الإمبراطورية الرومانية على إنشاء أماكن لإيواء وعلاج المرضى ملحقة بالكنائس المسيحية خلال الفترة 350-500 ميلادي، وكانت هناك مستشفيات مصغرة لعلاج العسكريين مبنية بالحجارة والخشب ومزودة بأدوات وأدوية. وفي عهد الإمبراطور " قسطنطين " 335 م، بدأ بناء مستشفيات مسيحية وأنشأت الإمبراطورية الفارسية مستشفيات في مدنها الرئيسية لعلاج المرضى وكانت تسمى " بيمارستانات " وهي كلمة فارسية تعني " دار المرضى"، ولقد اشتهر بعض هذه البيمارستانات وخاصة " بيمارستان جنديسابور"، فعندما مرض الخليفة العباسي المنصور سنة 148هـ استدعى " جورجوس بن جبريل " رئيس بيمارستان جنديسابور لمعالجته.

- ومن أبرز سمات المستشفيات في بعض الحضارات القديمة: [إحسان حريستاني، 1990، ص 22]
- قيام الأطباء بإجراء عمليات جراحية، تجبير الكسور ووصف عقاقير طبية في تلك المستشفيات.
 - استخدام المستشفى كمركز تدريب.
 - الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.
 - دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة على حالة الصحة والمرض.
 - استخدام المستشفى لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز على صحة الفرد الشخصية (غذاء ونظافة).

1-2- في العصر الإسلامي

تؤكد الحقائق التاريخية أن المستشفيات التي شيدها العرب المسلمون لاسيما في دمشق، بغداد والقاهرة كانت سابقة لزمانها، حيث اتسمت بالتنظيم الدقيق والكفاءة و جودة الخدمة، وكان المستشفى مقسم على أساس علمي طبي إلى أجنحة منفصلة للأمراض المختلفة مثل: أمراض النساء، أمراض العيون ومعالجة الحمى،... إلخ، وكان به سجلات وتقارير طبية للمرضى ومكتبة طبية، حيث كان المستشفى يقوم بدور التعليم من خلال المكتبة والسجلات والتقارير الطبية، و يقول "جيسس بينا": « إن المستشفيات عالية الكفاءة التي شيدها المسلمون في العصر الإسلامي خلال العصور الوسطى تُعد إسهاما رائعا ومميزا للحضارة الإسلامية و لا يمكن مقارنة المستشفيات العسكرية الرومانية والمستشفيات المسيحية بذلك المستوى الرفيع للمستشفيات العربية من حيث العدد ومن حيث التنظيم ومن حيث التميز، وإن المصحات النفسية والعقلية أنشأها المسلمون قبل أن تعرفها أوروبا بعشرة قرون » [عبد الإله ساعاتي، 1998، ص13].

وعندما نعود إلى التطور التاريخي للمستشفيات في العصر الإسلامي فإن " خيمة رفيده " التي كانت في مسجد رسول الله صلى الله عليه وسلم تعتبر أول مستشفى ثابت في الإسلام، حيث كانت " رفيده الأسلمية" تعالج فيه المرضى ومنهم سعد بن مُعاذ عندما أمرها الرسول بمعالجته [سعيد الديوه جي، 1989، ص 32]، كما أقام عبد الله بن زبير خيمة لعلاج المرضى والمصابين في المسجد الحرام بعد إعلان خروجه عن الدولة الأموية، ثم أقام الخليفة الأموي " الوليد بن عبد الملك" أول مستشفى في الشام لإيواء وعلاج المرضى عام 88 هـ، ومستشفى للمجنومين لأول مرة في التاريخ الإنساني وأقام عامله الحجاج بن يوسف الثقفي أول مستشفى في العراق وكان بسيطا.

أما العصر العباسي، فقد شهد ازدهارا كبيرا في الطب والاستشفاء نتيجة لحركة الترجمة الواسعة وانتشار الفتوح الإسلامية وتواصل المسلمين مع الحضارات الأخرى وخاصة الفارسية، وقد أقام "هارون الرشيد" مستشفى أشرف عليه أطباء فارس المشهورين آنذاك، كما أقام البرامكة مستشفى آخر وانتشرت المستشفيات ليصل إلى 14 مستشفى كبيرا كانوا يطلقون عليها "بیمارستان" أو "مارستان".

و يمكن تصنيف المستشفيات في العصر العباسي على النحو الآتي: [عبد الإله ساعاتي، 1998، ص ص14،15]

أولاً: المستشفيات الثابتة

➤ المستشفيات الكبيرة (البیمارستانات): كان المسلمون يختارون أماكن مميزة لإقامة المستشفيات، فقد

شُيّد بيمارستان "السيدة أم المقتدر" على نهر دجلة عام 306 هـ، وفي عام 317 هـ شيد عضد الدولة البیمارستان "العضدي" على نهر دجلة وهناك كذلك البیمارستان "النوري" في دمشق الذي بُني سنة 549 هـ و"المنصوري" في القاهرة، ومارستان " المنصور أبي يوسف" في مراکش ومارستان "مكة المكرمة" وكانوا يعتنون بجمال منظرها ويستخدمون الزخارف، النقوش، النافورات والأشجار لتزيينها، وكانوا يقسمون المستشفى إلى قسمين، أحدهما للرجال والآخر للنساء، وقاعات كل منها مخصص لعلاج معين، ويضم المستشفى صيدلية يشرف عليها صيدلاني متخصص في تركيب الأدوية ويعاونه مساعدون وخدم، ويتوافر بالصيدلية كمية كافية من الأدوية ومخزن للعقاقير.

ويضم المستشفى مكتبة بها كتب تتناول أمور الطب والعقاقير والأدوية، وكثيرا ما يودع بعض المسلمين كتبهم لصالح مكتبات المستشفيات، فقد أودع الملك "نور الدين زنكي" عددا كبيرا من الكتب الطبية وغير الطبية للبیمارستان النوري بدمشق، وأودع "أحمد بن طولون" ما يزيد عن ألف مجلد من الكتب في البیمارستان الذي أنشأه بالقاهرة.

➤ مستشفى المدرسة: أقام المسلمون مستشفيات في المدارس الكبيرة مثل: مدرسة المستنصرية، تتولى

علاج العاملين بالمدرسة من مدرسين، طلاب وخدم وغيرهم وتضم صيدلية بها أدوية وعقاقير ويتم تركيب الدواء حسب طلب الطبيب.

➤ مستشفى السجن: أنشأ المسلمون في العهد العباسي مستشفيات في السجون، تتولى علاج المسجونين

فيها، وكذلك العاملين بها وقد قام وزير الخليفة المقتدر ويدعى "علي الجراح" بالقيام على إنشائها بعدما زارها وساء حال المسجونين.

ثانياً: المستشفيات المتنقلة

➤ مستشفى السبيل: وهي مستشفيات ترافق قوافل الحجاج في ترحالهم من العراق والشام إلى بيت الله الحرام وتزود عادة بالأدوية والعقاقير والأطباء والممرضين بهدف علاج المحتاجين إليها، وكانت تُمول من طرف المحسنين الذين يتسابقون إلى ذلك، تعود جذورها إلى أيام معاوية بن أبي سفيان الذي أوفد الطبيب "أبا الحكم الدمشقي" ليشرف على ابنه يزيد بن معاوية ومن معه في القافلة المتجهة إلى الحج.

➤ المستشفى المحمول: وهو مستشفى يتنقل إلى المناطق النائية لعلاج المرضى والمصابين.

➤ مستشفى الجيش: ويقصد بها البيمارستانات التي ترافق الجيوش ويكون بها طبيب أو أكثر ومساعدون وصيادلة وخدم معهم أدوية وعقاقير.

ثالثاً: مستشفيات العزل

ويُقصد بها الدور الخاصة بمرضى الجذام، والتي تعود إلى عهد الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك في كل من الشام والعراق إضافة إلى دُور المجانين.

ويمكن تلخيص أبرز سمات مستشفيات العصور الإسلامية في: [حسان حرساني، 1998، ص 26]

- عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة باقي المرضى.
- اختيار مواقع بيئية وصحية لبناء المستشفيات.
- وجود مستشفيات عامة وخاصة.
- الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية.
- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.
- تنظيم مزاوله مهنة الطب والصيدلة عن طريق الترخيص بواسطة امتحان.

1-3- في العصر الحديث

المستشفى العصري هو الذي يقدم الخدمة العلاجية لمن يحتاجها، كما يقدم التعليم الصحي لطلاب الطب والتمريض والتخصصات الأخرى، كذلك يقدم تعليماً وتكويناً مستمرين لجميع العاملين بالمستشفى ويسهم في التنقيف الصحي للمجتمع كذلك يقوم بالدراسات والأبحاث الطبية التي تسهم في تحسين الوضع الصحي العام، وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية مركز الطب في العالم الحديث كنموذج للتطور التاريخي

لمستشفيات العصر الحديث، فقد كانت المستشفيات في البداية تنشأ وتدار من قبل الكنائس وتأوي المشردين وأصحاب الأمراض المستعصية، وفي عام 1751 م أنشأ أول مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية وانتشرت فيما بعد وبدأت تؤدي دورها العلاجي الفعال في القرن 19 باستخدام نتائج الاكتشافات الطبية التي توالت في ذلك القرن، وأدى ذلك التطور الطبي إلى نمو المستشفيات وكبر حجمها، وخلال الفترة الممتدة من 1873 - 1923 زاد عدد المستشفيات من 170 إلى 4500، معظمها مستشفيات عامة وزاد هذا التطور والنمو عقب الحرب العالمية الثانية، وفي منتصف الثمانينات أصبح عدد المستشفيات في الو.م.أ 7500 مستشفى.

2- تعريف المستشفى

- كلمة مستشفى مشتقة من الكلمة اللاتينية hospitium وتعني "إكرام الضيف" [سيد محمد جاب الرب، 2008، ص40].

- أقدم وأبسط تعريف للمستشفى هو مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم، لذلك له طابع مميز عن عيادة الطبيب أو المركز الصحي من حيث احتوائه على أسرة لإيواء المرضى [زهير حنفي علي، 1976، ص8]. ما ينقد على هذا التعريف هو عبارة "حتى يتم شفاؤهم"، فليس بالضرورة كل من يدخل المستشفى يتم شفاؤه فهناك حالات شفاء، حالات تحسن وحالات تحويل لمستشفيات أخرى... إلخ.

- المستشفى جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجا ووقاية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، والمستشفى أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية بيولوجية [المنظمة العالمية للصحة، 1980، ص6].

- المستشفى مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتتويج وخدمات طبية، تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى [الجمعية الأمريكية للمستشفيات، 1974، ص10].

- رأت لجنة الخبراء لإدارة المستشفيات بالمنظمة العالمية للصحة عام 1967 أنه من الضروري تعريف المستشفى بصورة عملية، بحيث يكون التعريف بسيطا وشاملا كي ينطبق على شتى المستشفيات مهما كان نوعها وفي أي مكان تكون، ولذلك فقد عرفت هذه اللجنة المستشفى على أنه: «مؤسسة تكفل

للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض»، ولكن اللجنة استدركت لتؤكد أنه يمكن التوسع في التعريف حتى يشمل المستشفيات التي تؤدي أعمالاً أخرى مثل التعليم والتدريب والبحوث الطبية، الوبائية، الاجتماعية والتنظيمية [المنظمة العالمية للصحة، 1980، ص7].

ويقسم بعض كتاب إدارة المستشفيات تعريف المستشفى إلى نوعين: [عبد الإله حرساني، 1998، ص ص32، 33]

الأول: التعريف التنظيمي

وهو التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى كمؤسسة تقدم الرعاية الصحية وبهذا التعريف التنظيمي يسهل التمييز بين المستشفى والمؤسسات الصحية الأخرى، وتميز الجمعية الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه:

- يضم على الأقل 6 أسرة تنويم، تسمح ببقاء المريض مدة تزيد عن 24 ساعة.
- مؤسسة طبية مرخص لها رسمياً.
- تضم هيئة طبية منظمة.
- تتوفر فيها خدمات الأشعة والمختبرات.
- تتوفر فيها سجلات طبية منظمة.
- تقدم فيها رعاية طبية منظمة.
- تتوفر فيها الخدمة الطبية على مدار 24 ساعة.
- تتوفر فيها غرف عمليات ووسائل تقديم خدمة طبية تشخيصية علاجية كاملة.

الثاني: التعريف الوظيفي

ويركز على الغرض من المستشفى وليس على أجزائه ويتمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة الأفراد في المجتمع وتبعا لذلك تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع، ومن هذا المنطلق فإن التعريف الوظيفي:

- يتيح للمستشفى التوسع في أهدافه وأغراضه ضمن الإطار الصحي.
- يتيح للمستفيدين من خدمة المستشفى المساهمة في تحديد نظام الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.
- يركز على أن احتياجات المجتمع والاستخدام الفعال للخدمة مقابل التكلفة هي المعيار الذي يعتمد عليه المستشفى في تحديد نظام خدماته.
- يؤكد على أن مصلحة المجتمع تظل هي المعيار لحسن إدارة المستشفى.

3- أنواع المستشفيات وتصنيفاتها

تختلف المستشفيات من بيئة إلى بيئة أخرى ومن نظام إلى نظام آخر تبعا لاختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في البلد، وعلى الرغم من هذا الاختلاف فإنه يمكن تصنيف المستشفيات إلى مجاميع تبعا لمعايير مختلفة كمنادج الملكية، حجم المستشفى،... إلخ، والمعايير المستخدمة في التصنيف تختلف من باحث لآخر، وسنحاول فيما يلي إدراج وشرح أهم المعايير المتداولة عالميا والمستخدمه في التصنيف: [رعد رزوق أسطيفان وآخرون ، 1984، ص 34]

3-1- التصنيف حسب الملكية

- المستشفى العمومي (الحكومي): هي أكثر أنواع المستشفيات انتشارا، تُدار من قبل السلطات العمومية وفي معظم الأحيان يكون المستشفى تابع رأسا لوزارة الصحة كواحد من المستشفيات التي تملكها (مستشفى عام، مستشفى عسكري، مستشفى جامعي)، ويُطبق هذا النوع من المستشفيات الأنظمة الحكومية في تنظيماتها واللوائح المالية والإدارية والإجرائية، يقدم الخدمات مجانا أو بأسعار رمزية فقط.
- المستشفى الخاص: هو المستشفى غير التابع لجهة حكومية، يكون مملوك لشخص أو مجموعة من الأشخاص يديرون شؤونه ويرسمون سياسته ويمارسون فيه في نفس الوقت مهنتهم، يهدف إلى تحقيق الربح ويدار وفق أساليب إدارة الأعمال، وقد يكون المستشفى الخاص مستشفى خيرى يدار من قبل إحدى الجهات الخيرية إما على هيئة جمعية خيرية أو منظمة دينية، هدفها خيرى وتبرّع للخدمة العامة.

3-2- التصنيف حسب مدة الإقامة

- مستشفيات ذات المدة قصيرة الإقامة (قصيرة الأمد): هي مستشفيات يمكث فيها المريض بمعدل أقل من 30 يوما (لا يزيد متوسط الإقامة فيها عن 30 يوم) وتعالج فيها الأمراض التي لا تحتاج لفترة زمنية طويلة من أجل التحسن والشفاء.
- مستشفيات ذات المدة طويلة الإقامة (طويلة الأمد): هي المستشفيات التي يمكث فيها المريض أكثر من سابقتها، أي أكثر من شهر وهي مخصصة لمعالجة الأمراض المزمنة.

3-3- التصنيف حسب التخصص و نوع الخدمة

- مستشفيات عامة: هي المستشفيات التي تضم أقسام وتخصصات طبية متعددة مثل: الأمراض الباطنية، أمراض النساء والولادة، أمراض الأطفال، أمراض القلب،... إلخ، يعالج فيها جميع الأمراض ويسير الاتجاه المفضل في التخطيط لإقامة المستشفيات في البلاد المتقدمة إلى إنشاء المستشفيات العامة الكبيرة ذات تخصصات متعددة ومنخفضة التكلفة تخدم منطقة سكانية كبيرة، وذلك في إطار استراتيجيات التخطيط الصحي من أجل الاستجابة للاحتياجات الحالية والمستقبلية للأفراد في ظل التطورات والاتجاهات الديموغرافية، الوبائية والعوامل الاجتماعية، الاقتصادية والبيئية للمجتمع [N.Keddad, N.Daméche, 2011, p 02]

- مستشفيات متخصصة: هي المستشفيات المتخصصة في علاج نوع خاص وواحد من الأمراض كأعراض السرطان، أمراض الكلى، أمراض العيون،... إلخ، وقد يكون التخصص حسب الجنس مثلا: مستشفى خاص للأطفال، مستشفى خاص للنساء كمستشفى الولادة وأمراض النساء.

3-4- التصنيف حسب السعة السريرية

- مستشفيات كبيرة: تتواجد في العواصم والمدن الكبرى وعادة ما تكون غير متخصصة وعدد الأسرة يفوق 1000 سرير، وهي غالبا ترقى إلى المراكز الاستشفائية.

- مستشفيات متوسطة: تتواجد في المدن أقل كثافة سكانية، يتراوح عدد الأسرة بين 500 و 1000 سرير.

- مستشفيات صغيرة: عادة ما تتواجد في المدن الصغيرة والضواحي لا يتجاوز عدد الأسرة 500 سرير.

إن مسألة كبر أو صغر حجم المستشفيات مسألة مرنة وليس هناك حدود ثابتة للتمييز وهي تختلف من بلد لآخر، ولا يزال هناك العديد من المعايير لتصنيف المستشفيات نذكر منها:

- (1) التصنيف حسب الجنس: أي مستشفيات خاصة بعلاج أمراض خاصة بالرجال دون النساء أو العكس.
- (2) التصنيف حسب السن: أي مستشفيات خاصة بالأطفال أو كبار السن.

3) التصنيف حسب الاعتراف أو الترخيص: ونقصد الاعتراف من قبل هيئات خاصة كالهيئة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات أو الجمعية الأمريكية للمستشفيات، والاعتراف من قبل هذه الهيئات يدل على مستوى مرتفع من جودة الأداء في الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.

4- وظائف ومهام المستشفيات

أصبحت وظائف المستشفى في عصرنا الحديث تتجاوز محدودية تقديم الخدمات العلاجية وتمتد إلى تقديم الخدمات الوقائية، التعليمية والبحثية، حيث أورد "GRANT COLIN" وظائف إعتبرها كأهداف للمستشفيات تتوافق مع تلك التي حددها اتحاد المستشفيات العالمي international hospital federation في اجتماعه الثامن في لندن سنة 1953 [Colin Grant, 1977, p13]

- تقديم خدمات طبية ملائمة وعناية صحية للمرضى.
- تعليم طلاب الكليات الطبية والمدارس الصحية.
- المشاركة في برنامج الأبحاث في المستشفى وفي مختلف حقول الصحة.
- المحافظة على الصحة العامة والمساهمة في وضع البرنامج الوقائي للبلد.

وبالتالي فإن وظائف المستشفى الحديث تشمل:

4-1- تقديم الخدمات العلاجية

يأتي تقديم الخدمات الطبية العلاجية في مقدمة أهداف ومهام المستشفى، حيث يقدم خدمات للمرضى من خلال أقسام متعددة تشمل: [رعد رزوق أسطيفان وآخرون، 1984، ص 32]

- التشخيص الداخلي والخارجي.
 - معالجة المرضى كالأعراض المعدية، الطفيلية وإجراء العمليات الجراحية.
 - إعادة التأهيل الجسدي، النفسي والاجتماعي.
 - العناية أثناء الطوارئ التي تشمل الأمراض، الأوبئة والحوادث.
- ويتم تقديم الخدمات العلاجية بواسطة الموارد البشرية المتخصصة من أطباء وفنيين وممرضين وإداريين...، وتسعى المستشفيات الحديثة إلى استخدام أساليب رفع كفاءة وجودة الأداء لترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف [عبد الإله ساعاتي، 1998، ص48]، ويبقى تحقيق مستوى رفيع من الجودة في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى من أهم وظائف المستشفى الحديث.

- هناك عناصر ينبغي توفرها بالمستشفى حتى يتمكن من تحقيق مستوى عالٍ في جودة خدماته العلاجية وهي:
- تطبيق أحدث التقنيات الطبية في التشخيص والعلاج.
 - اهتمام الطبيب بالأحوال الاجتماعية والنفسية للمريض وليس فقط حالته العضوية والتعامل مع المريض في إطار بيئته الاجتماعية والاقتصادية.
 - توفير التسهيلات المريحة للمريض بالمستشفى وتمكينه من الحصول على احتياجاته ببسر وسهولة وراحة.
 - توفير الخدمة الطبية بالحجم الملائم للمريض وفق ما تحتاجه حالته الصحية حتى يصل إلى مرحلة الشفاء.
 - توفير الخدمة الطبية عالية الجودة بمتطلبات مالية مناسبة دون مغالاة.

4-2- الوقاية من الأمراض

ومن وظائف المستشفى الحديث المساهمة في وقاية المجتمع من الأمراض وتشمل:

- الإشراف على الأمومة والطفولة.
- الإشراف على النمو الطبيعي وتطور الطفل.
- السيطرة على الأمراض المعدية.
- الوقاية من الأمراض المزمنة.
- الثقافة الصحية والصحة المهنية.
- الوقاية من العجز الجسدي والعقلي.

وأبرز السبل لذلك اضطلاع المستشفى بدور فعال في مجال التوعية الصحية Health éducation ، حيث تلجأ بعض المستشفيات إلى تنظيم ندوات للمرضى وذويهم لتوعيتهم بجوانب الصحة والمرض والعادات المؤدية للمرض وسبل المحافظة على الصحة، كما تقوم بعض المستشفيات بإذاعة برامج توعية صحية من خلال برامج شبكة تلفزيونية في غرف المرضى وأماكن الانتظار، كذلك للأطباء والممرضين دور في توعية طالبي الخدمات الصحية، وتشارك المستشفيات في توعية الطلاب والطالبات من خلال إيفاد أطباء وطبيبات إلى المدارس، وإصدار الكتيبات، الإصدارات والإرشادات التوعوية لتوزيعها على أفراد المجتمع، بالإضافة إلى حملات التطعيم والتحصين [عبد الإله ساعاتي، 1998، ص50].

4-3- التعليم والتكوين

إذا كانت تقارير المنظمات الدولية قد أكدت أن معدل النمو الاقتصادي الأعلى متوافر في الدول التي بلغت أعلى معدلات في تنمية الموارد البشرية و أولت التعليم والتكوين عناية فائقة، فإن المنظمة العالمية للصحة أكدت على أن مستوى الخدمات الصحية الأعلى متوافر في المؤسسات الصحية التي تولي اهتماما كبيرا بالتعليم والتكوين، فالتعليم يوفر المعارف الأساسية، والتكوين يكمل التعليم بتوفير المهارات التطبيقية، فلتتحقق الأهداف التالية: [عبد الإله ساعاتي، 1998، ص 50]

- تطوير وتنمية المعارف والمعلومات والمهارات والقدرات.
- تطوير وتنمية الدوافع والسلوك الوظيفي.

ويتضمن التعليم والتكوين الفئات التالية:

- طلاب الكليات الطبية.
- طلاب الدراسات العليا، العامة والمتخصصة.
- الممرضات والقابلات والعاملين في حقل الصحة الاجتماعية.

ولقد اقتضت المتغيرات الطبية والتقنية التي تتسم بالسرعة والتغيير الكبير في إنشاء المستشفيات إلى الحاجة لمهارات وقدرات جديدة في الموارد البشرية العاملة بالمستشفيات تتمثل في:

- سرعة الاستجابة.
- قدرات التعاون ضمن فريق العمل الطبي.
- القدرة على تحليل المشاكل الصحية.

لذلك تعمل المستشفيات على تكوين وتدريب الموارد البشرية العاملة في التخصصات الصحية المختلفة من خلال التدريب العملي لطلبة كليات الطب بالمستشفيات، ونشير هنا أن المستشفيات الجامعية مصممة ومجهزة بهدف التعليم والتكوين أكثر من غيرها من المستشفيات الأخرى، بالإضافة إلى تدريب عملي لطلبة أقسام التمريض والعلوم الطبية وكليات العلوم الصحية وغيرها لكل من فنيي المخابر، أخصائيي التخدير والصيدلة والتغذية والعلاج الطبيعي والأشعة والعمليات وإدارة الصحة والمستشفيات، وذلك بتنظيم برامج التدريب والتعليم المستمر مثل: عقد الدورات القصيرة وتنظيم الحلقات العلمية والمؤتمرات والندوات المتخصصة في المجالات الصحية المختلفة، ويُعدّ التعليم المستمر من أهم وسائل تحقيق المواكبة الفاعلة

للتطورات العلمية في مختلف حقول المعرفة والحياة ومن أنجح سبل خلق الكفاءات البشرية المزودة بروافد العلم والمعرفة الحديثة المؤهلة بسبل إتقان المهارة العصرية.

وتعرّف المنظمة العالمية للصحة "التعليم الطبي المستمر" على أنه: « التعليم أو التدريب الذي يتلقاه الطبيب بعد انتهاء دراسته الطبية الأساسية أو المتخصصة ».

ويعد التعليم الطبي المستمر من المنطلقات الأساسية لتحقيق أهداف الجودة الشاملة للخدمات الصحية المقدمة للمرضى، كما يصنف ضمن إطار صيانة العقل البشري حيث عرفته هيئة الترخيص للتعليم الطبي المستمر على أنه: « يتضمن نشاطات تعليمية تستهدف صيانة وتطوير وتنمية المعلومات والمهارات والأداء المهني والعلاقات التي يستخدمها الطبيب لتقديم الخدمات الطبية للمرضى وللمجتمع، وإن محتوى التعليم الطبي المستمر هو بناء من المعلومات والمهارات المقررة والمقبولة من قبل المهنة مثل: أسس العلوم الطبية والعلوم الإكلينيكية ومعايير الرعاية الصحية للمجتمع ».

4-4- إجراء البحوث

أ- الأبحاث الطبية

تعتبر المستشفيات مكاناً خصباً لإجراء الدراسات والأبحاث التطبيقية في المجالات الطبية المختلفة لاسيما المستشفيات العامة التي تكثر فيها الحالات المرضية والفحوصات السريرية والعمليات الجراحية. ويساعد وجود نظام سجلات طبية منظم ومتكامل بالمستشفى على تعزيز البحوث الطبية لما تحتويه السجلات من معلومات عن السيرة والتطور المرضي للمريض، كذلك يساعد وجود نظام إحصائي متكامل في دعم جهود البحث العلمي بالمستشفيات كما يوفر وجود المعامل والتجهيزات الطبية المتخصصة القادرة على إجراء البحوث [عبد الإله ساعاتي، 1998، ص53].

وتلعب المستشفيات دوراً حيوياً في تعزيز القدرات البحثية في العلوم الصحية، البيولوجية والفيزيائية وآثارها على الخدمة الصحية، حيث أن السياسات الصحية يجب أن تركز على شواهد علمية صحيحة وواقعية وهذه الشواهد تستلزم إجراء بحوث صحية.

ولقد أشارت جمعية الصحة العالمية المنعقدة في 17 ماي 1990 إلى عدم تكافؤ بين عبء المرض واستثمارات البحوث الصحية التي تركز بشكل كبير على المشاكل الصحية في البلدان الصناعية، ولذلك دعت الجمعية كل الدول الأعضاء في المنظمة إلى الاهتمام بالبحوث الصحية الملائمة للاحتياجات الوطنية من أجل:

- تحديد وفهم المشاكل الصحية ذات الأولوية الخاصة بها.

- تحسين استخدام الموارد المتاحة.
- تحسين السياسة والإدارة الصحية.
- المساهمة في المعارف الجديدة وتشجيع روح التعاون والابتكار والتجربة.

ب- الأبحاث الإدارية

تتضمن الأبحاث الإدارية النشاطات التي تتراوح بين البحث والأمور الفنية كتنوع غطاء الأرض الذي يقاوم أكثر، وكالات التنظيف الأكثر فاعلية وغيره من البحوث التي تعتبر جزء من العملية الإدارية في المستشفى.

5- عوامل تطوير المستشفيات

من العوامل التي أدت إلى تطوير المستشفيات منذ العهد القديم إلى عصرنا الحاضر وما وصلت إليه ما يلي:
[رعد رزوق أسطيفان وآخرون، 1984، ص ص48-50]

- الحروب والكوارث الطبيعية: للحروب والكوارث أثر كبير في تطوير المستشفيات وخاصة منذ الحرب العالمية الثانية، حيث برزت مستشفيات الطوارئ إلى الوجود للحاجة الفورية لها وبرزت كذلك خلال فترات الكوارث مثل: الفيضانات، الزلازل لتقوم بمهامها.
- الأديان: عملت الأديان على اختلافها، المسيحية والإسلامية والبوذية ما في وسعها لتطوير الخدمات العامة والعناية بالمرضى في المستشفيات لكونها تنظر إليهم بمنظار الرحمة والشفقة الإنسانية، وساهمت الجهات الدينية في تطوير الخدمات المقدمة للمرضى وأعطت الدعم المادي والمعنوي للمستشفيات لأنها كانت تعتبرها أماكن خيرية وملاجئ للعجزة، المقعدين والمسافرين.
- الأدوية والعقاقير: تطور الطب وتطور المستشفيات يسيران جنب إلى جنب ويتغيران معا في آن واحد وعندما نقول الطب فإنه يشمل الأدوية والعقاقير، فهناك الكثير من الاكتشافات في عالم الأدوية والعقاقير أدت إلى تغيير نوعية العلاج وبالتالي إلى تطوير المستشفيات ومثال ذلك: المضادات الحيوية.
- نسبة الأمراض وحجم الإصابة بها: اختلاف نسبة المصابين بأمراض معينة من بلد لآخر يؤدي إلى تغيير هيكله ونوعية المستشفيات وتطوير الأساليب فيها، فكل بلد يلجأ إلى استحداث وتطوير المستشفيات المتخصصة في مرض معين منقشي بكثرة في مجتمعه وعدد الإصابات به مرتفع.

- التشخيص: لقد طرأ تغيير كبير في تشخيص الأمراض مبكرا وعلاجها مثل: مرض السل والسرطان، فأثر ذلك على تغيير نوعية المستشفيات وسير الأعمال الإدارية والعلاجية فيها وكل ذلك أثر على تطور المستشفيات.
- اكتشاف المصول والتطعيم: لقد كان لاكتشاف المصول والتطعيم أكبر الأثر في القضاء على الأمراض والأوبئة التي كانت متفشية، وكان المرضى يملؤون المستشفيات، لكن بعد ظهورها سُجل فراغ كبير في المستشفيات.
- التخدير: يعتبر تطور علم التخدير أكبر حدث في عالم الطب والجراحة بالمستشفيات وخفف من معاناة الإنسان للآلام والمخاطر.. وبالتالي فتح مجالاً واسعاً للاكتشاف وإجراء العمليات الجراحية المختلفة بكل سهولة وإتقان وبأسرع وقت، كل ذلك أدى إلى فتح أبواب جديدة في الطب وتطوير المستشفيات.
- اكتشاف المعقمات والمطهرات: باكتشاف أنواع المطهرات والمعقمات وأساليبها طرأ تقدم كبير على المستشفيات وانخفاض مسجل في معدل انتقال العدوى والإسراع في شفاء الجروح.
- الأجهزة الإشعاعية: اكتشفت الأجهزة السينية في 1895، ومنذ ذلك الحين أصبح بالإمكان تشخيص الكثير من الأمراض الداخلية بكل إتقان وسرعة، كما يتم بواسطتها العلاج لأنواع متعددة من الأمراض بمساعدة أجهزة أخرى وهذا ما أثر إلى حد كبير في تطوير المستشفيات.
- المختبرات: بنفس النسبة تقدمت وتطورت طرق وأساليب الفحوص المخبرية المتنوعة مع أجهزتها اللازمة لذلك مما أدى إلى تقليص مدة تشخيص المرض ومدة المكوث في المستشفى وتحسين نوعية العلاج والخدمة الصحية المقدمة.
- العلوم الطبية: أدى تطور العلوم الطبية إلى تطور وتحسين نوعية الخدمات العلاجية والوقائية في المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى بدرجة كبيرة فباكتشاف الآلات، الأجهزة والوسائل التقنية في كل المجالات أصبح بإمكان المريض إجراء جميع الفحوصات السريرية، المخبرية والإشعاعية المطلوبة في وقت قصير وهذا ما يؤدي إلى سرعة تحسن صحته بعد العلاج وتقليص مدة مكوثه في المستشفى.
- المجتمع: برز دور المجتمع وتأثيره في تطوير المستشفيات منذ مطلع هذا القرن ووعت الأفراد وأدركت حاجاتها بسبب التقدم الحضاري وتعميم الثقافة في معظم أنحاء العالم، وبدأت تطالب بأفضل الخدمات، إضافة إلى الشعور الإنساني المتنامي لدى الأفراد والجمعيات والمؤسسات الاجتماعية الذي

يدفعهم إلى التطوع والعمل في المستشفيات دون مقابل، وهذه النقطة أدت إلى زيادة عدد المستشفيات يوماً بعد يوم وإلى تطوير خدماتها.

- الاختصاصات المهنية: ليس هناك من ينكر دور المهنيين والاختصاصيين في تطوير المستشفيات (أقسامها، إدارتها... إلخ)، إضافة إلى الهيئات المختصة سواء محلياً أو دولياً كالمنظمة العالمية للصحة التي دوماً في أهبة الاستعداد لتقديم العون المادي والمعنوي.

6- الرقابة في المستشفيات

تعدّ الرقابة وظيفة رئيسية في وظائف العملية الإدارية، ويُقصد بها التحقق والتأكد المتواصلين لسير أعمال المؤسسة وفقاً لما هو مخطط لها من نظم وتعليمات وضوابط ومعايير لتحقيق أهدافها المحددة بكفاءة وفعالية عاليتين وتصحيح ما يطرأ عليها من مشكلات وانحرافات، و تتم الرقابة داخل المؤسسات الصحية على مستويين: [طلال بن عايد الأحمد، 2004، ص 114]

6-1- رقابة خارجية

وتشمل الرقابة القانونية والخارجية لأي جهة رسمية، و تقوم بها عادة الجهة المالكة للمؤسسة الصحية أو المشرفة عليها وغالباً تقوم بها الجهات المختصة في وزارة الصحة مثل: هيئة الرقابة، وتشمل هذه الرقابة جوانب العمل والنشاطات الطبية والتمريضية ومستويات الخدمات الصحية .

6-2- رقابة داخلية

وهي الرقابة التي تتم من داخل المؤسسة الصحية، وتشمل:

(1) الرقابة من خلال التدرج الهرمي للسلطة: يقوم كل مسؤول أو مشرف بالرقابة على أداء مرؤوسيه والتحقق المستمر من حسن إنجازاتهم وفيها الرقابة الشاملة والتي تقوم بها الإدارة العليا للتأكد من مدى بلوغ أهدافها أو تلك التي تؤدي إلى تحقيقها كالمعايير والمؤشرات والرقابة المتخصصة كمصلحة شؤون الموظفين للرقابة على إنتظام الموظفين ومصلحة الصيدلة للرقابة على أحسن الطرق لترشيد استخدام الأدوية والعقاقير،... إلخ.

(2) الرقابة الذاتية: وتقوم بها عادة تنظيمات الهيئة الطبية والتمريضية التي تراقب مدى امتثال هيئة أعضائها للوائحها وتعليماتها المنظمة للعمل الطبي.

وحتى تتم الرقابة بشكل فعال، لا بد من توفر مجموعة من الوسائل أهمها: [طلال بن عايد الأحمد، 2004، ص115]

- الملاحظة الشخصية لمسؤول المصلحة التنظيمية أو المشرفين على أداء العمل وتحديد أوجه التقصير التي تظهر في الأداء والصعوبات التي تصادفه والعمل على حلها.
- التقارير التي يرفعها المسؤولون المباشرون عن التابعين لنطاق إشرافهم إلى رؤساء الأقسام وتلك التي يرفعها رؤساء الأقسام إلى الإدارة العليا، وتعد هذه التقارير وسيلة رقابية مهمة لما تتضمنه من بيانات ومعلومات عن سير العمل في مختلف الأقسام ومستويات أداء العاملين فيها.
- اللوائح المتعلقة بالتوجيهات والتنظيمات والضوابط الرقابية المنظمة لسير العمل.
- قوائم المراجعة المالية والمحاسبية وذلك للوقوف على الأرباح والخسائر والمركز المالي والتدفقات النقدية والمؤشرات والنسب المالية في المنظمة.
- التحليل الشبكي، أين تلجأ المؤسسات الصحية المتطورة إلى استخدام أساليب التحليل الشبكي كوسائل للرقابة على حسن تنفيذ الأنشطة المختلفة لخطط المنظمة وبرامجها ومن أهمها: مخططات GANTT، طريقة تقييم البرامج ومراجعتها PERT، شبكة تحديد المسار الحرج PATH.

تبين من عرض المبحث الثاني أن المستشفيات من أهم وأكبر المؤسسات التي تُعنى بتقديم الخدمات الصحية للأفراد، تطورت وظيفتها من تقديم خدمات علاجية ووقائية إلى التعليم والتكوين وإجراء البحوث الطبية.

خلاصة الفصل الثالث

نستخلص من خلال دراسة الفصل الثالث أن المنظومة الصحية هي مجموع الموارد المادية، البشرية، المالية والتنظيمية، تختلف من دولة لأخرى حسب اختلاف هذه الموارد، وأن المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية لا تقل أهمية، حيث تأتي المستشفيات في مقدمة المؤسسات الصحية نظرا للدور الكبير الذي تلعبه في تقديم خدمات صحية متنوعة، ولم يصل المستشفى الحديث إلى ما هو عليه اليوم إلا من خلال تطورات تاريخية تعود جذورها إلى الحضارات القديمة فقد عرفت المستشفيات تطورا في دورها، وظائفها، حجمها، إمكاناتها،

تقنياتها، هيكلها وتنظيمها، وكان لتطور العلوم الطبية دورا محوريا في ذلك، وقد اقتضى التطور الكبير للمستشفيات إلى جانب تزايد أعدادها إلى ظهور أساليب حديثة لإدارة الموارد المادية والبشرية لهذه المؤسسات الصحية بما يكفل تحقيق الكفاءة والفعالية، وهذا ما سيتم تناوله في الفصل الرابع من خلال دراسة مؤشرات تقييم الأداء الصحي للمؤسسات الصحية والمستشفيات.

الفصل الرابع:

الخدمات الصحية ومؤشرات تقييم الأداء

الصحي

تكملي

تعتبر الخدمات الصحية من أهم الخدمات المقدمة في المجتمع سواء من طرف القطاع العام، القطاع الخاص أو جهات مشتركة، وتسعى الدول من خلال تقديم الخدمات الصحية إلى تحسين المستوى الصحي الذي يعتبر من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وحتى يتم تقديم الخدمات الصحية بكفاءة وفاعلية لابد من توفير مدخلات تتمثل في الموارد المادية، المالية، البشرية والتنظيمية من أجل الحصول على مخرجات تتمثل في خدمة صحية ذات جودة.

وتزداد أهمية الموارد البشرية في المؤسسات الصحية لما لها من خصائص مميزة، فهي متنوعة تتضمن العديد من المهن كالأطباء، الممرضين، الفنيين، الإداريين وغيرهم، وقد عرفت تغييرا في أسلوب أداء الأعمال نتيجة التغير التكنولوجي ومتطلبات الخدمة الصحية.

يتناول الفصل الرابع مبحثين، الأول يقدم الخدمات الصحية، أما الثاني فيتعلق بمؤشرات تقييم الأداء الصحي في المؤسسات الصحية والمستشفيات، وفيما يلي سنتناول الخدمات الصحية.

المبحث الأول:

الخدمات

الصحية

يتطرق هذا المبحث إلى مفاهيم خاصة بالخدمات الصحية، أنواعها وأهم النماذج المتعلقة باستخدام الخدمات الصحية، بالإضافة إلى محدّدات الطلب على استخدامها وأبعاد جودة الخدمة الصحية.

1- تعريف الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية من أهم الخدمات التي تقدمها الدول، وينطبق مفهوم الخدمة بشكل عام على مفهوم الخدمة الصحية لأن الخدمات متماثلة من حيث الخصائص والمضمون.

- الخدمات الصحية مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين وباستخدام سلع مساعدة، ولكن لا تُحوّل ملكية السلع إلى المستفيد من الخدمة، فمثلاً إجراء عملية جراحية وإيواء المريض بالمستشفى بهدف الحصول على العلاج والرعاية الصحية الضرورية للشفاء من مرضه تتطلب دفع ثمن الخدمة وعدم الحصول على أدوات الجراحة أو امتلاك السرير ولا أيّ سلعة في المستشفى عند مغادرته [ردينة عثمان يوسف، 2008، ص98].

- الخدمات الصحية مجموعة من الخدمات الوقائية التي إذا تمّ تطبيقها تجنّب الأفراد الإصابة بالمرض وتشمل الكشف الطبي، التطعيم، التغذية السليمة، الإسعافات الأولية، الخدمات العلاجية والتأهيلية. وتصنف الخدمات استناداً إلى مجموعة من المعايير، وهذا التصنيف ينطبق على الخدمات الصحية على النحو الآتي:

- 1) من حيث الاعتمادية، ونقصد به اعتمادها على السلع الملموسة مثل: التحاليل المخبرية، الأشعة، الجراحة،... إلخ، وخدمات يُعتمد في تقديمها على العنصر البشري مثل: العلاج النفسي، تشخيص المرض، تحديد نوع العلاج،... إلخ.
- 2) من حيث حضور كلاً من طالبي الخدمات الصحية ومقدّميها مثل: العمليات الجراحية، الفحص السريري، سحب الدم، الأشعة،... إلخ.

(3) من حيث نوع الحاجة مثل: الحاجة الفردية كالفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو حاجة إلى مجموعة من المنافع كالإقامة في المستشفى حيث تقدم خدمات الإطعام، العناية،...إلخ.

2- أنواع الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية التي تقدمها أغلب المنظومات الصحية في العالم إلى نوعين:

2-1- خدمات الصحة العامة

وهي موجهة نحو خدمة المجتمع، تهدف لحماية صحة الأفراد والارتقاء بها، تتولى عادة الدولة تقديم هذه الخدمات وتشمل:

أ- خدمات الصحة العمومية، وتهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات من خلال: [فريد نصيرات، 2003، ص57]

- مكافحة الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها.
- الإشراف المباشر على حماية الأمومة والطفولة مع التركيز على برامج التحصين.
- التثقيف الصحي وتوعية الأفراد بالمشكلات الصحية وكيفية الاستفادة المثلى من برامج الخدمات الصحية.
- الإحصاءات الحيوية والصحية والأبحاث العلمية في المجال الصحي.
- القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والسياسات والاستراتيجيات التي تكفل الحفاظ على الصحة والرفاهية.

ب- خدمات الارتقاء بالصحة، وهي خدمات موجهة نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن وممارسة الرياضة، أي التركيز على العوامل غير الطبية لحفظ صحة الأفراد، كما تشمل أيضا أهمية النظافة الشخصية للفرد وصحة البيئة المنزلية...إلخ.

2-2- خدمات الصحة البيئية

وهي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد، تهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن وقضايا الإسكان والمسكن الصحي، بالإضافة إلى مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة

كسلامة الهواء، الغذاء، مكافحة الحشرات والقوارض والضارة والتخلص من النفايات ومعالجة مياه الصرف الصحي والسيطرة على المواد المشعة الخطرة،...إلخ.

2-3- خدمات الصحة الشخصية

يقصد بخدمات الصحة الشخصية تلك الخدمات الصحية التي تقدم للفرد من قبل جميع المعنيين بتقديم الخدمات الصحية ولها عدة أنواع:

أ- الخدمات الصحية العلاجية، وتشمل:

- خدمات الرعاية الخارجية: وهي خدمات صحية لا تشمل أي رعاية إيوائية للمستفيدين، تقدم في العيادات الخاصة، المستوصفات، مراكز العلاج الطبي،...إلخ.
- خدمات الرعاية الداخلية: وهي الخدمات الصحية الإيوائية أو الاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة بالمستشفى لمدة لا تتجاوز 30 يوماً، حيث تقدم على عدة مستويات كالآتي:

(1) **خدمات الرعاية الأولية:** تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية، يعمل على تقديمها الأطباء العامين، هذا النوع من الخدمات له مجموعة من الميزات كما يلي: [صلاح ذياب، 2009، ص 57]

- تشمل جميع الأفراد ومختلف المناطق الجغرافية وعلى جميع الفترات الزمنية.
- استمرارية الخدمات وملاءمتها لكافة المتغيرات البيئية وإمكانية الوصول إليها.

(2) **خدمات الرعاية الثانوية:** هي الخدمات التي تشمل التخصصات الطبية الرئيسية، تقدم في المستشفيات من طرف الأطباء الأخصائيين سواء بالعلاج المكثف أو التدخلات الجراحية.

(3) **خدمات الرعاية الثالثية (التخصصية):** هي خدمات غاية في التخصص والتطور، يجري تقديمها من خلال المراكز والمستشفيات المتخصصة، تتميز بالتكلفة العالية والحاجة إلى موارد بشرية تتميز بالكفاءة والخبرة.

ب- الخدمات الصحية الوقائية

الخدمات الصحية الوقائية هي خدمات محددة ومباشرة يجري تطبيقها لحماية الأفراد من مرض معين مثل: حملات التطعيم، خدمات التشخيص المبكر لبعض الأمراض،... إلخ [فريد نصيرات، 2003، ص61].

ج- خدمات إعادة التأهيل والرعاية الصحية طويلة الأمد

تشمل إعادة تأهيل المرضى بالأمراض المزمنة ومصابي الحوادث ويتطلب ذلك فترة زمنية طويلة، تقدم هذه الخدمات من خلال مراكز التأهيل المتخصصة ووحدات الرعاية المُلتحقة بالمستشفيات.

3- استخدام الخدمات الصحية

يُقصد باستخدام الخدمات الصحية التعرف على درجة انتفاع المجتمع واستفادته منها، أو بشكل آخر التعرف على نسبة المتلقين للخدمة الصحية وكمية الرعاية التي يحصلون عليها وأنواع الرعاية التي يستهلكونها [طلال بن عايد الأحمد، 2004، ص210].

ولدينا أربعة أبعاد يمكن ربطها بمفهوم استخدام الخدمات الصحية هي:

- 1) نوع الاستخدام: وهو تحديد نوعية الخدمة المقدمة سواء كانت خدمات أطباء بشريين، أطباء أسنان، صيادلة، غسيل، تعقيم، علاج، تخدير،... إلخ.
- 2) هدف الاستخدام: وهو سبب طلب الخدمة كالتطعيم ضد مرض مُعدٍ، التشخيص المبكر، معالجة شكاوى المرض،... إلخ.
- 3) موقع الاستخدام: وهو مكان تلقي الفرد للخدمات الصحية سواء في المستشفيات، المصحات، مراكز النقاهة، عيادات الأطباء، الطوارئ،... إلخ.
- 4) فترة أو زمن الاستخدام: ويمكن التعبير عنها من خلال الاتصال بالخدمة كعدد معاينات الطبيب للمريض خلال السنة.

4- أهمية استخدام الخدمات الصحية

لأهمية استخدام الخدمات الصحية عدة أبعاد، فمن زاوية التخطيط يسعى واضعوا السياسات والبرامج الصحية لتحديد مجالات وأولويات الاحتياجات الصحية التي تشكل طلبا فعليا لها من قبل المجتمعات المستهدفة، أما مُقدموا الخدمات فيهتمون بالتعرف على فئة الأفراد الذين لا يتلقون الخدمة الصحية أكثر من اهتمامهم بالتعرف على أنماط الاستخدام الفعلية من قبل هؤلاء الذين يتلقونها، في حين يرغب المسؤولين عن إدارة الخدمات الصحية في التعرف على الحصص السوقية لمؤسساتهم الصحية في سوق الخدمات الصحية.

5- عينة من نماذج اتخاذ قرار استخدام الخدمات الصحية لدى المريض

- نموذج ستشمان (Suchman): في هذا النموذج يتوقف بُعد "الاستخدام" الذي هو محور نموذج Suchman لمراحل اتخاذ المريض قرارا بطلب الخدمة الصحية على حدوث المرض لديه، حيث قسّمها إلى خمسة مراحل: المُعاناة من أعراض مرضية، الافتراض بوجود مرض ما، الاتصال بالخدمة الصحية، اتخاذ قرار المعالجة، اللجوء إلى الخدمة الصحية لمعالجة المرض. إذن؛ بناء على هذا النموذج يشارك المريض في كل مرحلة باتخاذ قرار خاص بطلبه للخدمة الصحية، إلا أنه لا توجد دراسات تجريبية تدعم هذا النموذج من حيث بيان أثره في طلب الخدمة الصحية.
- نموذج كوزا وروبرتسن (Kosa and Robertson): وضعا نموذجا لشرح قرارات طلب المريض للخدمة الصحية ضمن إطار حدوث المرض، حيث يركز على الناحية النفسية أكثر من تقديمه لتفسيرات اجتماعية لشرح استجابة الأفراد لمختلف مراحل الحادثة المرضية كما هو الحال في نموذج Suchman، فالسلوك يتم حفزه نتيجة حاجة الفرد النفسية للحد من قلقه نتيجة شعوره بخطر المرض، هذا القلق قد يكون عام وغير محدد ولا يرتبط مباشرة بالمرض، وقد يكون محدد ومرتبط بانعدام الراحة الجسدية نتيجة أعراض حالته المرضية ما يدفعه لطلب الخدمة الصحية. ولا يوجد لهذا النموذج ما يشير إلى فعاليته في اعتماده لدراسة الطلب على الخدمة الصحية.
- نموذج ميكانيك (Mechanic): يتناول هذا النموذج مجموعة متنوعة من العوامل الاجتماعية المتضمنة في نموذج Suchman والعوامل النفسية في نموذج Kosa and Robertson لشرح وجهات نظر الأفراد في طلبهم للخدمات الصحية، ولم يخضع هذا النموذج كسابقه لأي اختبارات تجريبية تؤكد فائدته في تفسير طلب الأفراد للخدمات الصحية.
- نموذج الاعتقاد الصحي: يُعدّ من النماذج ذات الاتجاه الاجتماعي النفسي الأكثر تفسيراً لقرارات طلب الخدمة الصحية، أخضع للعديد من اختبارات الدراسات التجريبية حيث طُبّق في البداية لفهم السلوك الصحي فيما يخص طلب الخدمة الوقائية، لكنه طُبّق لاحقا لشرح طلب الخدمة الصحية في ضوء ما يصيب الأفراد من أمراض، ويشتمل هذا النموذج على العديد من العوامل الديموغرافية، الاجتماعية، النفسية والمعرفية ذات العلاقة بالأمراض التي تؤثر في سلوك طلب الأفراد للخدمة الصحية.

من خلال دراسة النماذج السابقة نستخلص أن استفادة المرضى واستخدامهم للخدمات الصحية يخضع لعوامل اجتماعية، نفسية وديموغرافية... إلخ.

6- محددات الطلب على استخدام الخدمات الصحية

من الناحية الاقتصادية، الطلب الفعلي على استخدام الخدمات الصحية هو قدرة الفرد على دفع ثمن الخدمة المطلوبة، إلا أن التحليل الاقتصادي غير كاف لتفسير العوامل المؤثرة في طلب الخدمة الصحية لذا سندرج عددا من المتغيرات المستخدمة في وصف محددات الطلب على استخدام الخدمات الصحية حسب الفئات الواردة في نموذج الاعتقاد الصحي أو النموذج السلوكي:

6-1- المحددات ذات الصلة بالخصائص الديموغرافية

- العمر: يرتبط العمر ارتباطاً معنوياً وأساسياً بمختلف أنواع استخدام الخدمات الصحية، حيث أثبتت الإحصاءات والدراسات الاستثنائية أن فئة الأطفال وكبار السن أكثر طلباً لهذه الخدمات بسبب زيادة اتصالهم بالطبيب لضعف بنيتهم وانخفاض مناعتهم ضد الأمراض، وقد تم التنبؤ بأن هذا الطلب سيزيد خاصة في الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية على اعتبار أن 50% من سكانها سيصبحون مسنين خلال 10 سنوات القادمة [طلال بن عايد الأحمد، 2004، ص227].
- الجنس: بصفة عامة يكون استخدام النساء للخدمات الصحية أعلى من الرجال وذلك بسبب أمور الرعاية المرتبطة بالحمل وحالات الولادة والرضاعة والأمور المرتبطة بالرعاية النسائية.
- حجم الأسرة: كلما كان عدد الأفراد كبيراً والدخل منخفضاً، كلما قل نصيب الفرد في دخل الأسرة وبالتالي يكون أكثر عرضة للأمراض وأقل طلباً للخدمة الصحية.
- معدل النمو السكاني: كلما ارتفع معدل النمو السكاني ← كلما زاد الطلب على استخدام الخدمات الصحية.

6-2- المحددات ذات الصلة بالعوامل الاجتماعية

- مستوى التعليم: يُعد الأفراد الأكثر تعليماً أكثر ميلاً لإجراء الفحوص الطبية العامة وتلقي التطعيم وإجراء فحوص التشخيص المبكر والإجراءات الوقائية الأخرى [طلال عايد الأحمد، 2004، ص 230].
- الوعي والإدراك الصحي: كلما زاد الوعي لدى الأفراد فيما يخص حالتهم الصحية من خلال التقارير والفحوصات كلما زاد تحديدهم بدقة لمدى حاجتهم لاستخدام الخدمات الصحية.

6-3- المحددات ذات الصلة بالعوامل الاقتصادية

- الدخل: على عكس الماضي، أصبح الأفراد ذوو الدخل المنخفض هم الأكثر استخداماً للخدمات الصحية من نظرائهم ذوو الدخل المرتفع بسبب إتاحة الخدمات الصحية المجانية في كثير من الدول.
- السعر: يعد من أهم محددات الطلب على الخدمات الصحية في الحالات غير الطارئة، أين يتميز بالمرونة فكلما زاد السعر قل الطلب على الخدمة الصحية والعكس، باستثناء الحالات الطارئة أين السعر يكون قليل المرونة، ومن ثم الطلب يتأثر بالمحددات المرتبطة بالحاجة الصحية.

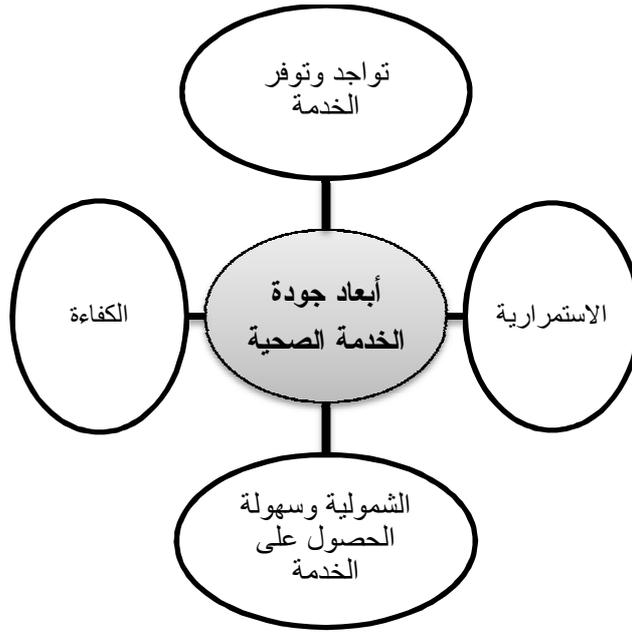
وهناك عوامل أخرى تزيد في الطلب على استخدام الخدمات الصحية يجب مراعاتها عند تقدير الطلب وتخطيط الخدمات الصحية:

- (1) تلوث البيئة: كلما زادت معدلات تلوث البيئة الناتجة عن تلوث الهواء، المياه، الغذاء والتخلص غير السليم من الفضلات ونقص إجراءات السلامة المهنية كلما زاد الطلب على الخدمات الصحية.
- (2) الكوارث الطبيعية والحروب: تؤثر الزلازل، البراكين، الفيضانات، الأعاصير والجفاف في زيادة الطلب على الخدمات الصحية بسبب ما تخلفه من عجز، إصابات وانتشار الأوبئة وتشرذم وانهيار في البنى التحتية والاقتصادية.
- (3) التقدم التقني والتكنولوجي في مجال تشخيص الأمراض وعلاجها.
- (4) زيادة انتشار الأمراض المزمنة وعودة الأمراض المعدية واستفحال العادات المضرة بالصحة.

7- أبعاد جودة الخدمة الصحية

الجودة مفهوم شامل، متعدد الأشكال والأوجه، تتباين أبعادها حسب المتغيرات البيئية، الاجتماعية والاقتصادية، والشكل الآتي يبين أبعاد جودة الخدمة الصحية:

الشكل(20): أبعاد جودة الخدمة الصحية



المصدر: من إنجاز الطالبة

حيث:

- تواجد وتوفر الخدمة: يُقصد به الكفاية الكمية اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان، ويتم الحكم على توفر الخدمة وتواجدها من خلال نسبة عدد السكان في منطقة الخدمة إلى إجمالي عدد المؤسسات والموارد البشرية المهنية التي تقدم الخدمة [فريد نصيرات، 2003، ص 68].
- شمولية الرعاية وسهولة الحصول على الخدمة: وتعني عدم وجود عوائق جغرافية بتوفير المواصلات وتوفير الخدمة في أماكن تواجد الأفراد أو عوائق تنظيمية بضمان التزام الموارد البشرية المعنية بتقديم الخدمة في وقتها أو عوائق مالية تحول بين المريض والحصول على الخدمة الصحية، بالإضافة إلى توفير كل الإمكانيات المادية، البشرية والتنظيمية ليحصل كل فرد بدون استثناء على الخدمة الصحية التي هو بحاجة إليها.
- الاستمرارية: يُقصد بها تقديم الخدمات الصحية الضرورية دون انقطاع وبشكل مستمر من قبل نفس الطبيب ووجود سجل طبي شامل وموحد لكل مريض، يُمكن من إعطاء صورة كاملة عن تطور وضعه الصحي، وغير ذلك سيؤدي إلى تدني مستوى جودة الخدمة الصحية.
- الكفاءة: يُقصد بها حسن تنظيم واستغلال الموارد المتاحة للمنظومة الصحية بشكل أمثل لتحقيق الأهداف المحددة في ظل القيود المتمثلة في ندرة الموارد وارتفاع تكلفتها، بالإضافة إلى الكفاءة الفنية والتي تعني المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي لمقدمي الخدمات الصحية بصورة مميزة ومطابقة للمعايير والمواصفات المطلوبة.

إن؛ لجودة الخدمات الصحية جانبين أساسيين:

- الجانب المعرفي والتكنولوجي: يمثل المعارف، المهارات، الخبرات، درجة التقدم العملي والتكنولوجي المتوفر والتقنيات والأساليب المستعملة.
- الجانب السلوكي: يشير إلى سلوكيات القائمين على تقديم الخدمة الصحية مع طالبيها ومتلقيها، رغم أنه لم يلق الاهتمام الكافي من قبل المهتمين بموضوع جودة الخدمات الصحية وتقييمها لتحسينه على غرار الجانب الأول المتعلق بالمعارف والتكنولوجيا.

بعد عرض المبحث الأول تعرفنا على أنواع الخدمات الصحية وعينة من نماذج اتخاذ قرار استخدام الخدمات الصحية لدى المريض، بالإضافة إلى محددات الطلب على استخدامها، وسنتطرق في المبحث الثاني إلى مؤشرات تقييم الأداء الصحي في المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة.

المبحث الثاني:

مؤشرات تقييم الأداء في

المؤسسات الصحية

والمستشفيات

إن عملية تقييم الأداء في المستشفى لها جوانب كثيرة تعكس التقييم الشامل للمستشفى، تشمل تقييم أداء العاملين في المستشفى، تقييم إدارة المستشفى وتقييم أداء الأجهزة والمعدات، بالإضافة إلى تقييم الخدمات الصحية التي تقدمها.

1- الموارد البشرية المكونة للمنظومة الصحية

يُعتبر المورد البشري العنصر الأهم في ترتيب عناصر العمل المؤثرة في المؤسسة، وإذا كان المورد البشري هام في القطاعات الإنتاجية فهو أكثر أهمية في القطاعات الخدمية لأنه المنوط بتقديم الخدمة مباشرة،

وكلما إرتفع أداء الموارد البشرية كلما ارتفعت كفاءة أداء المستشفى ككل، وفيما يلي سنتطرق إلى أهم الموارد البشرية المكونة للمنظومات الصحية:

1-1- الأطباء

يتفق جميع المهتمين بتقديم الخدمات الطبية والصحية أنه لا مستشفى بدون طبيب، حيث يلعب الطبيب الدور الحيوي في العلاج من الأمراض من خلال اتصاله المباشر بالمرضى المترددين أو المقيمين بالمستشفى، بالإضافة إلى أنه يضفي الصفة الطبية، العلاجية والوقائية في مختلف المؤسسات الصحية رغم التطورات التكنولوجية في مجال الأجهزة الطبية المعقدة وفي مجال الأدوية والنظم العلاجية والوقائية التي تجعل عمله صعب نسبياً دون تعاون واندماج جميع العناصر الأخرى [سيد محمد جاد الرب، 2008، ص208].

1-2- هيئة الممرضين والمرضات

تعتمد الخدمات الصحية بصفة عامة على الممرضين والمرضات، حيث يُعتبر الممرض من العناصر الاستراتيجية التي تؤثر في كفاءة أداء الخدمات الصحية وذلك نظراً لاتصاله المباشر بالمرضى. وتعتبر مصر من أقدم دول العالم التي أنشأت مدرسة التمريض سنة 1827 وألحقتها بكلية الطب في القصر العيني سنة 1882 وسمّيت مدرسة الحكيمات.

تتمثل مهام هيئة التمريض في :

- تقديم الرعاية التمريضية للمريض وفقاً لاحتياجاته الفسيولوجية والنفسية سواء في المستشفى أو خارجه بما يرقى إلى زيادة الثقة في دور الممرض في مجال الخدمات الصحية.
- القيام بدور الوسيط أو حلقة الوصل بين الطبيب والمريض وبقية أعضاء الفريق الطبي.
- تثقيف المرضى وتوعيتهم بصفة مستمرة وبأسلوب فعال.
- المحافظة على الموارد المادية للمستشفى من خلال الاستخدام السليم والصيانة المستمرة.

ونظراً للتطور الذي يعرفه مجال الخدمات الصحية فقد زادت الحاجة إلى مجالات جديدة في التمريض تتطلب تكويناً وتأهيلاً للممرضين والمرضات لتلبية هذه الاحتياجات بكفاءة وفعالية أهمها:

- التمريض الوقائي: يتطلب برامج تعليم وتكوين في مجال الاهتمام بصحة البيئة والمجتمع.

- رعاية كبار السن والأطفال: يتطلب دراسات بسلوكولوجية ونفسية عن هذه الفئة ومعرفة التخصصات الدقيقة والإلمام بمختلف المعلومات عن الأمراض التي تصيبها واستخدام الآلات والأدوات في هذا الصدد.
- الرعاية المنزلية: بعض الأمراض تستغرق فترة علاج طويلة بالإضافة إلى فترة نقاهة، ومع تطور أساليب وأدوات العلاج فقد أصبح هناك خدمات صحية تقدم للمريض في البيت.

1-3- الفئات الفنية المساعدة

يقصد بالفئات الفنية المساعدة جميع التخصصات التي تؤدي عملاً مباشراً متصلاً بالخدمة الصحية مثل: الأشعة، العمليات، التحاليل،... إلخ، أو بشكل غير مباشر مثل: مهندسي صيانة الأجهزة، الإداريين وغيرها، وتمثل هذه الموارد أحد العناصر الحيوية لاكتمال كفاءة الأداء الطبي والصحي، حيث يقع عليها عبء كبير في تقديم البيانات والمساعدات لتشخيص المرض وتقديم العلاج كأخصائي الأشعة.

وقد بينت تقارير المنظمة العالمية للصحة أهمية وكفاءة الخدمات المساعدة في المستشفيات، حيث اعتبرت أن عنق الزجاجة في أداء الخدمات الصحية خاصة فيما يتعلق بالأشعة، التحاليل والعمليات الجراحية، لذا يجب التوسع في إنشاء المدارس والمعاهد المتخصصة وتطويرها وضرورة توفير برامج تدريبية بصفة دائمة ومستمرة.

1-4- طالبى الخدمات الصحية

يتزايد عدد المرضى الذين يترددون على المستشفيات خاصة العمومية في البلدان النامية نتيجة لعدة عوامل:

- الزيادة المستمرة في معدلات النمو السكاني.
 - ارتفاع معدلات تلوث البيئة وانتشار الأمراض الوبائية والمعدية.
 - انخفاض السياسات الغذائية الصحية وانخفاض الإمكانيات الموجهة للقطاع الصحي.
- ويتوقف مدى استنفاد المرضى من الخدمات الصحية وانتفاعهم منها على سلوكياتهم المتمثلة في قدرتهم على شرح حالتهم المرضية والأعراض التي يعانون منها بموضوعية وواقعية والالتزام بتعليمات الأطباء، بالإضافة إلى تمتعهم بالوعي الصحي والثقافة الصحية الضروريين للوقاية من مختلف الأمراض والمحافظة على صحتهم.

2- تقييم الأداء

2-1- مفاهيم خاصة بالأداء و تقييم الأداء

يقصد بالأداء: «إتمام العامل أو الموظف للمهام التي تم تحديدها، ويمكن النظر للأداء أيضا على أنه الاستعداد للعمل والنتيجة المترتبة عن هذا التشغيل» [جميل توفيق، 1988، ص 36].

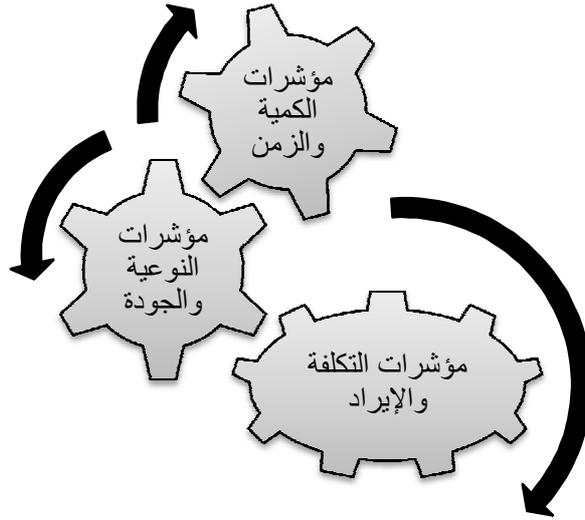
وعملية تقييم الأداء تختلف حسب طبيعة المؤسسة، فتقييم أداء المؤسسات الإنتاجية يخضع لقياس رقمي وملموس يتمثل في عدد الوحدات المنتجة، أما تقييم أداء المؤسسات الخدمية فيدخل في قياسه عوامل يصعب تقديرها بالأرقام وهي راجعة إلى طبيعة العنصر البشري وكيفية معالجة هذا العنصر، فقياس الأداء أقرب إلى قياس نوعية وجودة الخدمة وليس كميتها، رغم أنه عند القيام بعملية القياس سيؤخذ معدل استخدام الموارد المتاحة (عنصر العمل، المورد البشري، المورد المادية،...) بعين الاعتبار، فالمورد البشري تتنازعه عوامل متعلقة بالدوافع، الاتجاهات والخلفيات المادية، الثقافية، البيئية والإيديولوجية التي تؤدي إلى أبعاد جديدة في القياس [زهير حنفي، 1976، ص 117].

إن عملية تقييم أداء المؤسسات الصحية موضوع ظهر في منتصف القرن 19، لكن التطبيق الفعلي تجسد مع بداية الثمانينات بتطور أدوات الإحصاء [Dominique Baubeau, Céline Pereira, 22-01-2004, p01]، يشمل تقييم أداء العناصر المكونة لها من إطارات عاملة في المهن الطبية والإدارية والموارد المادية باعتبارها مدخلات، بالإضافة لتقييم الخدمات الصحية باعتبارها مخرجات هذه المؤسسات.

وتعتبر عملية تقييم الموارد البشرية في المستشفيات من أهم الوظائف الإدارية التي تقوم بها مديرية الموارد البشرية من أجل الحكم على نجاح أو فشل السياسات، الإجراءات وأساليب العمل المطبقة ومعرفة الانحرافات لتصحيحها في الوقت المناسب، بالإضافة إلى اكتشاف الكفاءات والقدرات الكامنة من جهة وتطوير المعايير والأسس المعتمدة لتقييم العاملين، أما تقييم أداء الإدارة فيهدف إلى تحسين نوعية القرارات المتخذة وضمان الاستغلال الأمثل لمختلف موارد المستشفى بما يحقق الكفاءة والفعالية من خلال الرقابة التي تشكل حافزا للتطوير والنمو.

يتم تقييم الأداء من خلال "مؤشرات قياس الأداء"، وهي المحددات التي يتم على أساسها الحكم على أداء الأفراد، الإدارة، الخدمات كما هو موضح في الشكل الآتي:

الشكل(21): مؤشرات قياس الأداء



المصدر: من إنجاز الطالبة

يجب أن تتميز هذه المؤشرات بالوضوح، الدقة والسهولة في القياس، تكون في شكل نسب ومعدلات تعبر عن العلاقة بين مخرجات الخدمة الصحية ومدخلاتها للتمكن من مقارنتها مع معدلات فعلية، تاريخية ومماثلة.

2-2- طرق وأساليب تقييم أداء المؤسسات الصحية

تختلف أساليب ونظم تقييم الأداء من مؤسسة لأخرى ومن مستشفى لآخر لاختلاف الأهداف والمعايير وطبيعة العمل وغيرها من العوامل التي تدفع لتفضيل استخدام نظام للتقييم دون آخر، ولا توجد طريقة تقييم مثالية، فلكل نظام إيجابيات ومزايا وسلبيات وعيوب، وتبقى الإدارة المنوطة بالتقييم هي المسؤولة عن اختيار الأسلوب في ظل قيود التكلفة والعوائد ومدى تكيف المقيمين وتوافقهم مع الأسلوب المختار.

ومن أهم الأساليب والنظم المستخدمة لتقييم أداء المؤسسات الصحية ندرج: [صلاح ذياب، 2009، ص306]

2-2-1- نظام الدرجات

تعتبر من الطرق السهلة لتقييم الأداء تعتمد على إيجاد عبارات وصفات تعكس سلوك العاملين وأداء الإدارة، تُعطى كل عبارة معيار 4 أو 5 درجات ويتم تعبئة الجدول من قبل لجنة التقييم اعتماداً على بيانات ومعلومات رقمية موجودة فعلياً في المستشفى قبل الإجابة على الأسئلة.

وكمثال على الأسئلة:

- وجود سجلات ونظم معلومات طبية للمرضى ومختلف الجوانب الإدارية والمالية.
- عدد الشكاوى المقدمة بحق الإدارة ودرجة الرضا.
- إكمال العامل لعمله في الوقت المحدد وبشكل كامل بمهارة وإبداع.
- التعامل مع الزملاء بتعاون وتنسيق ومع المرضى باحترام ومسؤولية.

2-2-2- نظام المتابعة

وذلك عن طريق سجل خاص لكل موظف، يتم فيه كتابة المعلومات الأساسية وتسجيل نوع السلوكيات الإيجابية والسلبية ليتم في نهاية مدة التقييم إيجاد وزن سلوك المستخدم أو الموظف.

2-2-3- نظام التوزيع الإيجابي

تحدد هذه الطريقة نسبة مئوية لكل مستوى إنجاز، مثلاً: 25% أداؤهم بين جيد جداً وممتاز، 35% أداء متوسط. ما يؤخذ عليها أنها تعكس وسطية الأداء ولا تعكس المستويات الحقيقية.

2-2-4- نظام قياس الإنتاج

وذلك بالاعتماد على عدد تكرارات الخدمة خلال فترة زمنية محددة في قسم معين ومقارنتها مع باقي الأقسام.

2-2-5- النظام التكاملي

يتطلب تطبيق هذا النظام تحديد هدف التقييم واستخدام معلومات كمية واتخاذ قرارات صحيحة وبسرعة، يعتمد على:

- دراسة العوامل والمؤثرات البيئية والتنظيمية المختلفة (المتغيرات الاقتصادية، الاجتماعية، التكنولوجية، الهيكل التنظيمي، نظم المعلومات،... إلخ).
- دراسة كافة عناصر المدخلات المعالجة والمخرجات ودرجة التفاعل بينها.
- استخدام المؤشرات الكمية للأنشطة والخدمات التي لا يمكن تحويلها كميًا.

2-3- صعوبات و معوقات قياس الأداء المرتبطة بالخدمات الصحية في المستشفيات

- عدم كفاية البيانات والمعلومات، حيث أن التنوع الكبير في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات يتطلب توافر كم كبير من البيانات الخاصة بالتكاليف، العمالة، حركة المرضى، الميزانيات، الحالات المرضية، طاقة المستشفى،... إلخ [نجلاء رمضان مرزوق، 1989، ص41].
- صعوبة تقدير تكاليف أداء الخدمات الصحية نظراً لصعوبة حصر التكاليف غير المباشرة وصعوبة إيجاد معيار موضوعي لتخصيصها على الإدارات، الخدمات الصحية أو المرضى.
- طبيعة العمل في المستشفى وعدم وجود مقاييس كمية دقيقة، وبالتالي عملية التقييم تكون نسبية بدرجة كبيرة.
- عدم تجانس فترات العمل وأنواع العمل داخل المستشفى.
- تميز نظام تقديم الخدمات الصحية بالمستشفى بارتفاع درجة الحضور المادي للمرضى باعتباره عنصر مهم من عناصر مدخلات الخدمات الصحية، حيث يحدد باقي عناصر المدخلات وتوقيت استخدامها بالإضافة إلى تفاعله عند تقديم الخدمة له، فعلى أساس سلوك المريض وردة فعله يتحدد أداء ونتيجة الخدمة الصحية [نجلاء رمضان مرزوق، 1989، ص50].

3- مؤشرات تقييم الأداء

إن عملية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية لها جوانب كثيرة تعكس التقييم الشامل لها، فتشمل تقييم أداء المستخدمين والإدارة بالإضافة إلى تقييم أداء الأجهزة والمعدات وتقييم الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية.

وفيما يلي مجموعة من المؤشرات والمعايير الكمية والوصفية التي يمكن استخدامها لتقييم كفاءة وفعالية الأداء في أي مؤسسة صحية وخاصة المستشفيات باعتبارها أهم المؤسسات الصحية، ومعرفة التقدم الحاصل في أعمالها.

3-1- تقييم أداء العاملين بالمستشفى

إن تقييم أداء العاملين بالمستشفى يتم عبر مجموعة من مؤشرات الأداء، تتمثل في: [سيد محمد جاد الرب، 2008، ص230]

- معدل الأطباء/الممرضين إلى السكان: يقيس هذا المؤشر عدد السكان الذين يستفيدون من خدمات الطبيب والممرض، وقد قُدرت هذه المعدلات حسب إحصائيات المنظمة العالمية للصحة في تقريرها لسنة 2011 كما يلي:

الجدول رقم (3): مؤشرات استفادة السكان من الخدمات الصحية لمجموعة من الدول لسنة 2009

| المؤشر ↓ | البلد ← | الجزائر | تونس | فرنسا | ألمانيا | الإقليم الأوربي |
|-----------------------------------|---------|---------|------|-------|---------|-----------------|
| كثافة الأطباء / 10000 نسمة | | 12,1 | 11,9 | 35 | 35,3 | 33,3 |
| كثافة الممرض + قابلة / 10000 نسمة | | 19,5 | 32,8 | 89,4 | 108,2 | 74,7 |
| كثافة جراح أسنان / 10000 نسمة | | 3,3 | 2,4 | 6,8 | 7,7 | 4,9 |
| كثافة صيدلي / 10000 نسمة | | 2,4 | 2 | 12,3 | 6 | 5,4 |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2011.

نلاحظ من خلال الجدول أن معدل الأطباء الذين يقدمون خدمات طبية وعلاجية لـ 10.000 نسمة بالجزائر يقدر بـ 12.1، في حين يبلغ هذا المعدل 35 و 35.3 في كل من فرنسا وألمانيا على التوالي باعتبارهما دولتان رائدتان في تقديم الخدمات الصحية، وينطبق ذلك على باقي المؤشرات حيث نجد أن معدل الممرضين والقابلات في ألمانيا يمثل 5 أضعاف معدل الممرضين والقابلات الذين يقدمون خدمات صحية لـ 10.000 نسمة بالجزائر.

إذن: تبقى الجزائر بعيدة نسبيا عن معدلات الأداء السائدة في المنطقة الأوروبية و المحددة من طرف المنظمة العالمية للصحة كما هي مسجلة في الجدول أعلاه.

و نشير هنا أن نسبة التغطية الطبية في الجزائر تختلف من منطقة لأخرى ومن ولاية لأخرى في نفس المنطقة وهذا راجع لتركز الهياكل الصحية العمومية، وجود كليات للعلوم الطبية وأعداد كبيرة من الأطباء الأخصائيين في مناطق دون أخرى [Brahim Brahamia, 2010, p373]، كما أن نسبة التغطية بالنسبة للعنصر الأنثوي قد عرفت تزايدا في السنوات الأخيرة في مناطق الشمال، إلا أنها تبقى ضعيفة فيما يخص الممرضات مقارنة ببعض الدول المتقدمة خاصة في بعض المجالات كأمراض النساء وحماية الأمومة [F.zohra Oufriha, p 04].

- نسبة الأطباء/المرضى إلى الأسرة: هو معدل ما يخدمه الطبيب أو الممرض من أسرة، ويختلف من بلد لآخر ومن مستشفى لآخر حسب عدد الأطباء والمرضى والأسرة واتجاهات المرضى الذين يفضلون مراجعة العيادات الخاصة والمستشفيات، وقد قدرت المعدلات العالمية بـ 4 طبيب/أسرة، وممرض/2 سرير.
- نسبة الأطباء/المرضى إلى المرضى: يبين هذا المؤشر حجم الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى، فكلما زادت نسبة الأطباء والمرضى إلى عدد المرضى كلما دل ذلك على زيادة كفاءة الخدمة والوقت المخصص للمريض.
- معدل عملية جراحية/ سرير سنويا: يوضح هذا المؤشر عدد العمليات التي تمت في السنة بالنسبة للسرير الواحد سنويا، كما يقيس سرعة النشاط وحركة الأداء المستمرتين.
- ما يؤخذ على هذا المؤشر هو عدم الفصل بين العمليات الناجحة والفاشلة ومدة كل عملية.
- معدل فيلم أشعة/ سرير سنويا: ويعكس كفاءة أداء مختصي الأشعة.

ويمكن مقارنة هذه المؤشرات بالنسب الدولية المحددة للأداء الأمثل، لكن القياس لا يدخل فيه عناصر القياس النوعي، حيث تختلف الخدمة اللازمة والمقدمة من مريض لآخر حسب حالته، فهناك ظواهر غير ملموسة مثل: راحة المريض، استقراره الذهني، درجة الرضا، ويمكن فقط الوصول إلى مستوى معين من القياس عن طريق استخدام قوائم الاستقصاء.

وفي ظل تعدد المهن الصحية وغير الصحية العاملة في المستشفى فلا بد على كل مؤسسة صحية من وضع معايير مناسبة قدر الإمكان من النواحي الكمية والنوعية والفترة الزمنية لإنجاز العمل، إضافة إلى التكلفة وترجمة تلك المعايير إلى كميات تسهل الاستفادة منها.

3-2- تقييم أداء الموارد المادية

- نقصد بالموارد المادية الموجودات الثابتة من أبنية، معدات وأجهزة فنية ضرورية لتقديم الخدمات الصحية بالإضافة إلى الموارد المالية، يتم تقييم أدائها من خلال مؤشرات قياس كفاءة استخدامها كما يلي:
- تكاليف العلاج لمريض واحد: وهي تعبر عن مدى استخدام الموارد المادية، وذلك بافتراض أنه كلما زادت تكلفة العلاج دون أن يصاحب ذلك زيادة في مستوى الخدمات فهذا مؤشر عن انخفاض كفاءة استخدام الموارد المادية، أما إذا كانت تكاليف علاج المريض الواحد ثابتة وصاحب ذلك زيادة في مستوى الخدمات الصحية فهذا مؤشر على زيادة كفاءة الخدمات الصحية المقدمة.

ونظرا لأهمية تحديد تكاليف العلاج بصورة صحيحة، فقد اهتمت كل من هيئة الأمم المتحدة والمنظمة العالمية للصحة بتعريفها وتصنيفها حيث قسمتها إلى نوعين:

(1) نفقات جارية: تتضمن الأجور المدفوعة لجميع العاملين في الخدمات الصحية من أطباء، ممرضين، فنيين وإداريين إضافة للنفقات المدفوعة لشراء الأغذية واستبدال المعدات وصيانة الأبنية وباقي المستلزمات الضرورية.

(2) نفقات رأسمالية: تشمل تكلفة شراء الأراضي لغرض بناء المستشفيات ومؤسسات تقديم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى التكاليف الأولية لشراء الأدوات والأجهزة الخاصة بتقديم الخدمات الصحية.

- **نسبة شغل السرير الواحد:** هو مؤشر عن الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة وزيادة كفاءة الخدمات الصحية، فكلما زادت نسبة شغل السرير الواحد كلما انخفضت الطاقات العاطلة بالمستشفيات، وتعتبر نسبة 80-90% النسبة المثلى لشغل السرير، حيث تشير إلى درجة عالية من الكفاءة في استخدام الأسرة المتوفرة مع وجود مرونة وفائض ضروري للظروف الاستثنائية لأن معدل 100% قد يعكس وجود نقص وعجز في الأسرة، وبحسب بنسبة [إجمالي عدد الأيام الاستشفائية/ (عدد الأسرة × 365) × 100].

- **فترة مكوث المريض الواحد:** هذا المؤشر له علاقة بالمؤشر السابق، فكلما انخفضت فترة مكوث المريض الواحد كلما زاد معدل شغل السرير الواحد، وهذا ما يشكل استغلالاً أمثل وصحيح للطاقة الاستيعابية للمستشفى، وقد قدر المعدل العالمي لمتوسط فترة الإقامة حسب المنظمة العالمية للصحة بـ 7 أيام.

يوجد أيضا مجموعة من المعايير لتقييم أداء الأجهزة والموجودات الرأسمالية: [صلاح محمود نياب، 2009، ص

[322

- (1) مدى ملاءمة الأبنية والالتزام بالإنشاء والتصاميم حسب الأساليب العلمية المعتمدة.
- (2) مدى وجود قائمة فحص لمختلف الأجهزة مثل: الثلجات، المكيفات، المصاعد، إلخ.
- (3) مدى جاهزية المعدات كمولدات الكهرباء، خزانات المياه، التمديدات والمجاري الصحية.
- (4) مدى الالتزام بسلسلة تقديم الطعام ابتداء من استلام اللوازم وتخزينها وطهيها إلى غاية تقديمها والتخلص من الفضلات والنفايات.
- (5) مدى توفر نظام اتصالات آلي ووجود إشارات إرشادية إلكترونية تفي بالغرض.
- (6) مدى توفر برامج ودورات تدريبية للفنيين في مجال التشغيل وصيانة الأجهزة.

3-3- تقييم أداء إدارة المستشفى

يمكن الحكم على أداء إدارة المستشفى من خلال تقييم أداء مختلف الأقسام الطبية، الفنية، الإدارية

المكونة للمستشفى كما يلي: [صلاح ذياب، 1995، ص 314]

أ- قسم الجراحة:

- عدد العمليات الجراحية/عدد الأطباء الجراحين.
- عدد العمليات الملتهبة/ إجمالي عدد العمليات.
- عدد الأخطاء الطبية/عدد الأطباء الكلي.
- عدد العمليات الجراحية/عدد غرف العمليات.
- عدد الأخطاء الطبية/عدد المرضى.

ب- قسم التمريض:

- عدد الممرضين/عدد الأطباء.
- عدد الشكاوى/عدد الممرضين بالقسم.
- عدد الممرضين/عدد المرضى.
- عدد الأخطاء المرتكبة/ إجمالي النشاطات التي يؤديها الممرضين.

ج- قسم الصيدلة:

- عدد الوصفات الطبية/ عدد الصيادلة والمساعدين.
- عدد الوصفات التي صُرُفت بالخطأ/ إجمالي عدد الوصفات.
- عدد الأدوية التالفة أو منتهية الصلاحية/ مجموع الأدوية الموجودة بالصيدلية.

د- قسم الصيانة:

- عدد الأجهزة التي خضعت للصيانة/ عدد الأجهزة الكلي.
- عدد أخطاء الصيانة/ مجموع العاملين.
- عدد أخطاء الصيانة/ إجمالي طلبات الصيانة من كل قسم.
- عدد أخطاء الصيانة/إجمالي طلبات الصيانة.

هـ- قسم الإدارة والمالية:

- سهولة إجراءات وأساليب العمل وسرعتها.
- دقة التقارير الصادرة عن القسم وشموليتها.
- عدد ونسب الأخطاء في التقارير والبيانات.

3-4- تقييم الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى

تعتبر الخدمات الصحية مخرجات المنظومة الصحية والمرآة العاكسة لأداء المؤسسات الصحية، يرتبط تقييمها بمفهوم الجودة والتي يمكن تعريفها من محورين:

- المحور الأول: من منظور الزبون (المريض/المستفيد)، وهي ملاءمة وموافقة الخدمة الصحية للاستخدام والاحتياجات.

- المحور الثاني: من منظور المؤسسة الصحية مُقدمة الخدمة، وهي مدى مطابقتها للخدمات للمعايير الموضوعية، وتُقاس الجودة بدرجة الفرق بين الخدمة المقدمة فعلاً والخدمة المتوقعة حسب المعايير الموضوعية [صلاح محمود ذياب، 2009، ص319].

ويمكن قياس كفاءة هذه الخدمات من خلال بعض المؤشرات مثل:

- (1) متوسط الإصابة بمرض معين لكل 1000 نسمة.
- (2) نسبة عدد المرضى لكل 1000 نسمة.
- (3) نسبة انتشار مرض معين لكل 1000 نسمة.

كما يمكن الحكم على أداء المؤسسات الصحية بصفة شاملة من خلال مؤشرات عامة تتمثل في:

أ- مؤشرات عامة على المستوى الاقتصادي:

- نسبة ميزانية وزارة الصحة/إجمالي ميزانية الدولة.
- الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج الداخلي الخام.
- نسبة الإنفاق الدوائي/الإنفاق الصحي.
- نسبة الإنفاق الدوائي/الإنفاق الإجمالي.
- متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي/الدخل الإجمالي.
- معدل تكلفة السرير.

ب- مؤشرات حيوية: [سيد محمد جاب الرب، 2008، ص 658]

- معدل النمو السكاني.
- متوسط العمر المتوقع عند الميلاد.
- معدل وفيات الأطفال.
- معدل وفيات الأمومة.
- نسبة النساء في سن الخصوبة اللائي يستعملن حبوب منع الحمل.

وفيما يلي سنعرض جدولاً لمعدلات بعض هذه المؤشرات لمجموعة من الدول:

الجدول (4): معدلات بعض المؤشرات الحيوية لمجموعة من الدول لسنة 2009

| متوسط المعدل العالمي | معدل الإقليم الأوروبي | تونس | اليابان | و.م. أ | ألمانيا | فرنسا | الجزائر | البلد ← المؤشر ↓ |
|----------------------|-----------------------|------|---------|--------|---------|-------|---------|---|
| 60 | 13 | 21 | 3 | 8 | 4 | 4 | 32 | وفيات الأطفال لأقل من 5 سنوات/1000 ولادة حية |
| 260 | 21 | 60 | 6 | 24 | 7 | 8 | 120 | وفيات الأمومة/100,000 ولادة حية |
| 66 | 98 | / | 99 | 99 | 99 | / | 95 | نسبة الولادات بإشراف فريق طبي مؤهل (%) |
| 80 | 97 | 96 | / | / | 100 | 100 | 89 | التغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل لزيارة على الأقل (%) |
| 87 | 98 | 85 | 100 | 99 | 100 | 100 | 83 | السكان الذين يستخدمون مصادر محسنة لمياه الشرب (%) |
| 82 | 94 | 98 | 94 | 92 | 96 | 96 | 88 | نسبة التغطية بالتطعيم للأطفال في السنة الأولى من العمر |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتماداً على تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2011

من خلال الجدول نلاحظ أن نسب مؤشرات أداء المؤسسات الصحية بالجزائر لم ترقى إلى نسب الدول الأوروبية وأحياناً حتى المعدلات العالمية، فوفيات الأطفال لأقل من 5 سنوات لكل 1000 ولادة حية بالجزائر تمثل ثمانية مرات ضعف المعدل السائد في كل من فرنسا وألمانيا، أما بالنسبة لوفيات الأمومة لكل 100.000 ولادة حية فقد بلغت 120 وهي الأعلى مقارنة بالدول الأخرى، لكنها منخفضة نسبياً مقابل متوسط المعدل العالمي المقدر بـ 260 وفاة لكل 100.000 ولادة حية، أما باقي المؤشرات المتعلقة بنسبة "الولادات بإشراف فريق طبي مؤهل" والتي تبين الفروقات الموجودة بين الدول فيما يخص الكفاءة، تكوين الفرد الصحي والتغطية العلاجية التي تسمح بمعرفة التدخلات الصحية التي يستفيد منها الأفراد الذين يحتاجونها، "استعمال مياه الشرب المعالجة" و"نسبة تغطية تطعيم الأطفال" فهي متقاربة نسبياً مع المعدلات الأوروبية والدول الأخرى وأحياناً أفضل من متوسط المعدلات السائدة عالمياً.

ج- مؤشرات اجتماعية:

- نسبة التعليم والامية.
- نسبة اليد العاملة في ظروف صحية جيدة.
- درجة العدالة في توزيع الموارد بين مختلف مؤسسات القطاع الصحي.
- حجم البرنامج الإعلامي التثقيفي والتوعوي في مجال الخدمات الصحية من خلال:
 - (1) عدد ساعات البث التلفزيوني والإذاعي عن الوعي الصحي يوميا وأسبوعيا.
 - (2) المساحات المخصصة على صفحات الجرائد والمجلات للإرشاد الصحي والطبي.
 - (3) عدد المؤتمرات والندوات الصحية التثقيفية مقارنة بالندوات الصحية العالمية.

3-5- تقييم أداء المستشفى:

يتم تقييم أداء المستشفى من خلال المؤشرات الآتية:

3-5-1- الفاعلية

وهي مدى تحقيق المؤسسة لأهدافها، فضلا عن الأهداف المشتركة لكل المؤسسات مثل: البقاء، الاستمرارية والتكيف، فإن الأهداف التقنية الأساسية للمستشفيات هي تقديم خدمات وقائية، علاجية وتعليمية. وقياس قدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها يجب أن يكون من خلال مؤشرات عديدة تبين حصيلتها النهائية درجة فاعليتها كما يلي: [رعد رزوق أسطيفان وآخرون، 1984، ص345]

- **مدى توفر البنية التحتية:** يعتبر توفر الهياكل الصحية مستلزما أساسيا لتقديم الخدمات الصحية وبالتالي مؤثر غير مباشر لفاعلية الخدمات الصحية، ويجب الأخذ بعين الاعتبار مقارنة تزايد عدد الهياكل الصحية مع تزايد عدد السكان مثلا: معدل ما يخدمه المستشفى من سكان، وفيما يلي سنعرض جدولاً لبعض مؤشرات توفر الهياكل اللازمة لتقديم الخدمات الصحية:

الجدول(5): بعض مؤشرات توفر هياكل تقديم الخدمات الصحية لمجموعة من الدول لسنة 2009

| المؤشر ↓ | البلد ← | الجزائر | فرنسا | تونس | ألمانيا |
|--------------------------------|---------|---------|-------|------|---------|
| عدد الأسرة/ 10 000 نسمة | | 17 | 71 | 21 | 82 |
| عدد وحدات الأشعة/ 1 مليون نسمة | | 0,5 | 6,5 | 1,1 | 6,5 |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على إحصاءات المنظمة العالمية للصحة لسنة 2011

نلاحظ أن عدد الأسرة في الجزائر هو 17 سرير لكل 10.000 نسمة، وهي نسبة ضئيلة إذا ما تمت مقارنتها بمعدل المنطقة الأوروبية المقدر بـ 62 سرير/10.000 نسمة حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة،

في حين بلغ هذا المعدل 71 بالنسبة لفرنسا و82 لألمانيا، وقد بلغ 143 سرير/10.000 نسمة باليابان حسب نفس التقرير، كذلك عدد وحدات الأشعة في كل من الجزائر وتونس لـ 1 مليون نسمة قد بلغت 0.5 و 1.1 على التوالي، إلا أنها مازالت بعيدة عن تلك المعدلات السائدة في كل من فرنسا وألمانيا والتي تبلغ 6.5 وحدة لكل 1 مليون نسمة أو معدل المنطقة الأوروبية الذي يبلغ 3.9 وحدة/1 مليون نسمة.

- **الموارد البشرية في المستشفيات:** بالإضافة إلى ضرورة توفر المستشفيات لتقديم الخدمات الصحية، لا بد من توفر الموارد البشرية من ذوي المهن الطبية (أطباء) وذوي المهن الصحية (ممرضين وفنيين) وذوي المهن الإدارية وغيرها، فعدم توفر هذه الموارد البشرية المتخصصة والمؤهلة يحول دون تقديم الخدمات الصحية.

- **الموارد المادية المتاحة للمستشفى:** من بين المستلزمات الأساسية لتقديم الخدمات الصحية توافر الموارد المادية من معدات وتجهيزات وأدوات طبية، وذلك باستخدامها بكفاءة وترشيد الإنفاق بما يحقق أهداف المستشفى.

- **معدل الإصابات والوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية والطفيلية:** يعتبر القضاء على الأمراض المعدية من أهداف المستشفى، وبالتالي يعد معدل الإصابات مؤشر عن مدى تحقيق المستشفى لأهدافه.

- **معدل وفيات الأطفال المولودين حديثا:** يعكس هذا المؤشر المستوى الصحي للأم الحامل وكذلك مستوى الخدمات الصحية المتوفرة، وأهمية هذا المؤشر تكمن في كون رعاية الأمومة أحد المهام الفرعية للخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات، حيث بلغت هذه النسبة 11 وفاة لكل 1000 ولادة حية بالجزائر، وفي تونس 10 وفيات/1000 ولادة حية، في حين تبلغ في فرنسا 4 وفيات/1000 ولادة حية [Rapport OMS, 2011]

إذن؛ كلما انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع كلما زاد افتراضنا بزيادة فاعلية الخدمات الصحية وتحسن المستوى الصحي.

3-5-2- الإنتاجية

في بادئ الأمر لم يكن الاهتمام منصب سوى بالإنتاجية الصناعية ولم تلق إنتاجية القطاعات الخدمية بشكل عام والخدمات بشكل خاص اهتمام وذلك:

- 1) لكون الدولة هي المسؤولة عن تقديم الخدمات، وبالتالي لم يهتم القطاع الخاص بإنتاجية الخدمات.
 - 2) الاهتمام بإنتاجية المؤسسات الصناعية هو معرفة الإنتاجية الحدية لليد العاملة، وبالتالي فهو هدف متعلق بالأرباح ولم يكن هذا الدافع متوفر بالنسبة للخدمات الصحية.
 - 3) الاعتقاد السائد أن النفقات على الخدمات هي نفقات استهلاكية.
 - 4) صعوبة قياس إنتاجية الخدمات مقارنة بإنتاجية المشاريع الصناعية.
- لكن حالياً أصبح هناك العديد من المؤسسات تختص بتقديم الخدمات نتيجة تزايد الطلب عليها، وتهدف إلى الربح كما هو الحال بالنسبة للمؤسسات الصناعية، وقد ساهم تطور النظريات الاشتراكية في توجيه الأنظار إلى المبالغ المنفقة على الخدمات، حيث اعتبرت نفقات استثمارية وليست نفقات استهلاكية على اعتبار أن الفرد هو القيمة العليا للمجتمع، فهو هدف وليس وسيلة والخدمات المقدمة له هي نشاطات إنتاجية وليست استهلاكية، بالإضافة إلى أن تقديم خدمات تعليمية وصحية جيدة يؤدي بشكل غير مباشر إلى رفع كفاءة وقدرة الموارد البشرية في باقي القطاعات الاقتصادية، ويمكن اعتماد المؤشرات التالية لتقييم إنتاجية وحجم العمل في المستشفيات:

- عدد المرضى المترددين على المستشفيات (طالبي الخدمات الصحية): كلما زاد عدد المرضى ← زاد حجم العمل.
- تحويل المرضى إلى مستشفيات أخرى: فكلما زاد العدد دل على عدم توفر الخدمة والأجهزة والمعدات والموارد البشرية.
- عدد المرضى المقيمين بالمستشفى.
- متوسط عدد الوجبات المقدرة وفق معدل شغل الأسرة.
- عدد العمليات الجراحية في المستشفى.
- عدد الأفراد الملقحين.
- معدل دوران السرير: يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين يخدمهم سرير خلال فترة زمنية معينة (سنة)، ويحسب بنسبة [عدد حالات الخروج في سنة معينة / عدد الأسرة في نفس السنة].
- متوسط فترة الإقامة.
- عدد طلبة كليات الطب والمتخرجين من المعاهد والمشاركين في الدورات التدريبية للمستشفيات.

3-5-3- الكفاءة

وهي كيفية استخدام المؤسسة الصحية لمواردها المادية والبشرية المتاحة بما يحقق أهدافها، ونظرا لاختلاف أهداف المستشفيات وتنوع الخدمات الصحية المقدمة فإنه من الضروري تحديد الكفاءة بوضع المعايير الأساسية المستخدمة لقياسها من خلال كل عنصر من عناصر المدخلات والمخرجات المرتبطة بتقديم الخدمة الصحية، وتشمل هذه المعايير كل من كمية الزمن، تكلفة وجودة الأداء كما يلي: [إنجلاء مرزوق، 1989، ص 87]

- كمية أو حجم الأداء: نظرا لصعوبة الاعتماد على حجم المخرجات كأساس للحكم على كفاءة الخدمات، فإننا نعتمد على مدخلات الخدمة الصحية للقياس من خلال الأنماط الموضوعية مثل: عدد الأسرة في كل حجرة داخل الأقسام، المساحة بين الحجرات، مواصفات المباني.
- زمن الأداء: يمكن وضع معايير لزمن أداء بعض الخدمات الصحية، حيث تستخدم الطرق الإحصائية لتحديد الوقت المقبول لأداء الخدمة الصحية، وهو الوقت الفعلي المستغرق لأداء الخدمة الصحية مع استبعاد الوقت الضائع لانتظار المرضى، الإجراءات الإدارية وتعطل الأجهزة.

- جودة الأداء، وتقاس من خلال المؤشرات الآتية:

(1) الأخطاء الطبية.

(2) مدى رضا الأخصائيين عن الخدمة المقدمة باستخدام معدلات دوران العمل والغياب.

- تكلفة الأداء: وذلك بحساب التكاليف المرتبطة بالخدمة من موارد مادية وعمالة بالإضافة إلى التكاليف غير المباشرة (مياه، كهرباء،... إلخ).

بعد دراسة المبحث الثاني تبين أن الموارد البشرية من أهم عناصر تقديم الخدمات الصحية إلى جانب توفر الموارد المادية متمثلة في المؤسسات الصحية والمستشفيات، وأداؤها هو المحدد لجودة ونوعية الخدمة الصحية.

خلاصة الفصل الرابع

من خلال عرض هذا الفصل رأينا كيف أن عملية التقييم تتركز على أداء الموارد البشرية الطبية، التمريضية والفنية العاملة بالمستشفى لما لهم من دور أساسي في تحقيق أهداف المستشفى، والتقييم الجيد للموارد البشرية ينعكس إيجابيا على تقييم مختلف الجوانب في المستشفى.

وأن المنظومة الصحية في الجزائر لازالت تعاني من نقص في الهياكل والتنظيم مقارنة بالدول الرائدة في تقديم الخدمات الصحية كما تبين من خلال بعض مؤشرات قياس الأداء الصحي، وهذا ما يدفع أحيانا إلى نشوب نزاعات بين مختلف الموارد البشرية المنوطة بتقديم الخدمات الصحية والإدارة الوصية بسبب تجميد الأجور، سوء وتدهور ظروف وشروط العمل التي تعتبر عائقا لأداء الأعمال وتقديم الخدمات لمحتاجيها بالشكل الأمثل وزيادة الضغط على مستوى المؤسسات الصحية بسبب نمو الطلب على الخدمات الصحية خاصة في المناطق ذات الكثافة السكانية والهياكل الصحية، لذا سنتطرق في الفصل الخامس إلى تأثير التمثيل العمالي والنزاعات على أداء الموارد البشرية من خلال الدراسة الميدانية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس بقسنطينة.

الفصل الخامس:

تأثير التمثيل العمالي والنزاعات على أداء

الموارد

البشرية،

دراسة حالة المستشفى الجامعي ابن باديس، قسنطينة

تمهيد

مكنتنا دراسة الفصول السابقة من معرفة أن التمثيل العمالي جاء نتيجة تطور علاقات العمل، وقد أصبح له أشكال مختلفة على مستوى المؤسسة الحديثة، يعمل على تمثيل العمال أثناء المفاوضات مع صاحب العمل لتسوية النزاعات التي غالباً ما تكون حول تحديد الأجور وتحسين شروط العمل بغية أداء المهام والأنشطة بكفاءة وفاعلية، وهذا ما سيتم اختباره في الدراسة الميدانية.

نهدف من خلال الدراسة التطبيقية إلى البحث عن الارتباط بين التمثيل العمالي ونشوب النزاعات وتأثيره على أداء الموارد البشرية في مستشفى قسنطينة الجامعي.

لمعرفة طبيعة هذا الارتباط - إن وُجد -، قمنا بتوزيع عدد من استمارات الاستبيان على عينة من مستخدمي كل الأسلاك المهنية ممثلة في: الأطباء الاستشفائيين الجامعيين، الأطباء المتخصصين، الممارسين الطبيين، شبه الطبيين، أخصائيي علم النفس، الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش، القابلات، مستخدمي المخابر، مسيري الهياكل الصحية والمهنيين، لمعرفة رأيهم في تمثيلهم العمالي، النزاعات ومدى تأثيرها على أدائهم وانعكاس ذلك على جودة الخدمة الصحية المقدمة.

نعرض في هذا الفصل ثلاثة مباحث، الأول يقدم المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، الثاني يعرض خصائص الدراسة الميدانية بوصف مجتمع وعينة البحث بالإضافة إلى استمارة الاستبيان، أما المبحث الثالث

فيتم فيه عرض مؤشرات الأداء حسب رأي عينة من المستخدمين، وفيما يلي نتناول بالبحث بطاقة فنية للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس.

المبحث الأول:

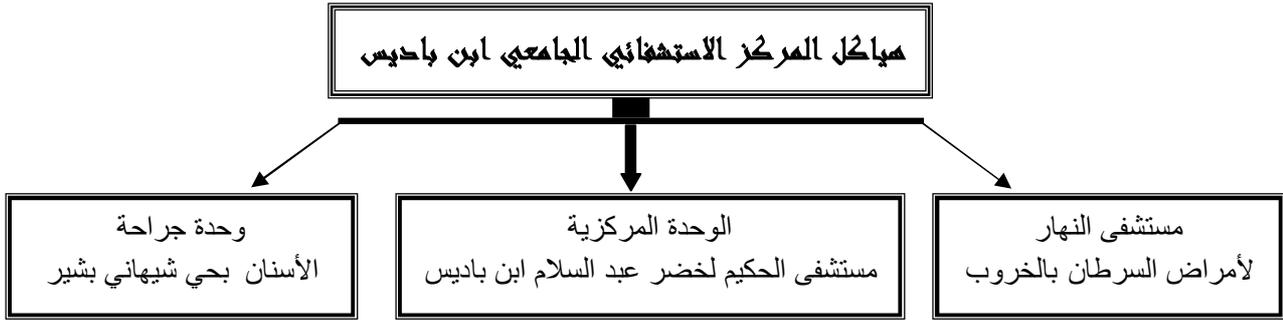
بطاقة فنية لمستشفى ابن باديس الجامعي بقسنطينة

1- نبذة تاريخية عن مستشفى الحكيم ابن باديس الجامعي بقسنطينة

تمثل المراكز الاستشفائية الجامعية العمومية أكبر المؤسسات الصحية من حيث تقديم الخدمات الصحية سواء الطبية أو العلاجية لما لها من إمكانيات وقدرات تساهم في التنمية الصحية. ويعتبر المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس بقسنطينة من أهم وأكبر المراكز الاستشفائية الجامعية الوطنية لكونه يغطي 17 ولاية من الشرق الجزائري فيما يخص تقديم الخدمات الصحية. قبل أن يحتل هذه المكانة، كان مستشفى ابن باديس كدير لإيواء الطالبات وتكوين الراهبات ليتحول سنة 1948 إلى مستشفى عسكري، ثم مركز استشفائي جهوي سنة 1960 وذلك إلى غاية 1981، أين تم إنشاء القطاع الصحي الجامعي ابن باديس لمدينة قسنطينة، ليتم تسميته بـ " المركز الاستشفائي الجامعي بقسنطينة - CHUC - " بموجب المرسوم التنفيذي رقم 86-298 المؤرخ في 14 ربيع الثاني 1407 الموافق لـ 16 ديسمبر 1986.

هذه التسميات المتعاقبة ترجع إلى تزايد قدرته الاستيعابية، وقد عرفته المادة 4 من المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان 1418 الموافق لـ 2 ديسمبر 1997 على أنه: « مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي مكلفة بمهام التشخيص، الكشف والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة والبحث وذلك بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في علوم الطب». يتربع المركز الاستشفائي الجامعي لقسنطينة على مساحة 13 هكتار، 5 هكتارات على شكل بنايات بسعة 1427 سرير تقني، موزعة على الهياكل المبينة في الشكل الآتي:

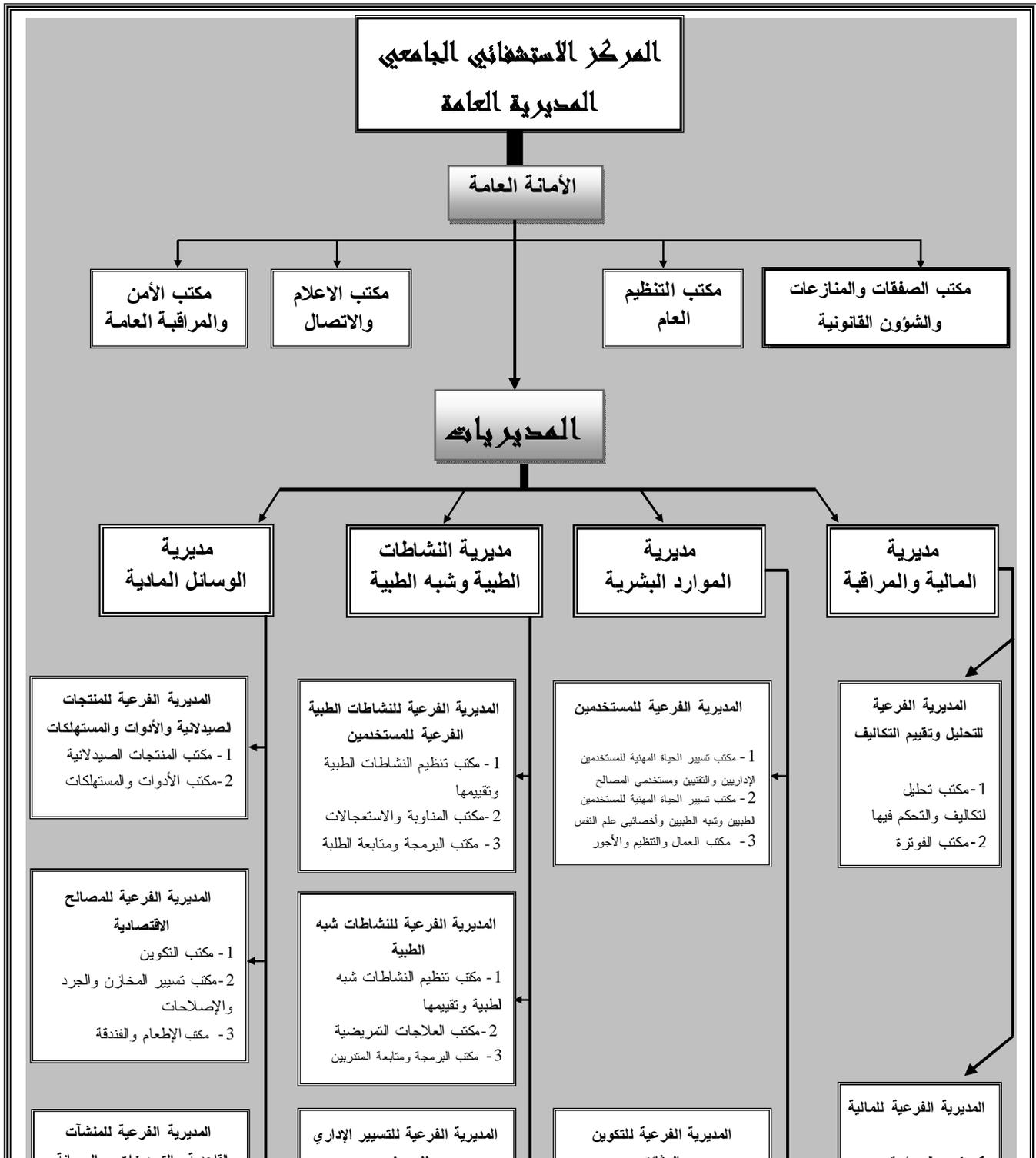
الشكل(22): هياكل المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، قسنطينة



المصدر: من إنجاز الطالبة اعتمادا على وثائق الأمانة العامة لسنة 2012

يعمل على تسيير أنشطة المركز الاستشفائي الجامعي الهياكل الإدارية الممثلة في الشكل الآتي:

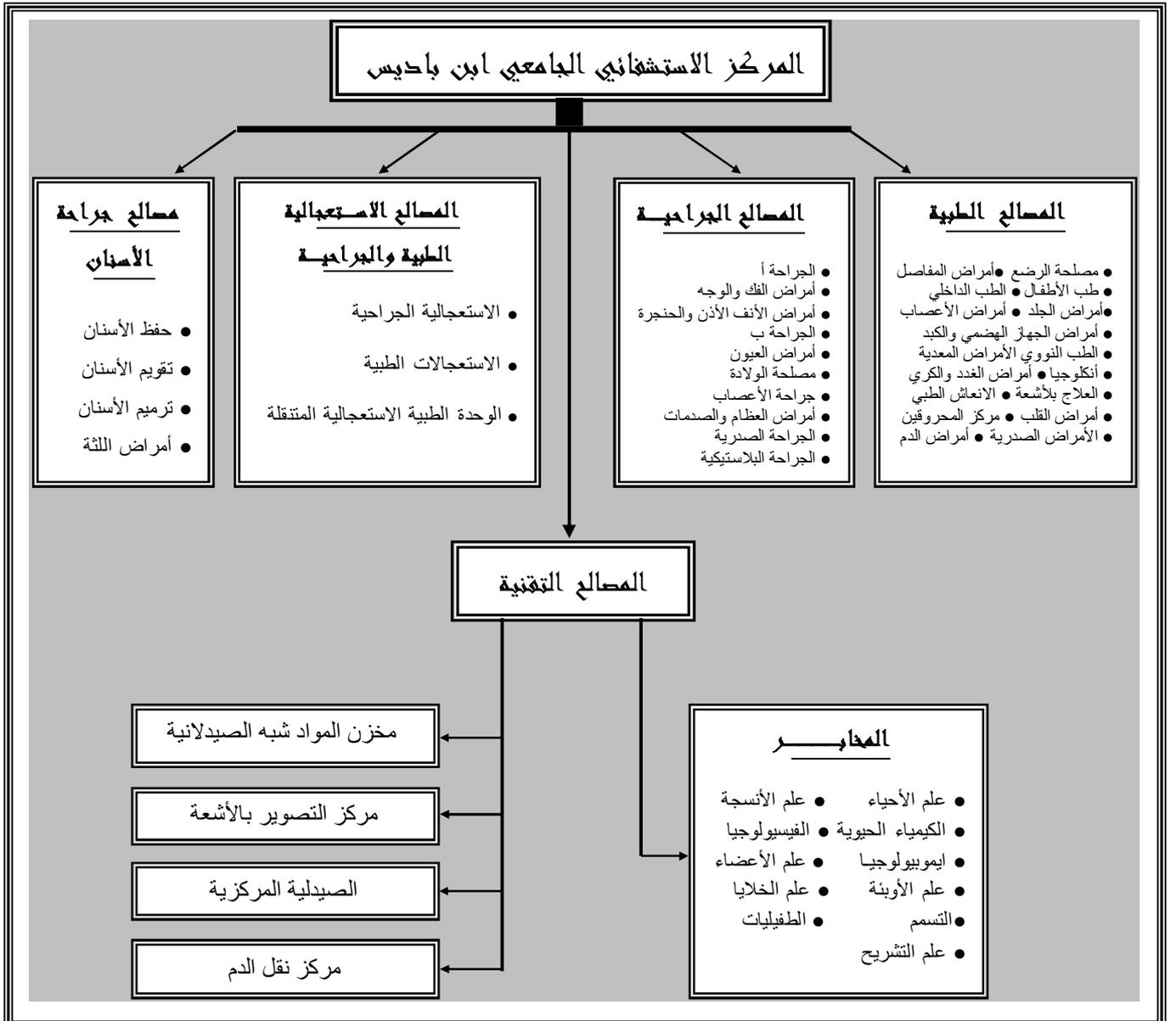
الشكل (23): الهيكل الإداري للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، قسنطينة



المصدر: من إنجاز الطالبة اعتمادا على وثائق الأمانة العامة لسنة 2012

تعمل أيضا هذه الهياكل الإدارية على تنظيم المصالح الاستشفائية الجامعية والوحدات الاستشفائية المكونة حسب النشاط، والتي أنشأت تنفيذا للمادة 03 من المرسوم التنفيذي 86-25 وطبقا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 22 ماي 1993 م المتضمن التعريف، تنظيم وسير المصالح الاستشفائية الجامعية والوحدات المكونة لها، والشكل الآتي يبين توزيع المصالح الاستشفائية الجامعية للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس:

الشكل(24): توزيع المصالح الاستشفائية الجامعية للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس



المصدر: من إنجاز الطالبة اعتمادا على وثائق الأمانة العامة لسنة 2008

2- الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس

يعمل على تنفيذ مهام ووظائف المركز الاستشفائي الجامعي مجموع الموارد البشرية بمختلف فئاتها المتواجدة على مستوى الهياكل التنظيمية، الإدارية والتقنية ومختلف المصالح الاستشفائية الجامعية، حيث بلغ إجمالي المستخدمين في 31-12-2008، 7825 مستخدم موزعين على أربعة فئات كما يبينه الجدول الآتي:

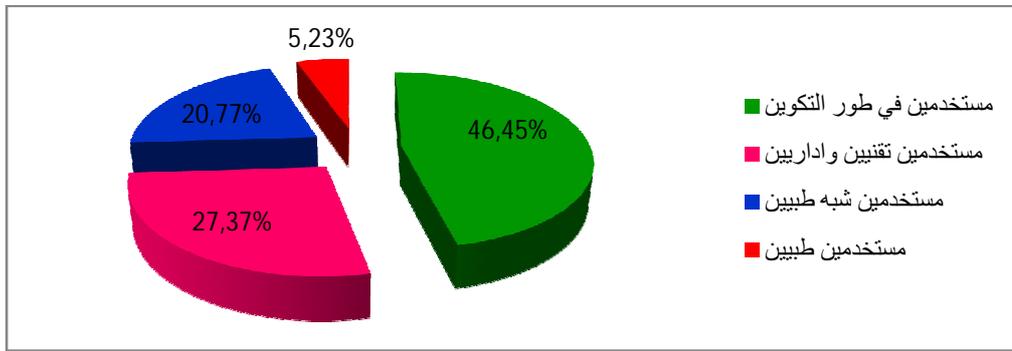
الجدول(6): توزيع المستخدمين بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس لسنة 2008

| المجموع | | المستخدمين | الفئة |
|--------------|----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| % | <i>f_i</i> | | |
| 0,82 | 64 | أساتذة التعليم العالي | المستخدمين الطبيين |
| 0,17 | 13 | أساتذة محاضرين | |
| 2,95 | 231 | أساتذة مساعدين | |
| 0,7 | 55 | أطباء الصحة العمومية | |
| 0,58 | 46 | الأطباء العاميين | |
| 0,19 | 15 | الأطباء النفسيين | |
| 5,41 | 424 | | المجموع |
| 18,82 | 1473 | الممرضين | المستخدمين شبه الطبيين |
| 0,98 | 77 | الممرضين المؤهلين | |
| 0,96 | 75 | مساعدي التمريض | |
| 20,77 | 1625 | | المجموع |
| 4,47 | 350 | الإداريين | المستخدمين التقنيين والإداريين |
| 20,03 | 1567 | التقنيين | |
| 2,42 | 189 | أعوان مؤقتين | |
| 0,42 | 33 | المتعاقدين | |
| 0,03 | 2 | مستخدمين أجنب | |
| 27,37 | 2141 | | المجموع |
| 7,99 | 625 | أطباء مقيمين | مستخدمين في طور التكوين |
| 9,07 | 710 | داخليين | |
| 29,39 | 2300 | خارجيين | |
| 46,45 | 3635 | | المجموع |
| 100 | 7825 | | المجموع الكلي |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على وثائق مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية D.A.P.M لسنة 2008

وللتوضيح نعرض الشكل الآتي:

الشكل(25): توزيع المستخدمين بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس لسنة 2008



المصدر: من إنجاز الطالبة

نلاحظ أن مستشفى قسنطينة الجامعي يعتمد في تقديم خدماته وأداء مهامه على المستخدمين الذين هم في طور التكوين بنسبة تقدر بـ 46.45%، وهم طلبة في طور التكوين ما بعد التدرج في إطار التخصص الطبي وذلك من خلال نظامي المداومة والمناوبة الليلية، ليأتي بعدها المستخدمين الإداريين والتقنيين بنسبة 27.36% في مقدمتهم المستخدمين التقنيين ومستخدمي المصالح الاستشفائية، ثم المستخدمين شبه الطبيين بنسبة 20.76% وخاصة الممرضين لما لهم من ميزة التخصص وتقديم خدمات تحتاج إلى تكوين وتأهيل خاصين، وأخيرا المستخدمين الطبيين بنسبة 5.41% لما يتميزون به من كفاءة ومستوى عاليين، يتمثل دورهم في تكوين وتأطير طلبة التدرج وما بعد التدرج لضمان تقديم خدمات طبية وعلاجية ذات جودة وكفاءة.

ونشير هنا أن تقسيم وتصنيف المستخدمين المعتمد على مستوى المستشفى الجامعي ابن باديس لا يتطابق مع التسميات والتصنيفات الجديدة الواردة في القوانين الأساسية المنظمة طبقا للمراسيم التنفيذية الصادرة في الجرائد الرسمية والتي تصنف المستخدمين حسب الشعب، الأسلاك المهنية والرتب.

3- الموارد المالية للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس

حتى تتمكن إدارة المستشفى من أداء مهامها ويتم تقديم الخدمات الصحية سواء كانت طبية أو علاجية بكفاءة وفعالية لطالبيها على المستوى المحلي والجهوي، وبالإضافة لحجم الموارد البشرية المسخرة، يتم تخصيص موارد مالية يتحصل عليها المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، ليتم إنفاقها على مصاريف التسيير والتجهيز.

تعتمد المؤسسة الاستشفائية الجامعية ابن باديس في تمويلها على ميزانيتين، ميزانية التسيير التي ينفق 80% منها كأجور للمستخدمين وتغطية مصاريف الأدوية، وميزانية الاستثمار، تنفق على الصيانة وتجديد الهياكل القاعدية، اقتناء الأجهزة الكبيرة وبعض العتاد الطبي، حيث يحضر المدير العام للمركز الاستشفائي مشروع ميزانية يعرضه على مجلس الإدارة للمصادقة عليه، وقد قُدرت الميزانية المالية لسنة 2008 بـ 4511.2 مليون دج، كانت المصادر المحصل منها موضحة في الجدول الآتي:

الجدول(7): مصادر الموارد المالية لمستشفى ابن باديس الجامعي

الوحدة:

مليون دج

| نوع الإيراد | المبلغ | % |
|--|---------------|------------|
| مساهمة الدولة | 3178,2 | 70,45 |
| مساهمة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية | 1206 | 26,73 |
| تسديدات الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات | 18 | 0,4 |
| موارد متعلقة بالنشاط الفعلي للمستشفى | 19 | 0,42 |
| موارد إضافية | 90 | 2 |
| إجمالي الإيرادات | 4511,2 | 100 |

المصدر: من إعداد الطلبة اعتمادا على وثائق الأمانة العامة لسنة 2008

من خلال الجدول نلاحظ أن المستشفى الجامعي ابن باديس يعتمد في إيراداته على مساهمة الدولة بنسبة 70.45% وهذا ما يؤكد الطابع العمومي للمركز، في حين تمثل مساهمة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية 26.73% والتسديدات في إطار الخدمات الخاضعة لاتفاقيات نسبة 0.4%، أما الموارد المتعلقة بالنشاط الفعلي للمستشفى فقد بلغت 0.42% من إجمالي الإيرادات، وهي تمثل مدفوعات المرضى مقابل

تلقاهم خدمات على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي، فيما قدر فائض الميزانية لدورة 2007 بـ 90 مليون دج، تم إدراجه في إيرادات دورة 2008 بعنوان " موارد إضافية " بنسبة 2%.

أما مجالات إنفاق الموارد المالية للمستشفى يوضحها الجدول الآتي:

الجدول(8): نفقات المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس

الوحدة: مليون دج

| النسبة المئوية | المبلغ | نوع النفقات |
|----------------|---------------|------------------------------------|
| 36,84 | 1662 | نفقات المستخدمين |
| 10,71 | 483,2 | نفقات التكوين |
| 1,64 | 74 | التغذية |
| 35,02 | 1580 | الأدوية ومواد أخرى ذات استعمال طبي |
| 0,22 | 10 | نفقات النشاطات الخاصة بالوقاية |
| 8,43 | 380 | العتاد والأدوات الطبية |
| 2,22 | 100 | صيانة الهياكل الصحية |
| 4,34 | 196 | نفقات أخرى للتسيير |
| 0,56 | 25 | مساهمة الخدمات الاجتماعية |
| 0,02 | 1 | نفقات البحث الطبي |
| 100 | 4511,2 | إجمالي النفقات |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على وثائق الأمانة العامة لسنة 2008

من خلال الجدول نلاحظ أن نفقات المستخدمين تحتل المرتبة الأولى بنسبة 36.84% من إجمالي نفقات الميزانية، وتشمل:

- مرتبات المستخدمين المرسمين والمتعاقدين.
- مرتبات المستخدمين المتعاونين.
- أجور المستخدمين المناوبين واليوميين ولواحقها.
- التعويضات والمنح المختلفة المقدمة للمستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، الإداريين والمتعاونين.

- التكاليف الاجتماعية مثل: المنح العائلية، الضمان الاجتماعي، التأمين عن المسؤولية المدنية والأخطار المهنية، ريع حوادث العمل، تأمين البطالة والتقاعد المسبق.
- معاش الخدمة والأضرار الجسدية.

ليأتي بعدها الأدوية والمواد ذات الاستعمال الطبي بنسبة 35.03%، وتشمل:

- الأدوية، الضمادات و مواد المخابر.
- أفلام و مواد التصوير بالأشعة.
- أدوات صغيرة وملحقات طبية وجراحية.
- الغازات الطبية.
- نفقات على حساب السنة المالية المقفلة.

وفي المرتبة الثالثة نفقات التكوين بنسبة 10.71%، وتشمل:

- المرتبات المدفوعة للطلبة المقيمين.
- المنح والتعويضات المدفوعة للطلبة الداخليين والخارجيين.
- نفقات تكوين المستخدمين شبه الطبيين.
- نفقات التدريبات قصيرة الأمد كالمح الدراسية، مصاريف السفر ومصاريف التسجيل والدراسة.
- المصاريف المتعلقة بالعطل العلمية والمؤتمرات والملتقيات.
- مصاريف التكوين، تحسين الأداء وإعادة تأهيل المستخدمين.
- التكاليف الاجتماعية الخاصة بالمستخدمين في طور التكوين مثل: المنح العائلية، تأمين البطالة والضمان الاجتماعي.
- نفقات تغذية الطلبة والمتمرنين.
- مصاريف التسيير الأخرى كإقتناء العتاد والأثاث البيداغوجي وصيانته، الوثائق والاشتراك في المجالات والدوريات.

ثم العتاد والأدوات الطبية بنسبة 8.42%، ونشير هنا أن فائض الإيرادات المحقق لدورة 2007 تم تقديم طلب للوزارة الوصية بإعادة موازنته بالعنوان السادس " العتاد والأدوات الطبية " لتمكين المؤسسة من استغلال الفائض المالي لاقتناء جهاز "سكانير" ثاني لتخفيف الضغط والعبء عن الجهاز الأول، كما يمكن تفسير

ارتفاع هذه النفقات بارتباطها باستمرار بتقديم الأنشطة والخدمات العلاجية والصحية والتكوينية للمركز الاستشفائي الجامعي.

كما نلاحظ أن نفقات التسيير قد بلغت **4.34 %** من إجمالي النفقات، وتشمل:

- مصاريف مختلفة للتسيير مثل: مصاريف تسيير القابضين، أجور الخبراء، تسديد النفقات، مصاريف البريد والمواصلات، الإيجارات وتكاليف الكراء، التأمينات ضد الحرائق والأضرار المختلفة، مصاريف العقود والمنازعات، مصاريف الدفن، مصاريف نقل الخبراء الأجانب في مهمة قصيرة الأمد، بالإضافة إلى مصاريف مختلفة.
- اللوازم مثل: التدفئة، الإنارة، لوازم الماء والطاقة، لوازم المكتب والمطبوعات، الوثائق والاشتراك في المجالات والدوريات، مواد التنظيف المنزلي، الملابس وعدة الأسرة.
- اقتناء وصيانة العتاد، الأثاث والأدوات الصغيرة.
- حظيرة السيارات كالاقتناء والتجديد، شراء القسيمة، شراء الوقود والزيوت والعجلات وقطع الغيار.
- نقل السلع ومصاريف التنقلات.
- نفقات إعادة تكييف المرضى وإعادة إدماجهم.

فيما قدرت نفقات الصيانة بـ **2.22 %**، وتشمل:

- صيانة الهياكل الصحية وترميمها.
- صيانة المساحات الخضراء.
- شراء مواد البناء لأشغال الصيانة والترميم المنفذ من طرف الإدارة.

وشكلت نفقات التغذية والإطعام **1.64 %** من مجموع نفقات المركز الاستشفائي الجامعي، في حين نسبة المساهمة في الخدمات الاجتماعية كانت **0.56 %**، تتعلق بالخدمات الاجتماعية، النسبة المخصصة للتقاعد المسبق والنسبة المخصصة لتمويل السكن الاجتماعي، بالإضافة إلى نسبة **0.22 %**، تتعلق بالإنفاق على النشاطات الخاصة بالوقاية مثل: التلقيحات، الأمصال، حقول الزرع، المواد اللبينية، مواد الحماية لحماية الأم والطفل، دفاتر التلقيحات ومختلف المطبوعات بالإضافة إلى المواد ذات الاستعمال والوقائي والأثاث التقني النوعي.

وفي الأخير، النفقات المخصصة للبحث الطبي لا تتجاوز 0.02 % من إجمالي الميزانية، وتشمل:

- التنقلات والمهام.
- استشارات الخبراء المشاركين في البحث الطبي وأتباعهم.
- الموظفين المناوبين واليوميين المساهمين في البحث الطبي.
- العتاد، الأثاث والأدوات.
- اللوازم المختلفة مثل: مصاريف الطبع، منتجات المخابر، الوثائق والاشترك في المجلات والدوريات ولوازم المكتب،...إلخ.

إن: يمكن أن نستخلص أن الخدمات الصحية المقدمة في المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس تعتمد بالدرجة الأولى على المورد البشري زيادة على الأدوية، المعدات والمواد ذات الاستهلاك الطبي، كذلك بمقارنة ما يدفعه المريض لقاء إجمالي الخدمات التي يتلقاها، نجد أن مساهمة المرضى في إجمالي النفقات الصحية لا يتعدى 0.42 %، وذلك بقسمة مدفوعات المرضى البالغة 19 مليون.دج على مجموع نفقات المستشفى المقدرة بـ 4511.2 مليون.دج، كما نجد أن مقابل 1 دج يدفعه المريض، يستفيد بـ 237.43 دج ككافة خدمات، بمعنى أن الدولة تقدم 237 مرة ما يقدمه المريض وهذا ما يؤكد طبيعة الصحة العمومية المجانية في الجزائر.

4- مؤشرات الأداء في المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس

تمثل الموارد المالية والبشرية التي يتوفر عليها مستشفى ابن باديس مدخلات، ويتم الحصول على خدمات يستفيد منها محتاجيها من المرضى تمثل مخرجات المركز الاستشفائي الجامعي، هذه المخرجات تمثل نشاطات المركز الاستشفائي الجامعي المرتبطة بالمهام المنوطة به من تشخيص، علاج، استعجالات طبية وجراحية ووقاية. وفيما يلي عرض جدولاً لتطور حصيلة بعض النشاطات الطبية للمركز خلال الفترة 2006-2008:

الجدول(9): تطور حصيلة النشاطات الطبية للمركز الاستشفائي ابن باديس للفترة 2006-2008

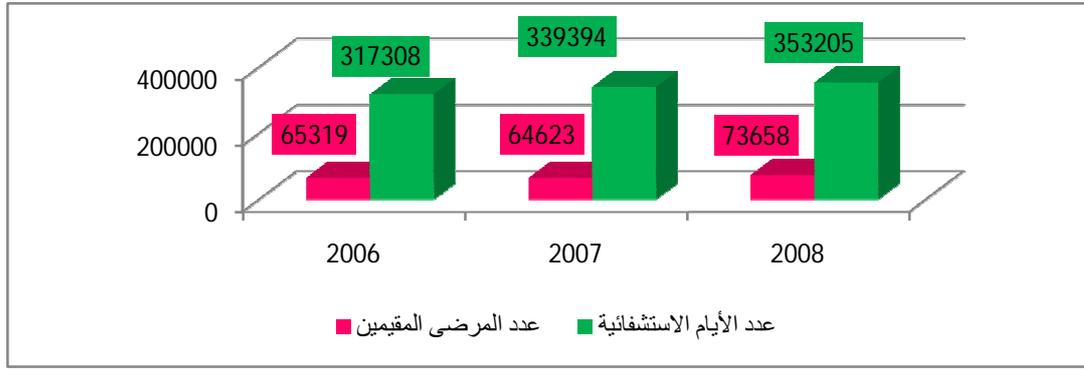
| النشاط | السنة ← | 2006 | 2007 | 2008 |
|------------------------|---------|--------|--------|--------|
| عدد المرضى المقيمين | | 65319 | 64623 | 73658 |
| عدد الأيام الاستشفائية | | 317308 | 339394 | 353205 |

| | | | |
|----|----|----|----------------------------|
| 5 | 5 | 5 | مدة المكوث المتوسطة (أيام) |
| 33 | 35 | 36 | المعدل المتوسط للوفيات (%) |
| 49 | 43 | 43 | معدل دوران الأسرة (%) |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على وثائق مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية لسنة 2008

وللتوضيح نعرض الشكل الآتي:

الشكل(26): تطور عدد المرضى والأيام الاستشفائية في مستشفى ابن باديس للفترة 2006 - 2008



المصدر: من إنجاز الطالبة

يتبين من خلال الشكل أنه في سنة 2006 بلغ عدد المرضى 65319، لينخفض إلى 64623 مريض سنة 2007، في المقابل نجد أن عدد الأيام الاستشفائية ارتفع من 317308 سنة 2006 إلى 339394 يوم استشفائي سنة 2007 مع المحافظة على المدة المتوسطة للإقامة، وبما أن عدد الأيام الاستشفائية يقاس بضرب عدد المرضى في أيام المكوث، فعدد المرضى المنخفض يمكن تفسيره بكون حالتهم لا تستدعي فترة مكوث للعناية المركزة والمتابعة الطبية، ثم يرتفع عدد المرضى إلى 73658، وعدد الأيام الاستشفائية إلى 353205 سنة 2008، وتغطية هذه الزيادة من خلال تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية دليل على إمكانيات متاحة كاملة وقدرة استيعابية للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس.

وللحكم على نوعية الخدمة الصحية المقدمة من حيث جودتها وكفاءتها، نقترح بعض المؤشرات لأداء العناصر التي تسهم في تقديم الخدمة الصحية من موارد بشرية، موارد مادية وأنشطة لمختلف مصالح المستشفى.

1-4 - مؤشرات أداء الموارد البشرية

الجدول(10): المؤشرات الكمية لأداء الموارد البشرية بمستشفى ابن باديس لسنة 2008

| المؤشر | المعدل |
|----------------------------|--------|
| الأطباء / الأسرة | 3.37 |
| الأطباء / المرضى | 173.72 |
| الممرضين / الأسرة | 0.88 |
| الممرضين / المرضى | 45.33 |
| عملية جراحية/ سرير سنويا | 9.33 |
| فيلم أشعة/ سرير سنويا | 110.35 |
| عدد الممرضين / عدد الأطباء | 3.83 |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية لسنة 2008

نلاحظ من خلال الجدول أن كل طبيب يخدم 3.37 سرير في المركز الاستشفائي الجامعي بقسنطينة، و أيضا كل طبيب يخدم 173.72 مريض من مجموع المرضى المسجلين سنة 2008. إذا أردنا إجراء مقارنة بأخذ عيادة عمومية متعددة الخدمات تستقبل يوميا 10 مرضى للمعاينة من قبل الطبيب مداوم نجد:

الجدول(11): مقارنة عدد المعاينات النظرية والفعلية

| | |
|--|--|
| عدد المعاينات المعمول بها في العيادات متعددة الخدمات | عدد المعاينات في المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس |
| 10 معاينات x 260 يوم = 2600 معاينة/ سنويا | 173 معاينة x 5 = 865 معاينة/ سنويا |

المصدر: من إعداد الطالبة

ملاحظة:

- ❖ اعتمدنا 260 يوم مفتوح سنويا [عدد الأسابيع السنوية(52) x عدد أيام العمل الأسبوعية(5)].
- ❖ مدة المكوث المتوسطة لكل مريض = 5 أيام.

حسب هذه المعطيات، يمكن حساب مؤشر أداء الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس:

$$\frac{865}{2600} \approx 3$$

ومنه: نستخلص أنه يمكن للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس القيام بنفس العمل إذا تم تطبيق المعايير المعمول بها في العيادات العمومية متعددة الخدمات، و تقديم خدمات تشخيصية وعلاجية بثالث (1/3) عدد الأطباء المتوفر حاليا، أي: **142 طبيب**

و 282 طبيب المتبقي إضافي عن حاجات المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، وهذا ما يدفعنا إلى عرض الفرضيات التالية:

- 1- إذا تم الاحتفاظ بنفس عدد الأطباء المتواجد (424 طبيب)، يكون عدد المعاينات الممكنة الكامنة كما يلي:

$$366.760 - 1.102.400 = [(865 \times 424) - (2600 \times 424)]$$

735.640

=

2- إذا كان عدد الأطباء 142 طبيب، وتم العمل بالمعايير حسب العيادات العمومية متعددة الخدمات،

$$\boxed{369200} = 2600 \times 142 \text{ سيكون العدد الإجمالي للمعاينات السنوية:}$$

3- إذا قمنا بحساب متوسط أجر الأطباء باستعمال الوسط الحسابي المرجح، نجد:

الوحدة: دج **الجدول (12): متوسط أجر الأطباء بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس**

| متوسط الأجر (دينار جزائري) | السلك |
|---|--------------------------------|
| $50833 \approx 48 / [(12 \times 95000) + (4 \times 65000) + (16 \times 45000) + (8 \times 25000) + (8 \times 15000)]$ | الأطباء الاستشفائيين الجامعيين |
| $49000 = 40 / [(8 \times 85000) + (8 \times 65000) + (8 \times 45000) + (16 \times 25000)]$ | الأطباء المتخصصين |
| $22500 = 16 / [(12 \times 25000) + (4 \times 15000)]$ | الممارسين الطبيين |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج تحليل البيانات الشخصية لأفراد العينة

أي: متوسط الأجر \approx **40777 دج**

ومنه كتلة الأجور السنوية للأطباء = $12 \times 424 \times 40777$ دج

$$= 207.473.376 \text{ دج}$$

فلو كان المستشفى يستخدم $\frac{1}{3}$ من عدد الأطباء، فستكون الكتلة الأجرية: **69.157.792 دج**

وبالتالي: يمكن استعمال الكتلة الأجرية المتبقية ($\frac{2}{3}$) بمضاعفة أجر الأطباء مرتين مع المحافظة على توازن الميزانية، أو مضاعفة الأجر مرة واحدة واقتصاد $\frac{1}{3}$ من كتلة الأجور المدفوعة للأطباء من أجل تحسين الخدمات الاستشفائية.

كذلك نلاحظ من خلال الجدول أن كل مستخدم شبه طبي على مستوى المركز الاستشفائي ابن باديس يخدم 0.88 سرير، و 45 مريض، في حين كل طبيب يستفيد من مساعدة 3.83 مستخدم شبه طبي لتقديم خدمات صحية وعلاجية للمرضى. وقدّر عدد العمليات الجراحية بـ 9.33 عملية لكل سرير سنويا، و 110,35 فيلم أشعة لكل سرير.

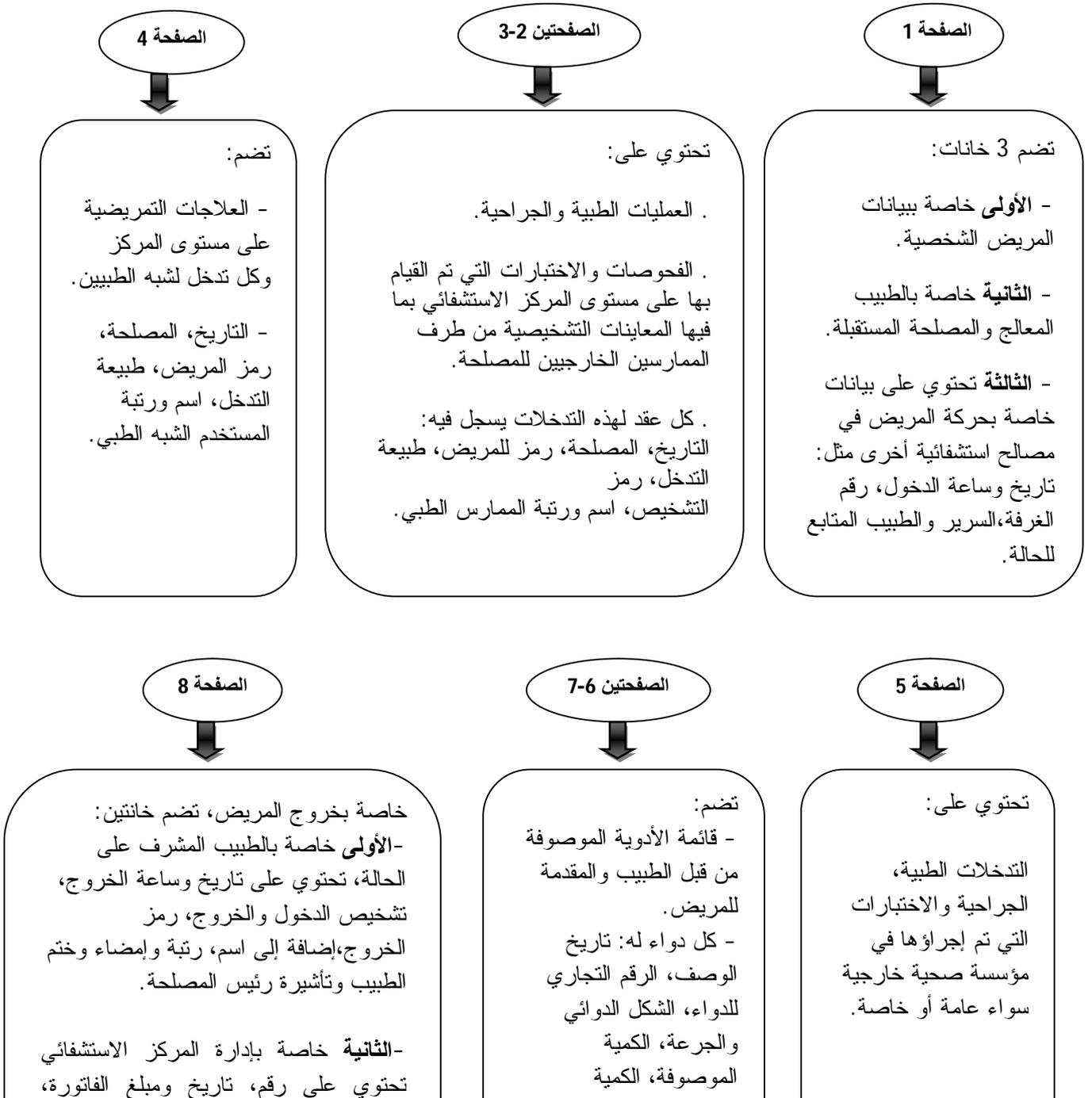
2-4- مؤشرات أداء الموارد المادية

وذلك من خلال قياس كفاءة الاستخدام كما يلي:

- تكاليف العلاج لمريض واحد: يتم حساب هذه التكلفة من خلال "ملف التواصل" La fiche navette، وهي وثيقة خاصة بالمريض أثناء فترة تلقيه العلاج، أين يتعاقب على التكفل به مجموعة من الأخصائيين والمستخدمين الصحيين ليتمكن كل طرف من الإطلاع على العلاجات الموصوفة مؤخرا للمريض، التغييرات الطارئة ومتابعة الحالة المرضية بغية تحسينها نحو الشفاء.

يتم اعتماد هذا الملف للتواصل بين الطبيب والمصالح الاستشفائية في حالة تحويل المريض من مصلحة لأخرى أو من مؤسسة صحية خارجية إلى الوحدة المركزية ابن باديس إذا كانت حالته تستدعي ذلك، تحتوي هذه الوثيقة على ثمانية صفحات كما يبين الشكل الآتي: [انظر الملحق(2)]

الشكل(27): الصفحات الخاصة بملف التواصل La fiche navette



المصدر: من إنجاز الطالبة إعتقادا على وثائق الملحق (2).

يتم إعداد هذا الملف في مصلحة التنسيق وبالتحديد في مكتب دخول المرضى، وبعد استعماله من قبل المستخدمين الصحيين المعنيين، يتم إرساله إلى مديرية المالية والمراقبة أين يتم إدخال الرموز الخاصة بالعلاجات الطبية، الجراحية، التمريضية، الأشعة والأدوية في برنامج خاص للإعلام الآلي لحساب التكلفة الإجمالية لكل مريض.

ما سجل لدى العاملين بمصلحة التنسيق أن العمل جاري للتحسين من نوعية هذه الوثيقة مستقبلا حتى يتم استغلالها بالشكل الأمثل والاستفادة منها، حيث مازالت هناك نقائص حسب التقرير المرفوع إلى مدير النشاطات الطبية وشبه الطبية كما يلي:

- (1) نقص الوعي بأهمية ودور هذه الوثيقة.
- (2) نقص البيانات الخاصة بالمرضى مثل: رقم الضمان الاجتماعي.
- (3) إهمال وأخطاء في بعض البيانات الخاصة بالمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين.

- نسبة شغل السرير = 64%، تعبر عن كفاءة استخدام الأسرة المتوفرة، وهي تختلف من مصلحة لأخرى حسب النشاط حيث بلغت نسبة استغلال الأسرة على مستوى مصلحة أمراض النساء والتوليد 180%، في حين تعتبر النسبة المثلى بين 80 - 90%.

- فترة مكوث المريض = 5 أيام، والنسبة المثلى المعتمدة هي 3 أيام، وهذا ما يفسر المؤشر السابق حيث كلما انخفضت هذه الفترة كلما زاد معدل استغلال الأسرة.

4-3- مؤشرات أداء أقسام المستشفى

الجدول(13): المؤشرات الكمية للخدمات المقدمة بمستشفى ابن باديس لسنة 2008

| |
|--|
| عدد العمليات الجراحية = 13319 |
| عدد العمليات القيصرية = 3474 |
| عدد التحاليل البيولوجية = 1.295.800 |
| عدد الاختبارات بالأشعة = 157.482 |
| عدد الفحوصات العامة = 199.894 |
| عدد الفحوصات المتخصصة = 6651 |
| عدد المرضى المحولين من القطاعات الصحية الأخرى = 4207 |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على بيانات مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية لسنة 2008

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد العمليات الجراحية بلغ 13319 عملية جراحية في ظل وجود 28 غرفة عمليات، كما بلغ عدد الكشوف بالأشعة 157482 كشف، أما عدد الفحوصات العامة فقد بلغ 199894 وعدد الفحوصات المتخصصة 6651، رغم أن هذا العدد المسجل لا يعكس حقيقة ما يقدمه المركز من خدمات وفحوصات متنوعة ودقيقة لا يتم تسجيلها في بعض الأحيان. وقد بلغ عدد المرضى المحولين من القطاعات الصحية الأخرى 4207 مريض، ما يمثل نسبة 5.71% من إجمالي المرضى المقبولين، وهذا تأكيد على البعد الجهوي للمركز الاستشفائي الجامعي، رغم إصدار الوزارة لعدة تعليمات، من أجل ضبط وتقليل الأخطاء التي تقع فيها بعض القطاعات نتيجة التحويلات العشوائية دون الأخذ بعين الاعتبار التعقيدات التي من شأنها أن تؤثر سلبا على الحالة الصحية للمريض أثناء عملية التحويل، وقد طُرِح إشكال إمكانية طلب تعويض مالي عن الخدمات المقدمة للمرضى المحولين، لكن الطابع العمومي للمركز الاستشفائي يجعلها مجرد عملية تحويل محاسبي (transfert).

5- إضرابات القطاع الصحي بقسنطينة

تبذل السلطات العمومية متمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مجهودات، بتخصيص موارد مالية، ووزارة التعليم العالي بتكوين الموارد البشرية التي تُعنى بتقديم الخدمات الصحية، إلا أنه لازالت هناك نقائص مسجلة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي من انقطاع للأدوية، نقص في أدوات العمل والأجهزة وتعطلها وسوء التنظيم بالإضافة إلى عدم الرضا عن نظام الأجور والقوانين الأساسية المسيرة للقطاع الصحي، مما أدى إلى إضرابات متكررة تسهم بدورها في تعطيل القطاع.

وفيما يلي جدولاً للإضرابات التي شهدتها مختلف أسلاك القطاع الصحي على مستوى ولاية قسنطينة بما فيها تلك التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي وملحقاته.

الجدول (14): إضرابات قطاع الصحة لولاية قسنطينة للفترة 2006-2011

| الجهة التي قامت بالإضراب | من | إلى غاية | العدد الإجمالي | عدد المضرابين | أيام العمل المفقودة |
|---|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------------|
| 2006 | | | | | |
| الأساتذة المساعدين (santé public) | 27 فيفري 2006 | 28 فيفري 2006 | 255 | 13 | 13 |
| 2007 | | | | | |
| الأطباء المختصين (C.H.U) | 16 أفريل 2007 | 16 أفريل 2007 | 3626 | 30 | 15 |
| 2008 | | | | | |
| قطاع الصحة العمومية | 17 فيفري 2008 | 19 فيفري 2008 | 3786 | 1639 | 3278 |
| المستخدمين شبه الطبيين | 16 مارس 2008 | 19 مارس 2008 | 3710 | 346 | 1038 |
| الأطباء البيطريين (SNVFAP) | 31 ماي 2008 | 4 جوان 2008 | 54 | 54 | 216 |
| قطاع الصحة العمومية | 13 ديسمبر 2008 | 18 ديسمبر 2008 | 1181 | 403 | 2015 |
| 2009 | | | | | |
| كلية الطب (PROFESSEURS DOCENTS ET MAITRES ASSISTANTS) | 6 جانفي 2009 | 18 جانفي 2009 | 375 | 375 | 3000 |
| الممارسين الطبيين (SANTÉ PUBLIC) | 24 فيفري 2009 | 24 مارس 2009 | 840 | 117 | 2033 |
| القطاع الصحي | 22 مارس 2009 | 24 مارس 2009 | 405 | 259 | 518 |
| الأساتذة المساعدين (santé public) | 11 أفريل 2009 | 14 أفريل 2009 | 268 | 9 | 27 |
| الأخصائيين النفسانيين (santé public) | 19 أفريل 2009 | 21 أفريل 2009 | 51 | 12 | 24 |
| الأساتذة المساعدين + الأخصائيين النفسانيين (santé public) | 25 أفريل 2009 | 28 أفريل 2009 | 319 | 19 | 57 |
| الأخصائيين النفسانيين (santé public) | 2 ماي 2009 | 5 ماي 2009 | 51 | 2 | 6 |
| 2010 | | | | | |
| الممارسين الطبيين (SANTÉ PUBLIC) | 24 نوفمبر 2009 | 28 مارس 2010 | 5007 | 259 | 19166 |
| الأطباء الأخصائيين + الممارسين الطبيين + شبه الطبيين | 17 فيفري 2010 | 19 فيفري 2010 | | | |
| 2011 | | | | | |
| شبه الأطباء | 24 جانفي 2011 | 26 جانفي 2011 | | | |
| عمال وموظفي الإدارة | 26 جانفي 2011 | 26 جانفي 2011 | | | |
| شبه الأطباء | 01 فيفري 2011 | 27 فيفري 2011 | 4098 | 696 | 9744 |
| الأطباء المقيمين (faculté de médecine) | 30 مارس 2011 | 13 أفريل 2011 | 400 | 400 | 4000 |
| مستشفى البير | 6 أفريل 2011 | 7 أفريل 2011 | 461 | 85 | 85 |
| مستشفى البير | 11 أفريل 2011 | 13 أفريل 2011 | 527 | 158 | 316 |

| | | | | | |
|------|----|------|----------------|----------------|----------------------------|
| 40 | 20 | 1600 | 9 جوان 2011 | 7 جوان 2011 | المستشفى الجامعي (C.H.U) |
| 1290 | 30 | 850 | 17 جويلية 2011 | 16 ماي 2011 | مديرية الصحة |
| 180 | 15 | 150 | 4 جويلية 2011 | 16 جوان 2011 | أعوان التخدير |
| 105 | 15 | 150 | 17 جويلية 2011 | 6 جويلية 2011 | أعوان التخدير |
| | | | 17 نوفمبر 2011 | 13 نوفمبر 2011 | الأخصائيين النفسانيين |
| | | | 29 ديسمبر 2009 | 29 ديسمبر 2011 | سلك المهنيين |
| 2012 | | | | | |
| | | | 2 جانفي 2012 | 2 جانفي 2012 | سلك المهنيين |
| | | | 5 جانفي 2012 | 5 جانفي 2012 | سلك المهنيين + شبه الطبيين |
| | | | | 16 جانفي 2012 | سلك المهنيين |
| | | | | 22 جانفي 2012 | سلك المهنيين |

المصدر: الإضرابات المسجلة لدى المفتشية الولائية للعمل قسنطينة، وبالإطلاع على موضوع الإضرابات المسجلة لدى المفتشية الولائية للعمل تبين أن هناك نوعين من المطالب:

- مطالب قانونية: تكون من حق العمال كالتأخر في دفع الأجور، والمطالبة بوسائل الحماية الفردية. في هذه الحالة، إن لم يستجب صاحب العمل لهذه المطالب فإن مفتشية العمل تحرر محضر مخالفة لفائدته.
- مطالب غير قانونية: يطالب بها العمال لتحسين شروط العمل، تحتاج إلى مفاوضات مباشرة بين صاحب العمل وممثلي العمال.

6- تأطير الإضرابات على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس

يعمل على تأطير وتنظيم الإضرابات على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس مجموعة من التنظيمات نذكر منها:

(1) **الإتحاد العام للعمال الجزائريين:** يرمز له بـ "إ.ع.ع.ج"، وهو أقدم تنظيم أنشأ في 24 فيفيري 1956، له عدة فروع نقابية تتولى تمثيل المنخرطين فيه على مستوى كل القطاعات، يتمتع بدعم ومساندة الدولة وذلك بالاعتراف به كمثل شرعي ووحيد للعمال الجزائريين أثناء توقيع الاتفاقيات.

(2) **النقابة الوطنية المستقلة لمستخدمي الإدارة العمومية:** يرمز لها بالفرنسية "S.N.A.P.A.P"، وهي تنظيم نقابي وطني أنشأ في 22 أوت 1990، رقم تسجيله لدى وزارة العمل رقم 01، مستقلة التسيير وغير تابعة لأي تنظيم سياسي، تنشط في جميع قطاعات الوظيف العمومي والمؤسسات ذات الطابع

الإداري خاصة قطاع الصحة، منخرط فيها 250.000 عضو [ABDERRAZEK ADEL, SALIMA
MAKRICHE, Elwatan, 17-07-2008].

من مهامها:

- الدفاع عن المصالح المادية والمعنوية لمستخدمي الوظيف العمومي.
- الدفاع عن الحرية النقابية.
- دفع ودعم ثقافة الحركة النقابية.
- تحسيس المستخدمين للدفاع عن مصالحهم الاجتماعية.

(3) **النقابة الوطنية لممارسي الصحة العمومية:** يرمز لها بالفرنسية "S.N.P.S.P"، تعتبر من أولى النقابات المستقلة بالجزائر، تم اعتمادها في 15 ماي 1991، تؤطر وتمثل الأطباء، جراحي الأسنان والصيدلة سواء كانوا عامين أو خاصين.

(4) **النقابة الوطنية للممارسين الأخصائيين للصحة العمومية:** يرمز لها بالفرنسية "S.N.P.S.S.P"، وهي تنظيم مستقل عن الدولة وعن كل تنظيم سياسي، تتكون من: الأعضاء المؤسسين، الأعضاء المسيرين، الأعضاء المنخرطين في المكاتب الجهوية والولائية ومختلف المؤسسات التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

(5) **التجمع المستقل لأطباء المقيمين الجزائريين:** يرمز له بالفرنسية "C.A.M.R.A"، يعتبر حلقة تنظيم لمجموع المستخدمين المقيمين سواء كانوا أطباء، صيادلة أو جراحي أسنان، يمثل المطالب الاجتماعية، المهنية والبيداغوجية لأزيد من 8000 مقيم على مستوى القطر الجزائري.

تتمثل مطالب المقيمين في:

- الخدمة المدنية: تعتبر في الجزائر إجبارية بالنسبة للأطباء المتخرجين والمتحصلين على شهادة "طبيب مختص"، تتراوح مدتها بين سنة وأربعة سنوات وذلك حسب المناطق الجغرافية خاصة المناطق النائية ومناطق الجنوب، وفي هذا الصدد يطالب تنظيم CAMRA بإلغاء الصفة الإجبارية لهذه الخدمة وتعويضها بمزايا تحفيزية لضمان تغطية صحية أكثر فاعلية.
- القانون الأساسي: تم رفع قانون أساسي، يعرف بحقوق وواجبات الأطباء المقيمين كمطلب أساسي مكمل ومراجع للقانون القديم المؤرخ في سنة 1996.

- المطالب البيداغوجية: تشكل النقاط الآتية أقوى النقاشات في الاجتماعات البيداغوجية
 - إلغاء الامتحانات أو على الأقل صفة الفصل.
 - مراجعة دفتر الطبيب المقيم خاصة مقدمة الأهداف البيداغوجية السنوية وإعادة تقييم منحة التوثيق والبحث.
- يعمل تنظيم CAMRA حسب نظام المندوبين، بحيث ينتخب المقيمون على مستوى كل مصلحة استشفائية مندوب يتولى إعلامهم بالمستجدات ونقل انشغالاتهم أثناء اجتماعات المندوبين، ويقوم مندوبي المصالح بدورهم بانتخاب "مندوب مستشفى" يمثل المستشفى أثناء اجتماعات المندوبين الوطنية.
- (6) **النقابة الجزائرية للشبه الطبيين:** يرمز لها بالفرنسية "S.A.P"، تم اعتمادها من طرف وزارة العمل سنة 2004، ورغم إصدار القانون الأساسي الخاص بهذا السلك سنة 2011 إلا أن التنظيم لا يزال يعمل على مراسلة وزارة الصحة لفتح قنوات الحوار في إطار سلسلة المفاوضات حول وضعية 20.000 ممرض مؤهل لم يتم تصنيفهم في القانون الأساسي السالف الذكر، وقد طالبت هذه الفئة بممارسة كل الوسائل الشرعية التي يكفلها القانون لانتزاع حق التصنيف [خيرة لعروسي، جريدة الخبر، 07-02-2012]، كما يطالب أساتذة التعليم شبه الطبي بإدماجهم ضمن أساتذة التعليم الجامعي فهم مصنّفون إداريا وغير مصنّفين بيداغوجيا، وهذا ما يحرمهم حسب رأيهم من امتيازات الأساتذة الجامعيين [أسماء طربوش، يومية السلام، 30-01-2012].
- (7) **النقابة الوطنية لأساتذة التعليم العالي وأساتذة العلوم الطبية:** يرمز لها بالفرنسية (SNPDSM)، تضم أساتذة التعليم العالي وأساتذة العلوم الطبية.
- (8) **النقابة الوطنية للأساتذة المساعدين في العلوم الطبية:** يرمز لها بالرمز (SNMASM)، تضم الأساتذة المساعدين في العلوم الطبية.
- (9) **الإتحاد الوطني للقابلات:** هو تنظيم يمثل سلك القابلات، يضم حوالي 7000 آلف قابلة، يعمل حاليا على رفع دعوى لدى مجلس الدولة لمقاضاة الوصاية من أجل إدراج الأحكام الانتقالية في القانون الخاص.
- (10) **الفيدرالية الوطنية لعمال الصحة (FNFS):**

بعد تقديم بطاقة فنية للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس والتعرف على مكوناته وخصائصه، نتناول بالدراسة في المبحث الثاني مجتمع وعينة البحث.

المبحث الثاني:

خصائص الدراسة الميدانية

1- مجتمع وعينة البحث

لقد تم استخدام استمارة الاستبيان كأداة علمية للبحث في دراستنا لاستقصاء المعلومات من عينة الدراسة المتكونة من المستخدمين المنتمين لمختلف الأسلاك المهنية المتواجدة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس من مجتمع إحصائي يقدر عدد عناصره بـ 7825 مستخدم [بيانات مديرية الموارد البشرية لسنة 2008].

قمنا بتوزيع 720 استمارة بصفة عشوائية على مختلف المستخدمين، تم استرجاع 566 أي 78.62% من مجموع الاستمارات الموزعة، واستبعاد 61 استمارة ما نسبته 8.47% لعدم صلاحية الإجابة للتحليل، أما 93 استمارة المتبقية بنسبة 12.91% فلم يتم تحصيلها.

تضم عينة البحث 566 فردا من مختلف الأسلاك التابعة للقطاع الصحي والتي تمارس مهامها على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي، ما يمثل 7.23% من المجتمع الإحصائي.

استمارة البحث تضم أربعة محاور رئيسية، كانت فيها كل الأسئلة مغلقة كالاتي:

➤ المحور الأول: متعلق بالبيانات الشخصية فيما يخص الجنس، السن، الأجر الشهري، الخبرة المهنية

والسلك الذي ينتمي إليه المستخدم.

- المحور الثاني: تناول أشكال التمثيل العمالي التي يعرفها وينتمي إليها المستخدمين.
 - المحور الثالث: يتعلق بمطالب المستخدمين وتعامل التمثيلات العمالية ودورها في تحقيقها بالإضافة إلى تأثيرها في نشوب النزاعات.
 - المحور الرابع: تم فيه التطرق إلى مدى رضا المستخدمين عن الأجور وظروف العمل، بالإضافة إلى تأثير الإضرابات على الأداء وانعكاسها على نوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة.
- تتشكل العينة من 566 مستخدم، منهم 254 ذكورا ما نسبته 44.88% و312 أنثى ما يمثل نسبة 55.12%.

2- تحليل البيانات الشخصية لأفراد العينة

فيما يلي سنوضح توزيع المستخدمين حسب الجنس، السن، الخبرة المهنية، الأجر الشهري والأسلاك المهنية:

2-1- توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية

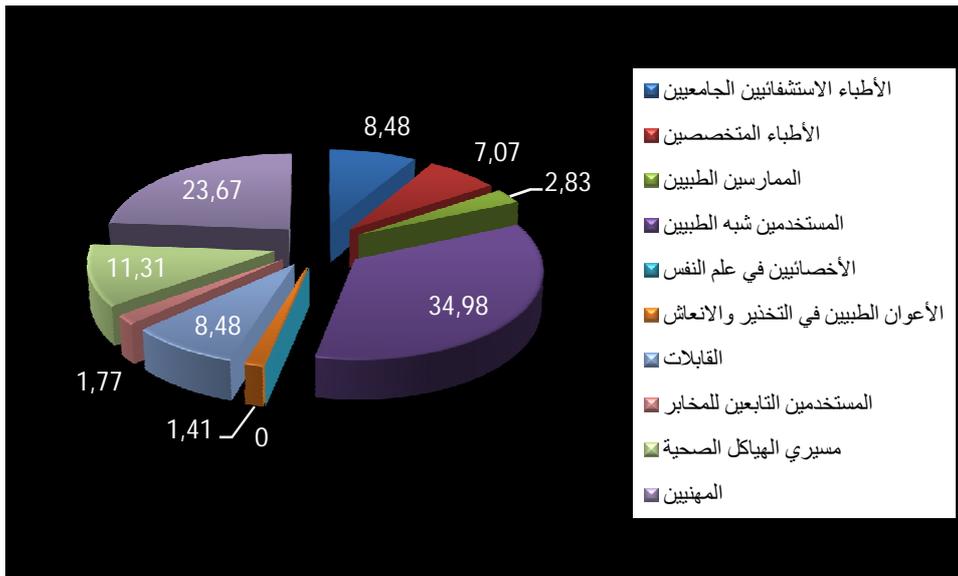
الجدول (15): توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية

| الأسلاك المهنية | التكرارات f_i | النسبة المئوية % |
|-------------------------------------|-----------------|------------------|
| الأطباء الاستشفائيين الجامعيين | 48 | 8,48 |
| الأطباء المتخصصين | 40 | 7,07 |
| الممارسين الطبيين | 16 | 2,83 |
| المستخدمين شبه الطبيين | 198 | 34,98 |
| الأخصائيين في علم النفس | 0 | 0 |
| الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش | 8 | 1,41 |
| القبالات | 48 | 8,48 |
| المستخدمين التابعين للمخابر | 10 | 1,77 |
| مسيري الهياكل الصحية | 64 | 11,31 |
| المهنيين | 134 | 23,67 |
| المجموع | 566 | 100 |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتوضيح نقدم التمثيل البياني الآتي

الشكل (28): توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن سلك المستخدمين شبه الطبيين يمثلون أكبر نسبة بـ 34.98% يليها سلك المهنيين بنسبة 23.67%، فيما يمثل سلك الأخصائيين في علم النفس نسبة منعدمة. لاختبار العينة إن كانت تمثيلية لمجتمع الدراسة نقدم الجدول الآتي:

الجدول (16): مقارنة نسب المستخدمين بين مجتمع وعينة الدراسة

الوحدة: %

| السلك | مجتمع الدراسة | عينة الدراسة |
|--------------------------------|---------------|--------------|
| المستخدمين الطبيين | 5,23 | 19,79 |
| المستخدمين شبه الطبيين | 20,77 | 43,46 |
| المستخدمين الإداريين والتقنيين | 27,37 | 36,75 |

المصدر: من إعداد الطالبة

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة المستخدمين الطبيين في مجتمع الدراسة 5.23%، بينما بلغت في عينة الدراسة 19.79%، أما نسبة المستخدمين شبه الطبيين فهي 20.77% في مجتمع الدراسة و 43.46% في العينة حيث أضفنا لها نسبة القابلات المقدرة بـ 8.48% باعتباره أصبح سلك مستقل عن سلك شبه الطبيين، في حين بلغت نسبة المستخدمين الإداريين والتقنيين 27.37% في مجتمع الدراسة و 36.75% في العينة، ولا يمكن مقارنة نسبة المستخدمين في طور التكوين بين المجتمع وعينة الدراسة وذلك لأنهم متضمنين وموزعين على أسلاك المستخدمين الطبيين وليس لهم سلك خاص بهم.

2-2- توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأسلاك المهنية

الجدول(17): توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأسلاك المهنية

| الإناث | | الذكور | | الجنس السلك المهني |
|------------|----------------------|------------|----------------------|-------------------------------------|
| % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | |
| 8,97 | 28 | 7,87 | 20 | الأطباء الاستشفائيين الجامعيين |
| 5,13 | 16 | 9,45 | 24 | الأطباء المتخصصين |
| 3,85 | 12 | 1,58 | 4 | الممارسين الطبيين |
| 44,87 | 140 | 22,83 | 58 | المستخدمين شبه الطبيين |
| 0 | 0 | 0 | 0 | الأخصائيين في علم النفس |
| 1,28 | 4 | 1,58 | 4 | الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش |
| 15,39 | 48 | 0 | 0 | القابلات |
| 1,28 | 4 | 2,36 | 6 | المستخدمين التابعين للمخابر |
| 7,69 | 24 | 15,75 | 40 | مسيري الهياكل الصحية |
| 11,54 | 36 | 38,58 | 98 | المهنيين |
| 100 | 312 | 100 | 254 | المجموع |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

نلاحظ أن عدد الإناث في العينة أكبر من عدد الذكور، وأن أكبر نسبة للذكور تتركز في سلك المهنيين بـ 38.58% يليها سلك شبه الطبيين بنسبة 22.83% بينما نجدها منعدمة في سلك القابلات، وهذا راجع إلى طبيعة العمل الخاص بجنس الإناث حيث لا يتم تكوين الذكور في سلك القابلات بالجزائر، أما الإناث أكبر نسبة يمثلها سلك شبه الطبيين بـ 44.87%.

2-3- توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية والفئات العمرية

الجدول(18): توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية والفئات العمرية

| المجموع | | [65-55] | | [55-45] | | [45-35] | | [35-25] | | أقل من 25 سنة | | الفئات العمرية الأسلاك المهنية |
|---------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|---------------|----------------------|-------------------------------------|
| % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | |
| 100 | 48 | 8.33 | 4 | 7.84 | 8 | 25 | 12 | 25 | 12 | 25 | 12 | الأطباء الاستشفائيين الجامعيين |
| | 8.48 | | 44.44 | | 7.84 | | 7.02 | | 5.66 | | 16.67 | % |
| 100 | 40 | 0 | 0 | 7.84 | 8 | 10 | 4 | 60 | 24 | 10 | 4 | الأطباء المتخصصين |
| | 7.07 | | 0 | | 7.84 | | 2.34 | | 11.32 | | 5.56 | % |
| 100 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 4 | 0 | 0 | 75 | 12 | الممارسين الطبيين |
| | 2.83 | | 0 | | 0 | | 2.34 | | 0 | | 16.67 | % |
| 100 | 198 | 0 | 0 | 29.41 | 30 | 46.47 | 92 | 30.30 | 60 | 8.08 | 16 | المستخدمين شبه الطبيين |
| | 34.98 | | 0 | | 29.41 | | 53.80 | | 28.30 | | 22.22 | % |
| 100 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش |
| | 1.41 | | 0 | | 0 | | 4.68 | | 0 | | 0 | % |
| 100 | 48 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20.83 | 10 | 37.50 | 18 | 41.67 | 20 | القابلات |
| | 8.48 | | 0 | | 0 | | 5.85 | | 8.49 | | 27.77 | % |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|-----------------------------|
| 100 | 10 | 0 | 0 | 9.81 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | المستخدمين التابعين للمخابر |
| | 1.77 | | 0 | | 9.81 | | 0 | | 0 | | 0 | % |
| 100 | 64 | 7.81 | 5 | 9.81 | 10 | 20.31 | 13 | 56.25 | 36 | 0 | 0 | مسيرى الهياكل الصحية |
| | 11.31 | | 55.56 | | 9.81 | | 7.60 | | 16.98 | | 0 | % |
| 100 | 134 | 0 | 0 | 35.29 | 36 | 20.90 | 28 | 46.27 | 62 | 5.97 | 8 | المهنيين |
| | 23.67 | | 0 | | 35.29 | | 16.37 | | 29.25 | | 11.11 | % |
| 100 | 566 | 1.59 | 9 | 18.02 | 102 | 30.21 | 171 | 37.46 | 212 | 12.72 | 72 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

من خلال الجدول نلاحظ أن أفراد العينة يتوزعون على خمسة فئات عمرية، وأن 37.46% من المستخدمين محصور في الفئة العمرية [35-25] سنة، تليها الفئة العمرية [45-35] سنة بنسبة 30.21% يمثل فيها سلك شبه الطبيين نسبة 53.8%، بينما 55.56% من مسيرى الهياكل الصحية و 44.44% من الأطباء الاستشفائيين محصور بين [65-55] سنة، وذلك راجع إلى قانون الوظيف العمومي أين يسمح لهم نظام التقاعد بالبقاء في الخدمة بعد سن 60 سنة، لذا يجب التنبؤ بعد خمس سنوات لتعويض هذه المناصب بعد خروج الأطباء الاستشفائيين والمهنيين إلى التقاعد من خلال الميزانية الاجتماعية، كما نلاحظ أن سلك القابلات يمثل أكبر نسبة بـ 27.77% للفئة العمرية أقل من 25 سنة، وهذا راجع إلى مخطط التوظيف حيث نجد أن أكبر نسبة توظيف كانت في سلك القابلات.

2-4- توزيع أفراد العينة حسب الجنس والفئة العمرية

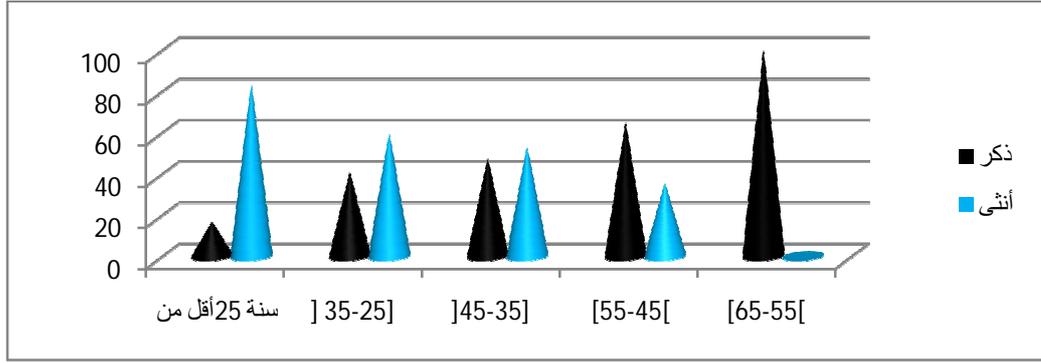
الجدول (19): توزيع أفراد العينة حسب الجنس والفئة العمرية

| المجموع | | [55-65] | | [45-55] | | [45-35] | | [35-25] | | أقل من 25 سنة | | الفئات العمرية |
|------------|----------------------|-------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|---------------|----------------------|----------------|
| % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | الجنس |
| 100 | 254 | 3,54 | 9 | 25,99 | 66 | 31,89 | 81 | 33,86 | 86 | 4,72 | 12 | ذكر |
| | 44.88 | | 100 | | 64,71 | | 47,37 | | 40,57 | | 16,67 | % |
| 100 | 312 | 0 | 0 | 11,54 | 36 | 28,85 | 90 | 40,38 | 126 | 19,23 | 60 | أنثى |
| | 55.12 | | 0 | | 35,29 | | 52,63 | | 59,43 | | 83,33 | % |
| 100 | 566 | 1,59 | 9 | 18,02 | 102 | 30,21 | 171 | 37,46 | 212 | 12,72 | 72 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتوضيح نورد الشكل الآتي:

الشكل (29): توزيع أفراد العينة حسب الجنس والفئة العمرية



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نستخلص أن أكبر نسبة من الذكور وأكبر نسبة من الإناث تتركز في الفئة العمرية [35-25] سنة بنسبتي 33.86% و 40.38% على التوالي، تليها الفئة العمرية [45-35] سنة بنسبتي 31.9% و 28.9% على التوالي، وهذا يدل على أن الموارد البشرية المتواجدة على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي فئة شابة وبالتالي ستكون لها انشغالات واهتمامات يجب أخذها بعين الاعتبار كما نلاحظ أن الفئة العمرية أقل من 25 سنة معظمهم إناث بنسبة 83.33%.

2-5- توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية والأجر الشهري

الجدول (20): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية والأجر الشهري

| المجموع | | [35-25] | | [25-15] | | [15-5] | | أقل من 5 سنوات | | الخبرة المهنية |
|------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|----------------|------------|------------------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | الأجر الشهري |
| 100 | 90 | 13.34 | 12 | 8.89 | 8 | 53.33 | 48 | 24.44 | 22 | 15000 دج |
| | 15.9 | | 13.04 | | 5.8 | | 21.82 | | 18.97 | % |
| 100 | 270 | 11.85 | 32 | 15.56 | 42 | 46.67 | 126 | 25.92 | 70 | [35000-15000] |
| | 47.71 | | 34.78 | | 30.43 | | 57.27 | | 60.34 | % |
| 100 | 162 | 22.22 | 36 | 49.38 | 80 | 16.05 | 26 | 12.35 | 20 | [55000-35000] |
| | 28.62 | | 39.13 | | 57.97 | | 11.82 | | 17.24 | % |
| 100 | 28 | 14.29 | 4 | 28.57 | 8 | 42.85 | 12 | 14.29 | 4 | [75000-55000] |
| | 4.95 | | 4.35 | | 5.8 | | 5.45 | | 3.45 | % |
| 100 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 8 | 0 | 0 | [95000-75000] |
| | 1.41 | | 0 | | 0 | | 3.64 | | 0 | % |
| 100 | 8 | 100 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | أكثر من 95000 دج |
| | 1.41 | | 8.7 | | 0 | | 0 | | 0 | % |
| 100 | 566 | 16.26 | 92 | 24.38 | 138 | 38.87 | 220 | 20.49 | 116 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

من خلال الجدول يتضح أن 38.87% من أفراد العينة خبرتهم المهنية بين [5-15] سنة، 57.27% منهم أجرهم الشهري بين [15000-35000] دج، تليها الفئة [15-25] سنة خبرة مهنية بنسبة 24.38%، 57.97% منهم أجرهم الشهري بين [35000-55000] دج، كما نلاحظ أن 53.33% من المستخدمين الذين يتقاضون الأجر القاعدي 15000 دج، خبرتهم المهنية بين [5-15] سنة، ونجد أن معظمهم من المستخدمين بعقود تشغيل مؤقتة وهو ما يفسر طلب التنظيمات النقابية بإدماج هذه الفئة في الأسلاك المهنية. كذلك نجد أن المستخدمين الذين يتقاضون أجر شهري يفوق 95000 دج، خبرتهم المهنية [25-35] سنة ويمكن تفسير ذلك بكون الأجر في الجزائر يحسب على أساس الأقدمية بالدرجة الأولى قبل صدور قانون الوظيف العمومي الأخير الذي أعاد تصنيف الموظفين على أساس الشهادات والخبرة المهنية، مع ملاحظة أن هذا المبدأ لم يؤخذ بعين الاعتبار بالنسبة للمستخدمين بعقود تشغيل مؤقتة.

2-6- توزيع أفراد العينة حسب الجنس والخبرة المهنية

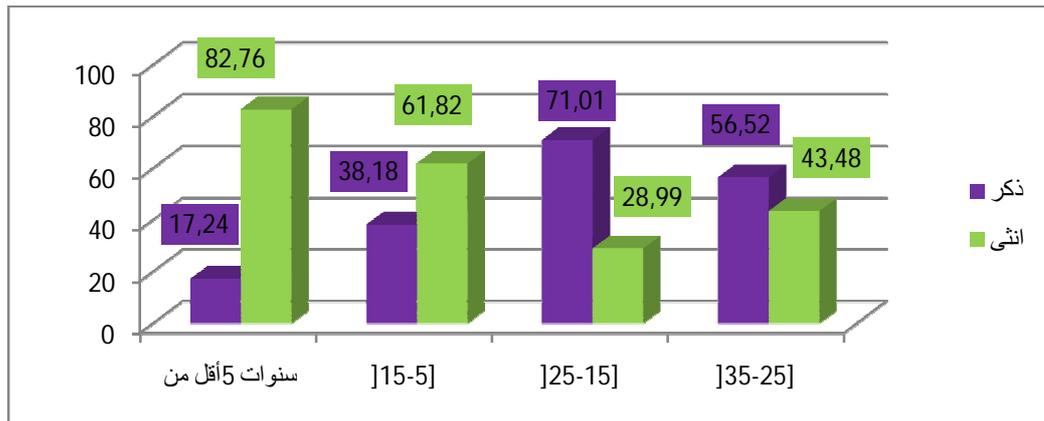
الجدول (21): توزيع أفراد العينة حسب الجنس والخبرة المهنية

| المجموع | | [35-25] | | [25-15] | | [15-5] | | أقل من 5 سنوات | | الخبرة المهنية |
|------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------|
| % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | الجنس |
| 100 | 254 | 20,48 | 52 | 38,58 | 98 | 33,1 | 84 | 7,87 | 20 | ذكر |
| | 44,88 | | 56,52 | | 71,01 | | 38,18 | | 17,24 | % |
| 100 | 312 | 12,82 | 40 | 12,82 | 40 | 43,6 | 136 | 30,8 | 96 | أنثى |
| | 55,12 | | 43,48 | | 28,99 | | 61,82 | | 82,76 | % |
| 100 | 566 | 16.25 | 92 | 24.38 | 138 | 38.87 | 220 | 20,5 | 116 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

ولتقديم صورة بيانية عن الجدول نورد الشكل الآتي:

الشكل (30): توزيع أفراد العينة حسب الجنس والخبرة المهنية



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن 38.87% من المستخدمين خبرتهم المهنية بين [15-5] سنة، تشكل نسبة الإناث 61.82% ونسبة الذكور 38.18%، لتتخفص النسبة في الفئة [25-15] سنة إلى 24.38% وتصبح نسبة الذكور 71.01% ونسبة الإناث 28.99% ويمكن تفسير ذلك بلجوء الإناث إلى التقاعد المسبق أو ترك الوظيفة نهائيا بسبب الظروف الاجتماعية والشخصية.

7-2 - توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأجر الشهري

الجدول (22): توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأجر الشهري

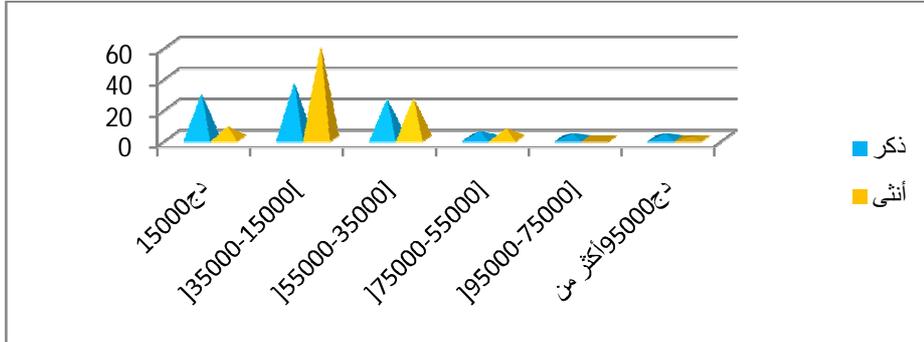
| المجموع | | انثى | | ذكر | | الجنس |
|------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------------|
| % | f_i | % | f_i | % | f_i | الأجر الشهري |
| 100 | 96 | 25 | 24 | 75 | 72 | 15000 دج |
| | 16.96 | | 7.69 | | 28.35 | % |
| 100 | 274 | 67.15 | 184 | 32.85 | 90 | [35000-15000] |
| | 48.41 | | 58.98 | | 35.43 | % |
| 100 | 144 | 55.55 | 80 | 44.44 | 64 | [55000-35000] |
| | 25.44 | | 25.64 | | 25.2 | % |
| 100 | 32 | 62.50 | 20 | 37.50 | 12 | [75000-55000] |
| | 5.65 | | 6.41 | | 4.72 | % |
| 100 | 8 | 0 | 0 | 100 | 8 | [95000-75000] |
| | 1.41 | | 0 | | 3.15 | % |
| 100 | 12 | 33.33 | 4 | 66.67 | 8 | أكثر من 95000 دج |
| | 2.12 | | 1.28 | | 3.15 | % |
| 100 | 566 | 55.12 | 312 | 44.88 | 254 | المجموع |

| | | | | | | |
|--|-----|--|-----|--|-----|---|
| | 100 | | 100 | | 100 | % |
|--|-----|--|-----|--|-----|---|

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتوضيح نعرض التمثيل البياني الآتي:

الشكل(31):توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأجر الشهري



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

يتبين لنا أن أكبر نسبة من الأجور تتركز في الفئة [15000-35000] دج يتحصل عليها 48.41% من أفراد العينة، تليها الفئة [35000-55000] دج بنسبة 25.44% ثم الفئة التي تتقاضى 15000 دج شهريا بنسبة 16.96%، ونلاحظ أنه كلما ارتفع الأجر من خلال هذه الفئات الثلاثة التي يتركز فيها أجور 90.81% من المستخدمين نجد أن نسبة الذكور تتناقص، كما نلاحظ أن 1.41% أجرهم الشهري [95000-75000] دج ذكور بنسبة 100%.

2-8- توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية والأجر الشهري

الجدول(23): توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية والأجر الشهري

| المجموع | أكثر من 95000 دج | | [95000-75000] | | [75000-55000] | | [55000-35000] | | [35000-15000] | | 15000 دج | | الأجر الشهري الأسلاك المهنية | |
|---------|------------------|----|---------------|----|---------------|------|---------------|-------|---------------|-------|----------|-------|---------------------------------|--------------------------------|
| | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | | |
| 100 | 48 | 25 | 12 | 0 | 0 | 8.33 | 4 | 33.33 | 16 | 16.67 | 8 | 16.67 | 8 | الأطباء الاستشفائيين الجامعيين |
| | 8.48 | | 100 | | 0 | | 12.5 | | 11.11 | | 2.92 | | 8 | % |
| 100 | 40 | 0 | 0 | 20 | 8 | 20 | 8 | 20 | 8 | 40 | 16 | 0 | 0 | الأطباء المتخصصين |
| | 7.07 | | 0 | | 100 | | 25 | | 5.56 | | 5.84 | | 0 | % |
| 100 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 75 | 12 | 25 | 4 | الممارسين الطبيين |
| | 2.83 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 4.38 | | 4.17 | % |
| 100 | 198 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.02 | 4 | 53.54 | 106 | 44.44 | 88 | 0 | 0 | المستخدمين شبه الطبيين |
| | 34.98 | | 0 | | 0 | | 12.5 | | 73.61 | | 32.12 | | 0 | % |
| 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | الأخصائيين في علم النفس |
| | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | % |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|------------------------------------|
| 100 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | الأعوان الطبيين في التخدير والإعاش |
| | 1.41 | | 0 | | 0 | | 25 | | 0 | | 0 | | 0 | % |
| 100 | 48 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8.33 | 4 | 16.67 | 8 | 75 | 36 | 0 | 0 | القبالات |
| | 8.48 | | 0 | | 0 | | 12.5 | | 5.56 | | 13.14 | | 0 | % |
| 100 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 40 | 4 | 60 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | المستخدمين التابعين للمخابر |
| | 1.77 | | 0 | | 0 | | 12.5 | | 4.17 | | 0 | | 0 | % |
| 100 | 64 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70.31 | 45 | 29.69 | 19 | مسيري الهياكل الصحية |
| | 11.31 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 16.42 | | 19.79 | % |
| 100 | 134 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 51.49 | 69 | 48.51 | 65 | المهنيين |
| | 23.67 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 25.18 | | 67.71 | % |
| 100 | 566 | 2.12 | 12 | 1.41 | 8 | 5.65 | 32 | 25.45 | 144 | 48.41 | 274 | 16.96 | 96 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستثمارات

نلاحظ من خلال الجدول أن مضاعف الأجر يساوي 6.33، وهو ضئيل إذا ما أخذنا المضاعف في المنظومات الصحية الأوروبية التي تصل أحيانا إلى 45، كما يتبين أن 48.41% من أفراد العينة يتقاضون أجر شهري بين [15000-35000] دج يمثل المستخدمين شبه الطبيين نسبة 32.12%، ثم المهنيين نسبة 25.12%، كما نلاحظ أن فئتي الأجر الشهري [75000-95000] دج و 95000 دج فأكثر تقتصر على سلكي الأطباء الإستشفائيين الجامعيين والأطباء المتخصصين بنسبة 100% وهذا راجع لكون السلكين تابعين لكلية الطب ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، أي أنهم يخضعون للقوانين الأساسية المنظمة لهذا القطاع، أما فئات الأجر الأخرى بالنسبة للسلكين، فيمكن تفسير نسبتها بكونها تخص الأطباء المقيمين وهم الطلبة في طور التكوين في إطار الاختصاص.

لقد قمنا اعتمادا على بيانات الاستثمارات بتحليل المحور الأول الخاص بالمعلومات الشخصية للمستخدمين من أجل معرفة أهم خصائص وميزات عينة الدراسة والتي تتعلق بالجنس، السن، السلك المهني، الخبرة والأجر الشهري، وفي المبحث الموالي سندرس مؤشرات الأداء حسب رأي عينة من المستخدمين.

المبحث الثالث:

مؤشرات الأداء حسب رأي عينة من المستخدمين

يتطرق هذا المبحث إلى تحليل المحاور المتعلقة بالتمثيل العمالي، دوره في نشوب النزاعات والقيام بإضرابات وتأثيره على أداء الموارد البشرية.

أ- التنظيمات الممثلة للعمال

1- معرفة المستخدمين بوجود تمثيلات عمالية

نبين من خلال البيانات الآتية نسبة المستخدمين الذين هم على علم بوجود تمثيل عمالي على مستوى مصلحتهم.

الجدول(24): معرفة المستخدمين بوجود تمثيل عمالي حسب الجنس

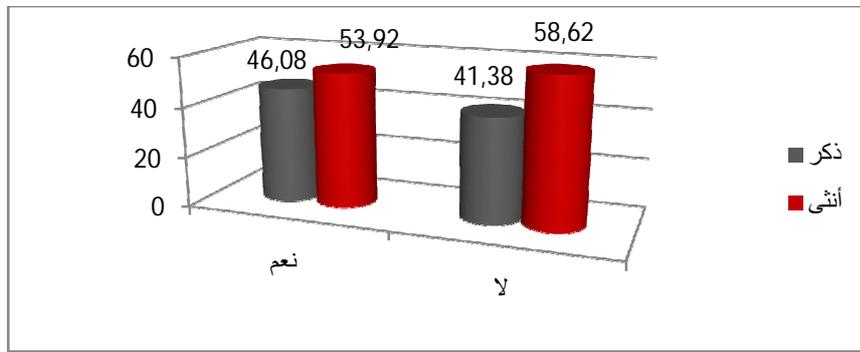
| الرأي | نعم | لا | المجموع |
|-------|-----|----|---------|
|-------|-----|----|---------|

| الجنس | f_i | % | f_i | % | f_i | % |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| ذكر | 194 | 76.38 | 60 | 23.62 | 254 | 100 |
| % | 46.08 | | 41.38 | | 44.88 | |
| أنثى | 227 | 72.76 | 85 | 27.24 | 312 | 100 |
| % | 53.92 | | 58.62 | | 55.12 | |
| المجموع | 421 | 74.38 | 145 | 25.62 | 566 | 100 |
| % | 100 | | 100 | | 100 | |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وفيما يلي نورد الشكل البياني:

الشكل(32): معرفة المستخدمين بوجود تمثيل عمالي حسب الجنس



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ من خلال الجدول والشكل البياني أن 74.38% من أفراد العينة على علم بوجود تمثيلات عمالية على مستوى مصطلحتهم، بينما 25.62% ليس لهم علم بوجود تمثيل عمالي، وكانت النسب متقاربة للجنسين في كلتا حالتنا الإجابة.

2- انتخاب المستخدمين لممثلين لهم

لمعرفة إن سبق للمستخدمين انتخاب ممثلين لتلبية مطالبهم والدفاع عن مصالحهم نعرض الجدول الآتي:

الجدول(25): انتخاب المستخدمين لممثلين لهم حسب الجنس

| الرأي | نعم | لا | المجموع |
|---------|-------|-------|---------|
| الجنس | f_i | % | f_i |
| ذكر | 129 | 50.79 | 125 |
| % | 54.43 | | 37.99 |
| أنثى | 108 | 34.62 | 204 |
| % | 45.57 | | 62.01 |
| المجموع | 237 | 41.87 | 329 |
| | | | 58.13 |
| | | | 566 |
| | | | 100 |

| | | | | | | |
|--|-----|--|-----|--|-----|---|
| | 100 | | 100 | | 100 | % |
|--|-----|--|-----|--|-----|---|

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

نلاحظ من خلال الجدول أن 41.87 % من أفراد العينة سبق لهم وأن انتخبوا ممثلا لهم على مستوى مصلحتهم، قد يكون المنتخب شخص معنوي كالتنظيمات النقابية أو شخص طبيعي كالمندوب العمالي، ينتخبه زملاؤه من نفس السلك الذي ينتمي إليه للمشاركة في مداولات مجلس الإدارة التي تعقد مرة كل ستة أشهر حول:

- مشروع ميزانية المركز الإستشفائي الجامعي.
- مشاريع الاستثمار والمخططات التنظيمية للمصالح الإستشفائية الجامعية.
- العقود المتعلقة بالخدمات العلاجية الموقعة مع شركاء المركز الاستشفائي الجامعي لاسيما صندوق الضمان الاجتماعي، الجماعات المحلية، والهيئات الأخرى.
- مشروع جدول الموظفين والنظام الداخلي للمستشفى.
- قبول الهبات والوصايا أو رفضها.

يشارك فيها كل من: ممثل الوزير المكلف بالصحة، ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، مدير المالية والمراقبة، الأمين العام للمركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة، ممثل التأمينات الاقتصادية، ممثل هيئة الضمان الاجتماعي، ممثل المجلس الشعبي البلدي مقر المركز الاستشفائي، ممثل المجلس الشعبي الولائي مقر المركز الاستشفائي، ممثل الأخصائيين الاستشفائيين الجامعيين ينتخبه زملاؤه، ممثل المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين، ينتخبهما زملاؤهما، ممثل جمعيات المرضى، رئيس المجلس العلمي للمستشفى، ممثل العمال المنتخب في جمعية عامة (محضر مجلس الإدارة لمستشفى ابن باديس، 2008).

أما 58.13% الذين لم يسبق لهم انتخاب ممثلين لهم، فتمثل الإناث نسبة 62.01% والذكور نسبة 37.99%، وقد دفع بنا الفضول العلمي لمعرفة عدم المشاركة في الانتخابات إلى إجراء مقابلات مع 13 فردا من مصلحة الانعاش، فرغم أنها غير ممثلة إلا أنها أعطتنا إشارات عن الأسباب، فكان السبب الأول هو عدم ملاءمة مواعيد إجراء الانتخابات مع برامجهم اليومية والسبب الثاني هو عدم اقتناعهم بدور هذه الهيئات لتمثيلهم.

3- معرفة المستخدمين بأشكال التمثيلات العمالية

لمعرفة أشكال التمثيل العمالي ومدى معرفة المستخدمين بوجودها نورد الجدول الآتي:
الجدول(26): معرفة المستخدمين بأشكال التمثيلات العمالية حسب الأسلاك المهنية

| المجموع | | SNPSSP | | SNA.psy | | SNPSP | | SAP | | U.G.T.A | | SNAPAP | | لجان الموظفين | | مندوب عمل | | التمثيل العمالي |
|---------|-------|--------|-----|---------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|------|--------|-------|---------------|-------|-----------|-----|-------------------------------------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | السلك المهني |
| 100 | 106 | 7,55 | 8 | 7,55 | 8 | 5,66 | 6 | 18,86 | 20 | 30,19 | 32 | 22,64 | 24 | 7,55 | 8 | 0 | 0 | الأطباء الاستشفائيين الجامعيين |
| | 8.58 | | 40 | | 38,1 | | 13,04 | | 5,68 | | 9,7 | | 9,3 | | 6,25 | | 0 | % |
| 100 | 94 | 4,26 | 4 | 5,32 | 5 | 17,02 | 16 | 25,53 | 24 | 24,47 | 23 | 19,14 | 18 | 0 | 0 | 4,26 | 4 | الأطباء المتخصصين |
| | 7.61 | | 20 | | 23,88 | | 34,78 | | 6,82 | | 6,97 | | 6,98 | | 0 | | 5 | % |
| 100 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 8 | 25 | 4 | 25 | 4 | 0 | 0 | الممارسين الطبيين |
| | 1.3 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 2,42 | | 1,55 | | 3,13 | | 0 | % |
| 100 | 448 | 1,79 | 8 | 1,79 | 8 | 4,46 | 20 | 41,07 | 184 | 22,32 | 100 | 18,75 | 84 | 5,36 | 24 | 4,46 | 20 | المستخدمين شبه الطبيين |
| | 36.28 | | 40 | | 38,19 | | 43,48 | | 52,27 | | 30,3 | | 32,56 | | 18,75 | | 25 | % |
| 100 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29,17 | 7 | 33,33 | 8 | 37,5 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش |
| | 1.94 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1,99 | | 2,42 | | 3,49 | | 0 | | 0 | % |
| 100 | 71 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22,54 | 16 | 21,12 | 15 | 33,8 | 24 | 0 | 0 | 22,54 | 16 | القبالات |
| | 5.75 | | 0 | | 0 | | 0 | | 4,55 | | 4,55 | | 9,3 | | 0 | | 20 | % |
| 100 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 54,17 | 13 | 33,33 | 8 | 12,5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | المستخدمين التابعين للمخابر |
| | 1.94 | | 0 | | 0 | | 0 | | 3,69 | | 2,42 | | 1,16 | | 0 | | 0 | % |
| 100 | 132 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15,15 | 20 | 36,36 | 48 | 21,21 | 28 | 21,21 | 28 | 6,06 | 8 | مسيرى الهياكل الصحية |
| | 10.69 | | 0 | | 0 | | 0 | | 5,68 | | 14,6 | | 10,85 | | 21,87 | | 10 | % |
| 100 | 320 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,25 | 4 | 21,25 | 68 | 27,5 | 88 | 20 | 64 | 20 | 64 | 10 | 32 | المهنيين |
| | 25.91 | | 0 | | 0 | | 8,7 | | 19,32 | | 26,7 | | 24,81 | | 50 | | 40 | % |
| 100 | 1235 | 1,62 | 20 | 1,7 | 21 | 3,73 | 46 | 28,5 | 352 | 26,72 | 330 | 20,89 | 258 | 10,36 | 128 | 6,48 | 80 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

من خلال ملاحظتنا للجدول نجد أن عدد الإجابات أكبر من عدد أفراد العينة وهذا راجع إلى طبيعة السؤال، كذلك يتبين أن التمثيل الأكثر معرفة من قبل أفراد العينة هو "النقابة الجزائرية لشبه الطبيين -S.A.P-" بنسبة 28,5%، يمثل سلك المستخدمين شبه الطبيين نسبة 52,27% على اعتبار أنه النقابة التي ينتمون إليها، يليه تنظيم "الإتحاد العام للعمال الجزائريين -U.G.T.A-" بنسبة 26,72%، ثم "النقابة الوطنية المستقلة لمستخدمي الإدارة العمومية -s.n.a.p.a.p-" بنسبة 20,89%، أين يأتي سلك شبه الأطباء في المرتبة الأولى وسلك المهنيين في المرتبة الثانية بنسب 30,3%، 26,7% و 32,56%، 24,81% بالنسبة للتنظيمين على التوالي، كذلك نلاحظ أن العلاقة معدومة بين (النقابة الوطنية لممارسي الصحة العمومية، النقابة الوطنية للممارسين الأخصائيين للصحة العمومية ونقابة الأخصائيين النفسانيين) من جهة، وأسلاك (أعوان التخدير والإنعاش، القبالات، مستخدمى المخابر، مسيرى الهياكل الصحية والمهنيين) من جهة أخرى، باستثناء 1,25% من المهنيين الذين يعرفون تنظيم SNPSP.

ما يمكن أيضا ملاحظته أن سلك شبه الطبيين هو السلك الأكثر معرفة واهتماما بالتمثيل والتنظيمات بنسبة 36.28%، يليه سلك المهنيين بنسبة 25.91%.

4- انخراط المستخدمين في مختلف التمثيلات العمالية

لمعرفة مدى اهتمام المستخدمين بالتمثيل العمالي والاعتماد عليه لتحقيق مطالبهم والدفاع عن مصالحهم نقدم الجدول الآتي:

الجدول (27): انخراط المستخدمين في التمثيلات العمالية حسب الجنس

| المجموع | | بدون إجابة | | لا | | نعم | | الرأي |
|---------|-------|------------|-----|-------|-------|-------|-------|---------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | الجنس |
| 100 | 254 | 0 | 0 | 59.06 | 150 | 40.94 | 104 | ذكر |
| | 44.88 | | 0 | | 56.82 | | 59.77 | % |
| 100 | 312 | 41.02 | 128 | 36.54 | 114 | 22.44 | 70 | أنثى |
| | 55.12 | | 100 | | 43.18 | | 40.23 | % |
| 100 | 566 | 22.61 | 128 | 46.65 | 264 | 30.74 | 174 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

تقدر نسبة المستخدمين من أفراد العينة الذين هم منخرطون في تمثيل عمالي معين بـ 30.74%، وبالتالي أثناء القيام بالإضراب لن يكون هناك عدد كبير للمضربين وهذا ما يدفع بالإدارة إلى ممارسة الضغوط عليهم لإجبارهم على وقف الإضراب، وإذا قمنا بمقارنتها بنسبة المستخدمين الذين سبق لهم انتخاب ممثلين البالغة 41.87% نجد أنها انخفضت على اعتبار أن كل منتخب يجب أن يكون عضو من خلال التسجيل ودفع الإشتراك السنوي، ويمكن تفسير ذلك بعدم تجديد المستخدمين لعضويتهم السنوية في مختلف التنظيمات التمثيلية، كما نلاحظ أن الاستمارات بدون إجابة مثلها جنس الإناث بنسبة 100% ولا يوجد تفسير لذلك.

5- صفة المستخدمين في التمثيلات العمالية

لمعرفة وضعية المستخدمين وصفتهم بالنسبة للتمثيلات العمالية ندرج الجدول الآتي:

الجدول (28): صفة المستخدمين في التمثيلات العمالية حسب الجنس

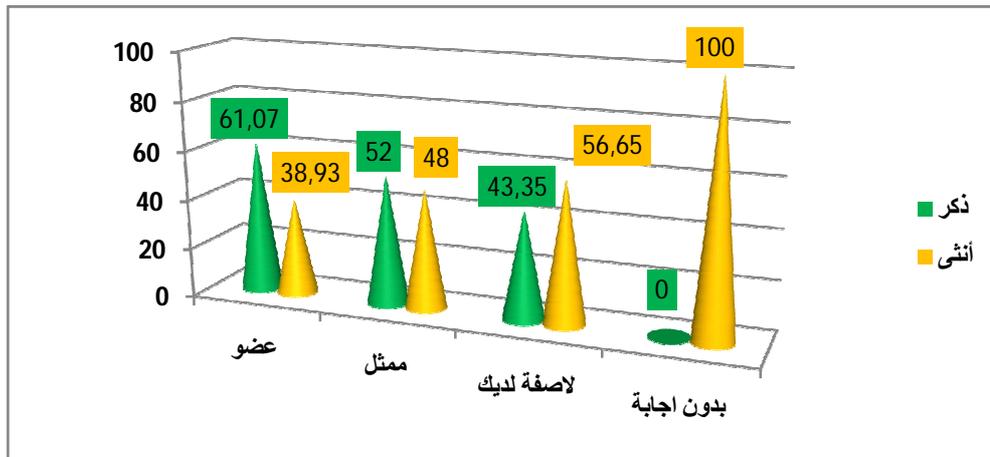
| المجموع | | بدون إجابة | | لا صفة لديك | | ممثل | | عضو | | الصفة |
|---------|----|------------|----|-------------|----|------|----|-----|----|-------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | الجنس |

| | | | | | | | | | | |
|-----|-------|-------|-----|-------|-------|------|-------|-------|-------|---------|
| 100 | 254 | 0 | 0 | 59.10 | 150 | 5.12 | 13 | 35.80 | 91 | ذكر |
| | 44.90 | | 0 | | 43.40 | | 52.00 | | 61.10 | % |
| 100 | 312 | 14.70 | 46 | 62.80 | 196 | 3.85 | 12 | 18.60 | 58 | أنثى |
| | 55.10 | | 100 | | 56.70 | | 48.00 | | 38.90 | % |
| 100 | 566 | 8.12 | 46 | 61.10 | 346 | 4.42 | 25 | 26.30 | 149 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

ولعكس الصورة بيانيا ندرج الشكل الآتي:

الشكل(33): صفة المستخدمين في التمثيلات العمالية حسب الجنس



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نستخلص أن 26.30% من أفراد العينة يأخذون صفة العضوية في التمثيلات العمالية، 61.07% منهم ذكور و 38.93% إناث، و 4.42% منهم لهم صفة ممثل حيث نلاحظ أن نسبة التمثيل بالنسبة للذكور والإناث متقاربة تبلغ 52% و 48% على التوالي، وهذا يدل على أن كلا الجنسين متساويين في ممارسة العمل النقابي والتمثيل العمالي ولم يبق هذا المجال حكرا على الرجال، ونشير أنه من خلال مقابلتنا لأربعة ممثلين وجدنا أنهم يزاولون مهامهم بشكل عادي في مناصب عملهم على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي، أما 61.10% فقد كانت إجاباتهم بأن ليس لديهم أي صفة في هذه التمثيلات العمالية و 8.12% لم يجيبوا وهذا ما يتطابق مع نسبة عدم الانخراط في الجدول السابق، أما إذا تمت المقارنة بنسبة الانخراط فنجد أن 85.63% من المنخرطين أعضاء، و 14.37% ممثلين.

6- المشاركة في الإضرابات

لنبين مدى انخراط المستخدمين في التمثيلات العمالية ومشاركتهم في العمل النقابي نقدم الجدول الآتي:

الجدول(29): مشاركة المستخدمين في الإضرابات حسب الخبرة المهنية

| المجموع | |]35-25] | |]25-15] | |]15-5] | | أقل من 5 سنوات | | الفئة العمرية |
|---------|-------|---------|-------|---------|-------|--------|-------|----------------|-------|---------------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | عدد المرات |
| 100 | 302 | 21.52 | 65 | 31.79 | 96 | 40.07 | 121 | 6.62 | 20 | أكثر من مرتين |
| | 53.36 | | 70.65 | | 69.57 | | 55 | | 17.24 | % |
| 100 | 138 | 10.87 | 15 | 20.29 | 28 | 32.61 | 45 | 36.23 | 50 | مرة واحدة |
| | 24.36 | | 16.31 | | 20.29 | | 20.45 | | 43.1 | % |
| 100 | 126 | 9.52 | 12 | 11.11 | 14 | 42.86 | 54 | 36.51 | 46 | ولامرة |
| | 22.26 | | 13.04 | | 10.14 | | 24.55 | | 39.66 | % |
| 100 | 566 | 16.26 | 92 | 24.38 | 138 | 38.87 | 220 | 20.49 | 116 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

نلاحظ أن 53.36% من المستخدمين كانت إجاباتهم تتضمن المشاركة في الإضرابات لأكثر من مرتين وهذا نظرا للإضرابات التي شهدتها قطاع الصحة العمومية في السنوات الأخيرة، كذلك نلاحظ أنه كلما زادت الخبرة المهنية للمستخدمين زاد عدد مرات المشاركة في الإضرابات، أما الذين تقل خبرتهم المهنية عن 5 سنوات فقد شاركوا لمرة واحدة أو لم يشاركوا ولا مرة في الإضرابات بنسبتي 43.1% و 39.66% على التوالي، وذلك قد يعود إلى عدم توفر الشروط القانونية كأن يكونوا مستخدمين متعاقدين لا يحق لهم الانخراط النقابي أو عدم ترسخ الوعي النقابي لديهم.

والجدول الآتي يبين أهم النتائج المحصلة:

الجدول(30): نتائج المحور الثاني من الاستبيان

| % | البيان |
|-------|--|
| 74,38 | معرفة المستخدمين بوجود تمثيلات عمالية |
| 41,87 | انتخاب المستخدمين لممثلين لهم |
| 36,28 | معرفة مستخدمي سلك شبه الطبيين بمختلف أشكال التمثيل العمالي |
| 25,91 | معرفة المهنيين بمختلف أشكال التمثيل العمالي |
| 30,74 | نسبة الانخراط في التنظيمات الممثلة للعمال |
| 85,63 | صفة العضوية في التنظيمات بالنسبة للمنخرطين |
| 14,37 | صفة التمثيل في التنظيمات بالنسبة للمنخرطين |
| 53,36 | مشاركة أفراد عينة المستخدمين في الإضرابات أكثر من مرتين |

| | |
|-------|---|
| 24,38 | مشاركة أفراد عينة المستخدمين في الإضرابات مرة واحدة |
| 22,26 | عدم مشاركة أفراد عينة المستخدمين في الإضرابات ولا مرة |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج استمارات الإستبيان

ب - جهود ونشاط التمثيلات العمالية لتلبية مطالب المستخدمين

7- تدمير المستخدمين من وضعيات طالبوا الإدارة بتحسينها

حتى نعرف إن سبق للمستخدمين وأن تدمروا من وضعيات طالبوا إدارتهم بتحسينها ندرج الجدول الآتي:

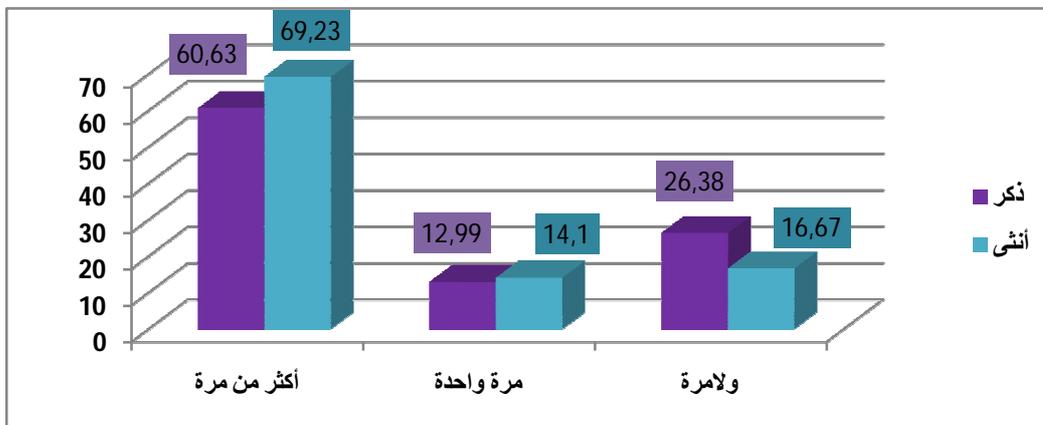
الجدول (31): تدمير المستخدمين من وضعيات طالبوا إدارتهم بتحسينها حسب الجنس

| المجموع | | أنثى | | ذكر | | الجنس |
|---------|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|---------------|
| % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | الرأي |
| 100 | 370 | 58.38 | 216 | 41.62 | 154 | أكثر من مرتين |
| | 65.37 | | 69.23 | | 60.63 | % |
| 100 | 77 | 57.14 | 44 | 42.86 | 33 | مرة واحدة |
| | 13.61 | | 14.1 | | 12.99 | % |
| 100 | 119 | 43.7 | 52 | 56.3 | 67 | ولا مرة |
| | 21.02 | | 16.67 | | 26.38 | % |
| 100 | 566 | 55.12 | 312 | 44.88 | 254 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتبيان أكثر نقدم التمثيل البياني الآتي:

الشكل (34): تدمير المستخدمين من وضعيات طالبوا إدارتهم بتحسينها حسب الجنس



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن 65.37% من أفراد العينة سبق لهم وأن تذمروا من وضعيات طالبا إدارتهم بتحسينها لأكثر من مرتين، و13.61% تذمروا مرة واحدة، بينما 21.02% لم يتذمروا ولم يطالبوا إدارتهم ولا مرة، كما نلاحظ أن نسبة الرأي بين الجنسين متقاربة في كل مرة حسب النسب في الشكل أعلاه.

8- مدى استجابة الجهات المعنية لمطالب المستخدمين

حتى نعرف مدى استجابة الجهات المعنية لمطالب المستخدمين نقدم الجدول الآتي:

الجدول(32): رأي المستخدمين في استجابة الإدارة لمطالبهم حسب الجنس

| الرأي | | نعم في كل مرة | | أحيانا | | ولا مرة | | المجموع | |
|---------|--|---------------|----|--------|-----|---------|-----|---------|-------|
| الجنس | | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi |
| ذكر | | 9.45 | 24 | 55.91 | 142 | 34.64 | 88 | 100 | 254 |
| % | | 85.72 | | 46.1 | | | | | 44.88 |
| أنثى | | 1.28 | 4 | 53.21 | 166 | 45.51 | 142 | 100 | 312 |
| % | | 14.28 | | 53.9 | | 61.74 | | | 55.12 |
| المجموع | | 4.95 | 28 | 54.42 | 308 | 40.63 | 230 | 100 | 566 |
| % | | 100 | | 100 | | 100 | | | 100 |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

حسب الجدول فإن 40.63% من أفراد العينة كان رأيهم أن إدارتهم لم تستجب لمطالبهم ولا مرة، و54.42% قالوا أنها أحيانا تستجيب للمطالب، في حين 4.95% كان رأيهم أن إدارتهم تستجيب لمطالبهم في كل مرة.

وبالرجوع إلى الجدول السابق نجد أن نسبة عدم استجابة الإدارة للمطالب ولا مرة للأفراد الذين سبق لهم وأن تذمروا أكثر من مرتين تقدر بـ 62.16%، وهذا ما يفسر نشوب النزاعات والوصول إلى مرحلة الإضرابات لأن الإدارة الجيدة هي التي تستمع وتهتم لانشغالات العمال من خلال فتح باب الحوار وانتهاج أساليب الإدارة الحديثة كعقد حلقات الجودة وغيرها من الأساليب.

9- توزيع مطالب المستخدمين "المهنية" و"الاجتماعية"

نريد أن نبين من خلال هذه البيانات نوعية المطالب التي ينادي المستخدمين بتحسينها، فهناك مطالب مهنية ومطالب اجتماعية، وفي سبيل ذلك ندرج الجدولين الآتيين:

الجدول(33): أنواع المطالب المهنية التي ينادي المستخدمين بتحسينها

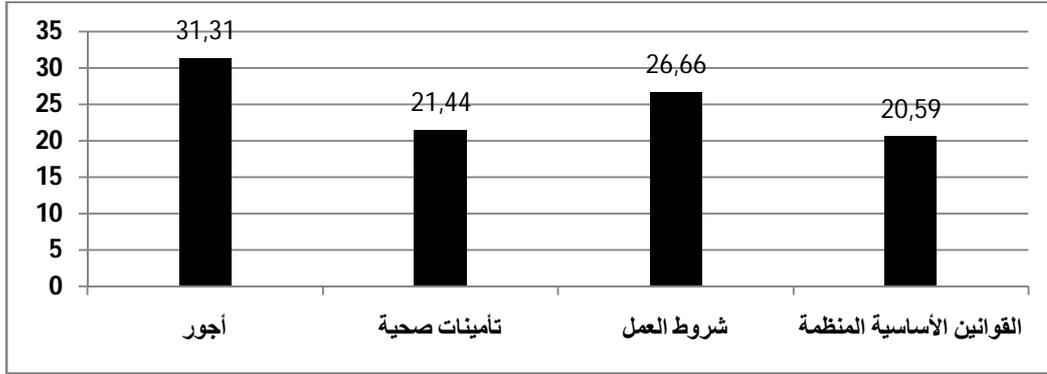
| أنواع المطالب المهنية | التكرارات | النسبة% |
|-----------------------|-----------|---------|
|-----------------------|-----------|---------|

| | | |
|-------|------|---------------------------|
| 31,31 | 444 | أجور |
| 21,44 | 304 | تأمينات صحية واجتماعية |
| 26,66 | 378 | شروط العمل |
| 20,59 | 292 | القوانين الأساسية المنظمة |
| 100 | 1418 | المجموع |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستثمارات

ولعكس الجدول ندرج الشكل الآتي:

الشكل(35):أنواع المطالب المهنية التي ينادي المستخدمون بتحسينها



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستثمارات

نلاحظ أن مجموع الإجابات أكبر من عدد أفراد العينة وهذا راجع إلى طبيعة السؤال الذي يمكن الإجابة عنه بأكثر من اختيار، كما نلاحظ أيضا أن المطالب الذي احتل المرتبة الأولى هو الأجور بنسبة 31.31% وهذا ما يؤكد عدم رضا المستخدمين عن الأجور رغم صدور الأنظمة التعويضية لبعض الأسلاك، يليه مطلب تحسين شروط العمل بنسبة 26.66% ثم التأمينات الصحية والاجتماعية بنسبة 21.44% كتأكيد على إبقائها وتحسين مزاياها والقوانين الأساسية المنظمة بنسبة 20.59% ويمكن تفسير هذه النسبة بصدور معظم القوانين الأساسية أثناء فترة الدراسة وبقي فقط التحفظ على بعض النقاط التي لم ترضي بعض فئات الأسلاك المهنية المعنية.

الجدول(34): أنواع المطالب الاجتماعية التي ينادي المستخدمون بتحسينها

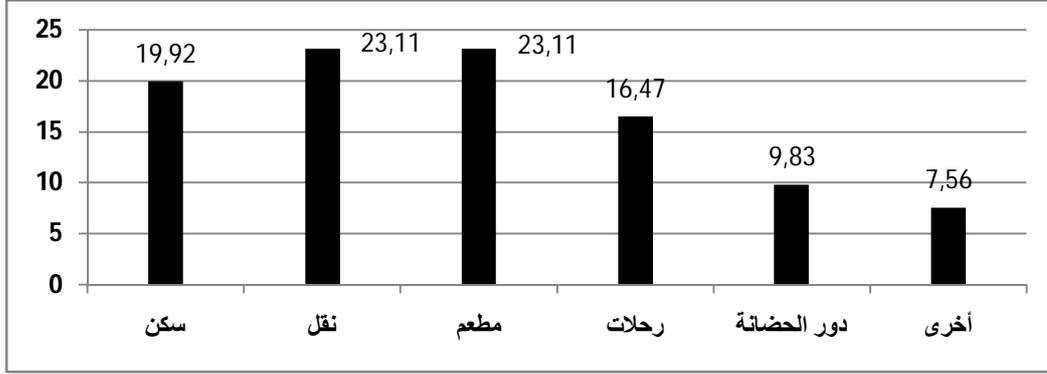
| النسبة % | التكرارات | أنواع المطالب الاجتماعية |
|----------|-----------|--------------------------|
| 19,92 | 300 | سكن |
| 23,11 | 348 | نقل |
| 23,11 | 348 | مطعم |
| 16,47 | 248 | رحلات |
| 9,83 | 148 | دور الحضانة |
| 7,56 | 114 | أخرى |

| | | |
|-----|------|---------|
| 100 | 1506 | المجموع |
|-----|------|---------|

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات الاستمارات

وللتوضيح أكثر نعرض التمثيل البياني الآتي:

الشكل(36): أنواع المطالب الاجتماعية التي ينادي المستخدمون بتحسينها



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقاً لبيانات الاستمارات

نلاحظ أنه بالنسبة للمطالب الاجتماعية، مجموع الإجابات أكبر من عدد أفراد العينة وذلك لطبيعة السؤال، وقد جاء مطلب النقل والمطعم في مقدمة المطالب بنسبة 23.11%، يليها مطلب السكن بنسبة 19.92%، ثم تنظيم رحلات وإنشاء دور حضانة ومطالب أخرى بنسب 16.47%، 9.83% و 7.56% على التوالي.

10 - العلاقة بين مطالب المستخدمين وما تحققه التمثيلات العمالية

حتى نبين رأي المستخدمين إن كان هناك توافق وانسجام بين ما يطالبون به وما تعمل تمثيلاتهم العمالية على تحقيقه نعرض الجدول الآتي:

الجدول(35): رأي المستخدمين في التوافق والانسجام بين مطالبهم وما تحققه تمثيلاتهم العمالية حسب الفئات العمرية

| المجموع | لا | | نادرا | | دائما | | الرأي |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------|
| | % | fi | % | fi | % | fi | |
| 100 | 72 | 54.17 | 39 | 45.83 | 33 | 0 | أقل من 25 سنة |
| | 12.72 | | 19.40 | | 10.25 | 0 | % |
| 100 | 212 | 46.23 | 98 | 44.34 | 94 | 9.43 | [35-25] |
| | 37.46 | | 48.76 | | 29.19 | 46.51 | % |
| 100 | 170 | 12.94 | 22 | 78.82 | 134 | 8.24 | [45-35] |
| | 30.04 | | 10.95 | | 41.62 | 32.56 | % |
| 100 | 104 | 40.38 | 42 | 53.85 | 56 | 5.77 | [55-45] |

| | | | | | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | 18.37 | | 20.89 | | 17.39 | | 13.95 | % |
| 100 | 8 | 0 | 0 | 62.50 | 5 | 37.50 | 3 | [65-55] |
| | 1.41 | | 0 | | 1.55 | | 6.98 | % |
| 100 | 566 | 35.51 | 201 | 56.89 | 322 | 7.60 | 43 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

من خلال الجدول نستخلص أن 56.89% من أفراد العينة كان رأيهم أنه نادرا ما يتم التوافق والانسجام بين مطالبهم وما تحققه التمثيلات العمالية التي ينتمون إليها، وهذا يتعارض مع مبدأ العمل النقابي أين يسهر الممثلين ومسؤولي التنظيمات النقابية على مصالح العمال، كما أن 35.51% كان رأيهم أنه لا يوجد توافق تماما بين مطالبهم وما يحصله ممثليهم من الإدارة المعنية، وهذا ما يفسر انخفاض نسبة الإنخراط في التنظيمات التمثيلية للعمال، في حين 7.60% دائما ما تتوافق مطالبهم مع ما يحققه ممثليهم.

11- رأي المستخدمين في جهود الممثلين لتلبية مطالبهم

فيما يلي سنبين رأي المستخدمين في الجهود التي يبذلها ممثليهم من أجل تحسين وضعية العمل.

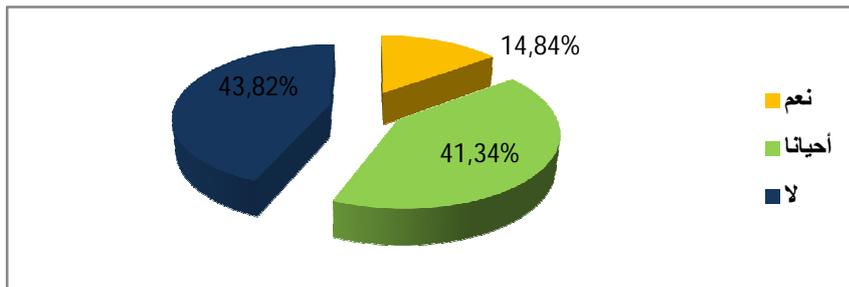
الجدول (36): رأي المستخدمين في جهود ممثليهم المبذولة

| المجموع | | لا | | أحيانا | | نعم | | الرأي |
|---------|-----|-------|-----|--------|-----|-------|----|-------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | |
| 100 | 566 | 43,82 | 248 | 41,34 | 234 | 14,84 | 84 | |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتوضيح نقدم الشكل الآتي:

الشكل (37): رأي المستخدمين في جهود ممثليهم المبذولة



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن 43.82% من أفراد العينة يعتقدون أن ممثليهم لا يبذلون جهدا كافيا لتلبية مطالبهم وتحسين شروط عملهم، بينما 41.34% يرون أن الممثلين أحيانا فقط يبذلون جهدا وهم مقصرون في أداء المهام الموكلة إليهم والقيام بنشاطهم الذي ينبغي أن يكون نضالي وكفاحي، و14.84% يرون أن ممثليهم يبذلون جهدا لتحقيق مطالبهم وتحسين وضعيتهم.

12- رأي المستخدمين في العلاقة بين تقصير الممثلين في أداء مهامهم ونشوب النزاعات

للغوص أكثر نقدم الجدول الآتي، الذي يبين إن كان تقصير ممثلي العمال في القيام بدورهم هو ما يدفع إلى نشوب النزاعات والقيام بإضرابات.

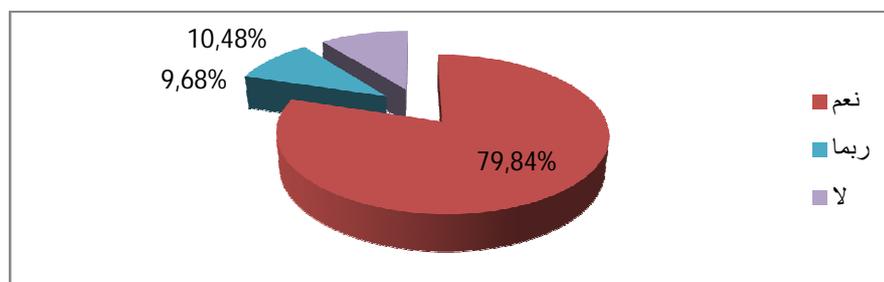
الجدول (37): رأي المستخدمين في العلاقة بين تقصير ممثلي العمال ونشوب النزاعات

| الرأي | نعم | | ربما | | لا | | المجموع | |
|-------|-----|-------|------|------|----|-------|---------|-----|
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| | 198 | 79,84 | 24 | 9,68 | 26 | 10,48 | 248 | 100 |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

ولعكس الجدول نعرض التمثيل البياني الآتي:

الشكل (38): رأي المستخدمين في العلاقة بين تقصير ممثلي العمال ونشوب النزاعات



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن 43.82% من أفراد العينة الذين يرون أن ممثليهم المنتخبين لا يبذلون جهدا كافيا من أجل تحسين وضعية العمل يتوزعون كالتالي: 79.84% منهم يعتقد أن تقصير الممثلين في القيام بدورهم كما ينبغي هو ما يدفع إلى نشوب النزاعات والقيام بإضرابات، في حين أجاب 9.68% بـ "ربما" يكون التقصير هو السبب، بينما 10.48% لهم رأي مغاير ولا يعتقدون أن تقصير ممثليهم في أداء مهامهم هو ما يدفع إلى نشوب النزاعات.

13 - أسباب التقصير في أداء الممثلين لمهامهم

لنبين أسباب التقصير في أداء مهام الممثلين حسب رأي الجنسين من المستخدمين نقدم الجدول الآتي:

الجدول(38): أسباب تقصير الممثلين في أداء مهامهم حسب رأي الجنسين من المستخدمين

| السبب | | النشاط الذي يغلب عليه الطابع السياسي | | المشكل يكمن في الإدارة | | طريقة الانتخاب والاختيار | | مستوى المنتخبين | | المجموع | |
|---------|--|--------------------------------------|-------|------------------------|-------|--------------------------|-------|-----------------|-------|---------|-----|
| الجنس | | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi |
| ذكر | | 13.73 | 49 | 34.45 | 123 | 17.09 | 61 | 34.73 | 124 | 43.97 | 357 |
| % | | | 36.84 | | 40.59 | | 45.86 | | 51.02 | | |
| أنثى | | 18.46 | 84 | 39.56 | 180 | 15.82 | 72 | 26.16 | 119 | 56.03 | 455 |
| % | | | 63.16 | | 59.41 | | 54.14 | | 48.98 | | |
| المجموع | | 16.38 | 133 | 37.32 | 303 | 16.38 | 133 | 29.93 | 243 | | 812 |
| % | | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

نلاحظ أن عدد الإجابات أكبر من عدد أفراد العينة وهذا لطبيعة السؤال، كذلك نلاحظ أن "المشكل يكمن في الإدارة" كان السبب الرئيسي في تقصير أداء مهام الممثلين بنسبة 37,32% من خلال عرقلة عملهم حسب رأي الجنسين بنسبة 59.41% للإناث و40.59% للذكور، وهذا ما يتوافق مع مبدأ المصالح المتناقضة للإدارة والتنظيمات العمالية على مر السنين، ثم "مستوى المنتخبين" بالدرجة الثانية سواء العلمي أو الثقافي بنسبة 29,93% الذي يمكنهم من المفاوضة، حيث رأينا أنه لا بد من توفر صفات في المفاوض وأن يتحكم في الاستراتيجيات التفاوضية التي تمكنه من أداء مهامه بكفاءة، ليأتي سبب "النشاط الذي يغلب عليه الطابع السياسي" بنسبة 16,38% من خلال ممارسة السياسة وتوجيه نشاط بعض التنظيمات حسب سياسة الدولة، وسبب "طريقة انتخاب واختيار الممثلين" أيضا بنسبة 16.38%، وذلك من خلال عدم الإلتزام بإجراءات الإلتزام وشروط الترشح التي يكفلها القانون، واللجوء إلى تغيير المعايير مما يؤثر على نوعية التمثيل العمالي الذي يُعتمد عليه للدفاع عن مصالح العمال المهنية والاجتماعية.

14 - رأي المستخدمين في تأثير نوع التمثيل العمالي على نشوب النزاعات

لتبيان إن كان لنوع التمثيل العمالي دور في نشوب النزاعات والقيام بإضرابات ندرج الجدول الآتي:

الجدول(39): رأي المستخدمين في تأثير نوع التمثيل العمالي في نشوب النزاعات حسب الجنس

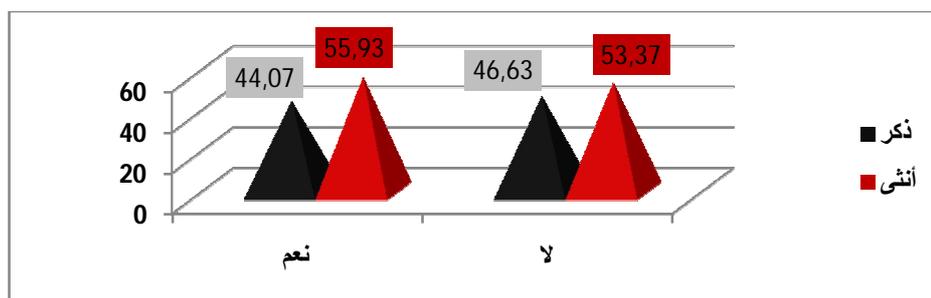
| الرأي | | لا | | نعم | | المجموع | |
|-------|--|----|----|-----|----|---------|----|
| الجنس | | % | fi | % | fi | % | fi |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| 100 | 254 | 32.68 | 83 | 67.32 | 171 | ذكر |
| | 44.88 | | 46.63 | | 44.07 | % |
| 100 | 312 | 30.45 | 95 | 69.55 | 217 | أنثى |
| | 55.12 | | 53.37 | | 55.93 | % |
| 100 | 566 | 31.45 | 178 | 68.55 | 388 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

ولعرض الجدول في صورة بيانية نقدم الشكل الآتي:

الشكل(39): رأي المستخدمين في تأثير نوع التمثيل العمالي في نشوب النزاعات حسب الجنس



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نستخلص أن 68.55% من المستخدمين كان رأيهم أن لنوع التمثيل العمالي دور في نشوب النزاعات والقيام بإضرابات من خلال تأثير درجة ثقافة الممثلين وتشبعهم بالوعي النقابي والروح النضالية، بالإضافة إلى تأثير درجة الاستقلالية التي يتمتع بها التنظيم العمالي عن أي حزب سياسي أو جهة تمويلية، في حين يعتقد 31.45% أنه ليس لنوع التمثيل العمالي دور في نشوب النزاعات، وفي كلتا الحالتين كانت النسب متقاربة بين رأي الجنسين حسب بيانات الشكل أعلاه.

15 - إمكانية تلبية الممثلين لمطالب المستخدمين دون الوصول إلى الإضرابات

لمعرفة رأي المستخدمين في إمكانية تلبية احتياجات المستخدمين وتحقيق مطالبهم دون الوصول إلى مرحلة الإضرابات نعرض الجدول الآتي:

الجدول(40): رأي المستخدمين في إمكانية تلبية الممثلين لمطالبهم دون الوصول للإضرابات حسب الجنس

| المجموع | | لا | | على الأغلب | | نعم | | الرأي |
|---------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|-------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | الجنس |
| 100 | 254 | 40.94 | 104 | 29.92 | 76 | 29.14 | 74 | ذكر |
| | 44.88 | | 50.49 | | 33.93 | | 54.41 | % |
| 100 | 312 | 32.69 | 102 | 47.44 | 148 | 19.87 | 62 | أنثى |

| | | | | | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | 55.12 | | 49.51 | | 66.07 | | 45.59 | % |
| 100 | 566 | 36.39 | 206 | 39.58 | 224 | 24.03 | 136 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

نلاحظ أن 36.39% من المستخدمين يرون أنه لا يمكن للممثلين تلبية مطالبهم دون الوصول إلى مرحلة الإضرابات، ويرجع ذلك إلى ضعف قدرتها التفاوضية فكل التنظيمات العمالية المستقلة التي أنشأت بعد سنة 1990 غير معترف بها أثناء إبرام الاتفاقيات ويبقى السلاح الوحيد هو التهديد بإضراب العمال وتنفيذه، أما 24.03% فكان رأيهم أن الممثلين قادرين على تلبية مطالبهم دون الوصول إلى الإضرابات.

16 - اللجوء إلى الوسائل التنظيمية والقانونية لتلبية المطالب

لمعرفة إن سبق للمستخدمين من خلال تمثيلاتهم العمالية اللجوء إلى وسائل تنظيمية وقانونية للحصول على مطالبهم قبل استخدام وسيلة الإضراب نقدم الجدول الآتي:

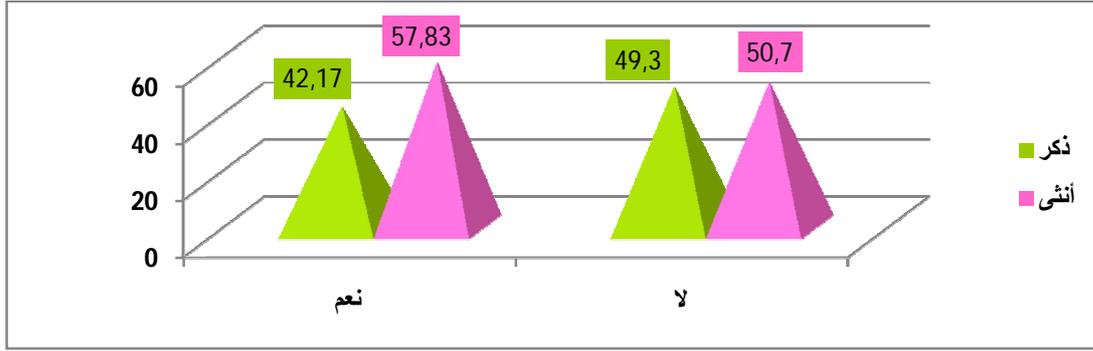
الجدول (41): لجوء المستخدمين لوسائل تنظيمية وقانونية لتلبية مطالبهم

| المجموع | | لا | | نعم | | الرأي |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| % | fi | % | fi | % | fi | الجنس |
| 100 | 254 | 41.73 | 106 | 58.27 | 148 | ذكر |
| | 44.88 | | 49.30 | | 42.17 | % |
| 100 | 312 | 34.94 | 109 | 65.06 | 203 | أنثى |
| | 55.12 | | 50.70 | | 57.83 | % |
| 100 | 566 | 37.99 | 215 | 62.01 | 351 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتوضيح نعرض الشكل الآتي:

الشكل (40): لجوء المستخدمين لوسائل تنظيمية وقانونية لتلبية مطالبهم



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن 62.01% من أفراد العينة قد لجؤوا إلى وسائل تنظيمية وقانونية لتلبية مطالبهم قبل استخدام وسيلة الإضراب كالتقدم بعريضة تتضمن مطالبهم، التي غالبا ما تكون مطالب مهنية يكفلها لهم القانون وعدم تنفيذها يعرض صاحب العمل إلى إجراءات قانونية تتخذها الهيئات المختصة كمفتشية العمل، أما 37.99% فلم يلجئوا من قبل إلى هذه الوسائل، 50.7% منهم إناث و 49.3% ذكور. نفترض أنهم يعتبرون الإضراب هو الوسيلة الوحيدة لتحقيق مطالبهم، وهذا ماسنختبره في المؤشر الموالي.

17- رأي المستخدمين في الإضراب كوسيلة لتحقيق مطالبهم

من أجل اختبار الفرضية السابقة المتمثلة في اعتقاد المستخدمين بأن الإضرابات هي الوسيلة الوحيدة لتحقيق مطالبهم نقدم الجدول الآتي:

الجدول (42): رأي المستخدمين في الإضرابات كوسيلة لتحقيق مطالبهم حسب الفئات العمرية

| المجموع | |]55-65] | |]45-55] | |]45-35] | |]35-25] | | أقل من 25 سنة | | الفئات العمرية الرأي |
|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|---------------|-------|-------------------------|
| % | fi | % | fi | |
| 100 | 341 | 0 | 0 | 18,48 | 63 | 36,07 | 123 | 34,02 | 116 | 11,44 | 39 | نعم |
| | 60,25 | | 0 | | 61,77 | | 71,93 | | 54,72 | | 54,17 | % |
| 100 | 167 | 3,59 | 6 | 18,56 | 31 | 22,16 | 37 | 40,72 | 68 | 14,97 | 25 | أحيانا |
| | 29,5 | | 66,67 | | 30,39 | | 21,64 | | 32,07 | | 34,72 | % |
| 100 | 58 | 5,17 | 3 | 13,27 | 8 | 18,97 | 11 | 48,27 | 28 | 13,79 | 8 | لا |
| | 10,25 | | 33,33 | | 7,84 | | 6,43 | | 13,21 | | 11,11 | % |
| 100 | 566 | 1,59 | 9 | 18,02 | 102 | 30,21 | 171 | 37,46 | 212 | 12,72 | 72 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

نلاحظ أن 60.25% من المستخدمين كان رأيهم أن الإضرابات هي الوسيلة الوحيدة لتحقيق مطالبهم، 34.02% ينتمون إلى الفئة العمرية [35-25] سنة، 36.07% ينتمون إلى الفئة العمرية [45-35] سنة و18.48% من الفئة [55-45] سنة، في حين نجد أن 29.5% كان رأيهم أن أحيانا تكون الإضرابات هي الوسيلة لتلبية مطالبهم، بينما 10.25% يعتقدون أن الإضرابات ليست الوسيلة الوحيدة لتحقيق مطالبهم.

18- شعور المستخدمين بمعاونة المرضى في حالة القيام بإضرابات

لمعرفة شعور المستخدمين بمعاونة المرضى في حالة القيام بإضرابات على اعتبار الخدمة في قطاع الصحة ذات طابع إنساني نقدم الجدول الآتي:

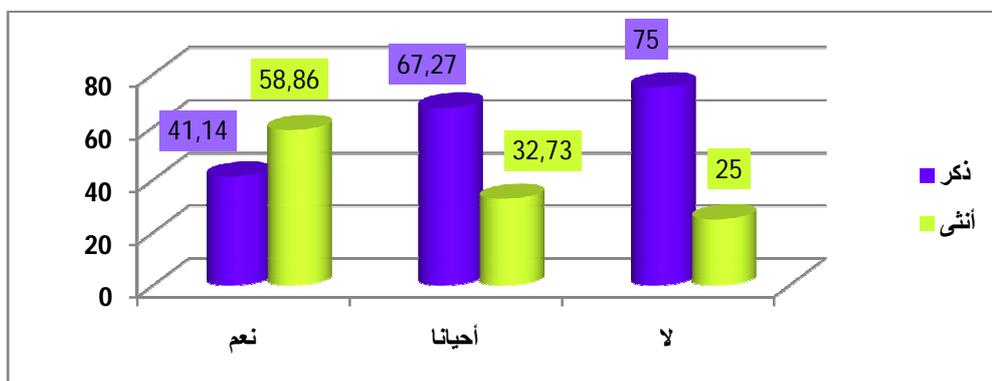
الجدول(43): شعور المستخدمين بمعاونة المرضى في حالة القيام بإضرابات حسب الجنس

| المجموع | | لا | | أحيانا | | نعم | | الرأي |
|---------|-------|------|-------|--------|-------|-------|-------|---------|
| % | f_i | % | f_i | % | f_i | % | f_i | الجنس |
| 100 | 254 | 5.90 | 15 | 14.57 | 37 | 79.53 | 202 | ذكر |
| | 44.88 | | 75 | | 67.27 | | 41.14 | % |
| 100 | 312 | 1.60 | 5 | 5.77 | 18 | 92.63 | 289 | أنثى |
| | 55.12 | | 25 | | 32.73 | | 58.86 | % |
| 100 | 566 | 3.53 | 20 | 9.72 | 55 | 86.75 | 491 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتوضيح نعرض الشكل الآتي:

الشكل(41): شعور المستخدمين بمعاونة المرضى في حالة القيام بإضرابات حسب الجنس



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نستخلص أن 86.75% من المستخدمين يشعرون بمعاناة المرضى في حالة قيامهم بالإضراب وهذا بالنسبة للجنسين، حيث شكلت الإناث نسبة 58.86% والذكور نسبة 41.14% وهذا ما يفسر التزامهم بتقديم الحد الأدنى من الخدمات في فترة الإضرابات، أما نسبة 9.72% فقد أجابت بأنها أحيانا تشعر بمعاناة المرضى، بينما 3.53% لا تشعر بمعاناة المرضى، 75% منهم ذكور و 25% إناث، وترجيح ذلك كونهم ينتمون للأسلاك ذات الطابع الإداري والتقني وبالتالي ليس لهم علاقة مباشرة مع المرضى. والجدول الآتي يعرض أهم النتائج المتعلقة بجهود ونشاط ممثلي المستخدمين:

الجدول(44): نتائج المحور الثالث من الاستبيان

| البيان | % |
|---|-------|
| أفراد العينة الذين سبق لهم التذمر أكثر من مرتين من وضعيات طالبوا الإدارة بتحسينها | 65,37 |
| أفراد العينة الذين لم تستجب الإدارة لمطالبهم ولا مرة | 40,63 |
| رأي أفراد العينة في توافق مطالبهم مع ما تحققه التمثيلات العمالية نادرا | 56,89 |
| رأي أفراد العينة في عدم توافق مطالبهم مع ما تحققه التمثيلات العمالية ولا مرة | 35,51 |
| رأي الممثلين في عدم بذل الممثلين جهدا كافيا لتلبية مطالبهم | 43,82 |
| تقصير الممثلين في القيام بدورهم هو ما يدفع إلى نشوب النزاعات | 79,84 |
| نوع التمثيل العمالي يؤثر في نشوب النزاعات | 68,55 |
| الإضرابات هي الوسيلة الوحيدة لتلبية مطالب المستخدمين | 60,25 |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج استمارات الإستبيان

ج- الوضعية الاجتماعية وتأثير النزاعات على أداء الموارد البشرية

19- مدى رضا المستخدمين عن الأجور وظروف العمل

لمعرفة مدى رضا المستخدمين عن الأجر الذي يتقاضونه نقدم الجدول الآتي:

الجدول(45): مدى رضا المستخدمين عن الأجر الذي يتقاضونه حسب الأسلاك المهنية

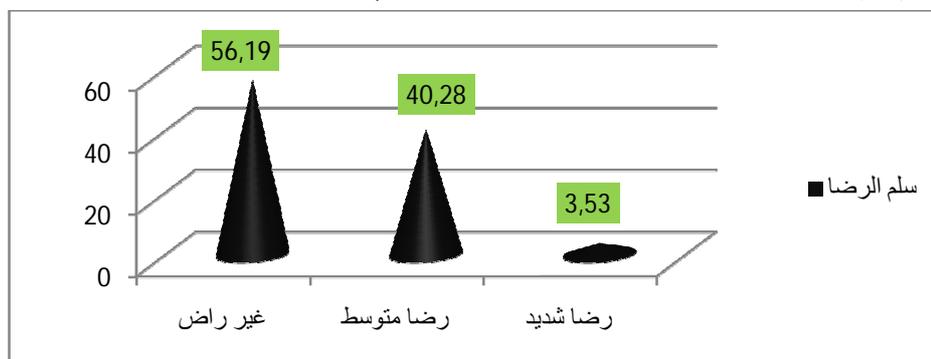
| المجموع | غير راض | | رضا متوسط | | رضا شديد | | سلم الرضا السلك المهني |
|---------|---------|-------|-----------|----|----------|------|---------------------------|
| | % | fi | % | fi | % | fi | |
| 100 | 48 | 41.67 | 20 | 50 | 24 | 8.33 | 4 |
| | 8.48 | | 6.29 | | 10.53 | | 20 |
| 100 | 40 | 60 | 24 | 40 | 16 | 0 | 0 |
| | 7.07 | | 7.55 | | 7.02 | | 0 |

| | | | | | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|------|-----|-------------------------------------|
| 100 | 16 | 75 | 12 | 25 | 4 | 0 | 0 | الممارسين الطبيين |
| | 2.83 | | 3.77 | | 1.75 | | 0 | % |
| 100 | 198 | 52.53 | 104 | 42.42 | 84 | 5.05 | 10 | المستخدمين شبه الطبيين |
| | 34.98 | | 32.70 | | 36.84 | | 50 | % |
| 100 | 8 | 50 | 4 | 50 | 4 | 0 | 0 | الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش |
| | 1.41 | | 1.26 | | 1.75 | | 0 | % |
| 100 | 48 | 58.33 | 28 | 41.67 | 20 | 0 | 0 | القبالات |
| | 8.48 | | 8.81 | | 8.77 | | 0 | % |
| 100 | 10 | 80 | 8 | 20 | 2 | 0 | 0 | المستخدمين التابعين للمخابر |
| | 1.77 | | 2.51 | | 0.88 | | 0 | % |
| 100 | 64 | 68.75 | 44 | 31.25 | 20 | 0 | 0 | مسيري الهياكل الصحية |
| | 11.31 | | 13.84 | | 8.77 | | 0 | % |
| 0 | 134 | 55.22 | 74 | 40.3 | 54 | 4.48 | 6 | المهنيين |
| | 23.67 | | 23.27 | | 23.69 | | 30 | % |
| 100 | 566 | 56.19 | 318 | 40.28 | 228 | 3.53 | 20 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

و للتوضيح نقدم التمثيل البياني الآتي:

الشكل(42): مدى رضا المستخدمين عن الأجر الذي يتقاضونه حسب الأسلاك المهنية



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نستخلص أن 96.47% من أفراد العينة غير راضين عن الأجر الذي يتقاضونه، منهم 56.19% غير راضين تماما عن الأجر، على رأسهم مستخدمي سلك شبه الطبيين بنسبة 32.7% رغم أنه تم الإفراج عن القانون الأساسي والنظام التعويضي الخاص بهم في مارس 2011، يليه سلك المهنيين بنسبة 23.27% ثم سلك مسيري الهياكل الصحية بنسبة 13.84%، أما 40.28% الذين لديهم رضا متوسط فيمثل سلك شبه الطبيين نسبة 36.84% وسلك المهنيين 23.69%، و فقط 3.53% كان لهم رضا شديد عن الأجر التي يتقاضونها، وهذه النتائج تتوافق مع جدول توزيع الأجر حسب الأسلاك المهنية، حيث كلما انخفضت الأجر كلما زادت درجة عدم الرضا لدى الأسلاك المهنية.

ولمعرفة مدى رضاهم عن ظروف العمل نعرض الجدول الآتي:

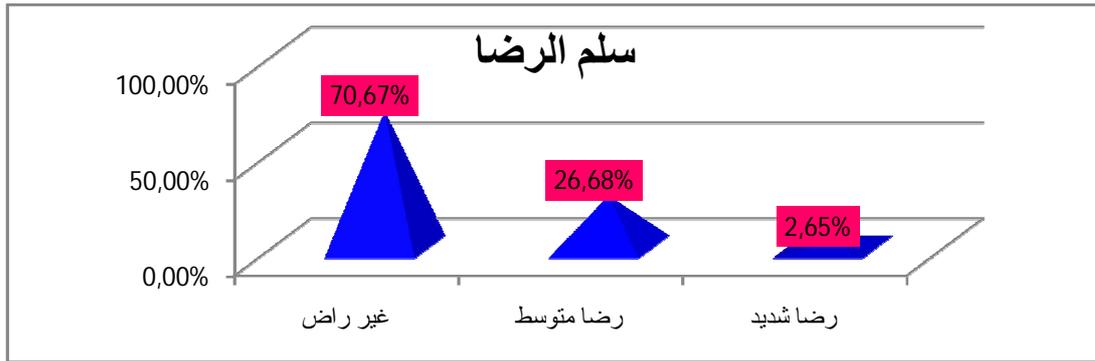
الجدول(46): مدى رضا المستخدمين عن ظروف العمل حسب الجنس

| المجموع | | غير راض | | رضا متوسط | | رضا شديد | | سلم الرضا |
|---------|-------|---------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|
| % | f_i | % | f_i | % | f_i | % | f_i | الجنس |
| 100 | 254 | 64.57 | 164 | 32.28 | 82 | 3.15 | 8 | ذكر |
| | 44.88 | | 41 | | 54.3 | | 53.33 | % |
| 100 | 312 | 75.64 | 236 | 22.12 | 69 | 2.24 | 7 | أنثى |
| | 55.12 | | 59 | | 45.7 | | 46.67 | % |
| 100 | 566 | 70.67 | 400 | 26.68 | 151 | 2.65 | 15 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتوضيح أكثر نقدم التمثيل البياني الآتي:

الشكل(43): مدى رضا المستخدمين عن ظروف العمل حسب الجنس



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نستخلص أن 70.67% من أفراد العينة غير راضين عن ظروف العمل و 26.6% لديهم رضا متوسط، وهذا دليل على أن ظروف العمل سيئة وغير ملائمة، وهذا ما سيؤثر على أداء العاملين حيث أثبتت نظريات التنظيم أن توفير بيئة عمل جيدة فيما يخص شروط العمل من أدوات وجو مناسب تؤثر إيجابيا على نوعية وجودة أداء العاملين، كما نلاحظ أيضا أن فقط 2.65% لديهم رضا شديد عن الظروف التي يعملون بها.

20 - دوافع قبول المستخدمين بوظيفة إضافية في القطاع الخاص

نقدم الجدول الآتي لتبيان المستخدمين الذين يملكون وظيفة إضافية في القطاع الخاص والدوافع التي حفزتهم لقبول الوظيفة.

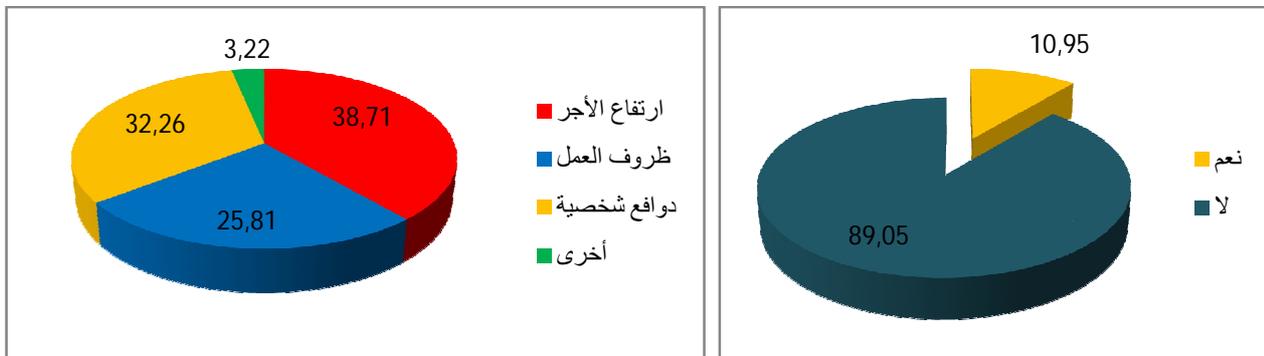
الجدول(47): توزيع الدوافع التي حفزت الأفراد الذين يملكون وظيفة إضافية في القطاع الخاص

| المجموع | | لا | | نعم | | الرأي |
|----------------|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|----------------|
| % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | |
| 100 | 566 | 89,05 | 504,00 | 10,95 | 62,00 | |
| الدوافع | | | | | | |
| | | | | 38,71 | 24 | ارتفاع الأجر |
| | | | | 25,81 | 16 | ظروف العمل |
| | | | | 32,26 | 20 | دوافع شخصية |
| | | | | 3,22 | 2 | أخرى |
| 100 | 566 | 100 | 504 | 100 | 62 | المجموع |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتوضيح نورد الشكل الآتي:

الشكل(44): توزيع الدوافع التي حفزت الأفراد الذين يملكون وظيفة إضافية في القطاع الخاص



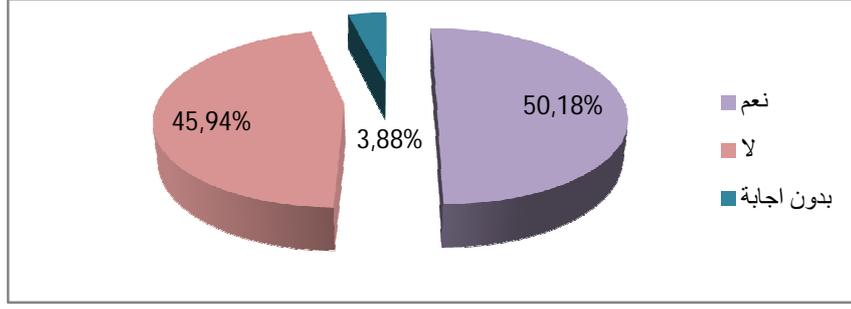
المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

من قراءة الشكل نجد أن 10.95% من أفراد العينة لديهم وظيفة إضافية في القطاع الخاص، 38.71% كان دافعهم زيادة الأجر لتأتي الدوافع الشخصية في المرتبة الثانية بنسبة 32.26% ثم ملائمة ظروف العمل بنسبة 25.81% و دوافع أخرى بنسبة 3.22%.

21- رأي المستخدمين في عرض وظيفة في القطاع الخاص

لمعرفة رأي المستخدمين في حالة عرض وظيفة عليهم في القطاع الخاص، بالموافقة أو الرفض نعرض الشكل الآتي:

الشكل(45): رأي المستخدمين في عرض وظيفة في القطاع الخاص



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن 50.18% من أفراد العينة كان رأيهم بقبول عرض وظيفة في القطاع الخاص، وذلك نظرا للمزايا التي يحصلونها سواء بزيادة أجرهم أو تحسين ظروف عملهم، فيما كان رأي 45.94% منهم برفض العرض وعند الاستفسار لدى بعض المستخدمين من خلال المقابلات التي أجريت مع تسعة أفراد من مصلحة الإنعاش الطبي كان السبب أيضا المزايا التي يتوفر عليها العمل في القطاع العمومي كالتأمينات الصحية والاجتماعية بالإضافة إلى الاستفادة من نظام التقاعد في نهاية الخدمة وغيرها من المزايا، في حين لم يعط 3.88% من أفراد العينة رأيهم.

22- تأثير ظروف العمل على أداء المستخدمين

حتى نعرف تأثير ظروف العمل على أداء المستخدمين أثناء قيامهم بأداء مهامهم نعرض الجدول الآتي:

الجدول (48): تأثير ظروف العمل على أداء المستخدمين حسب الخبرة المهنية

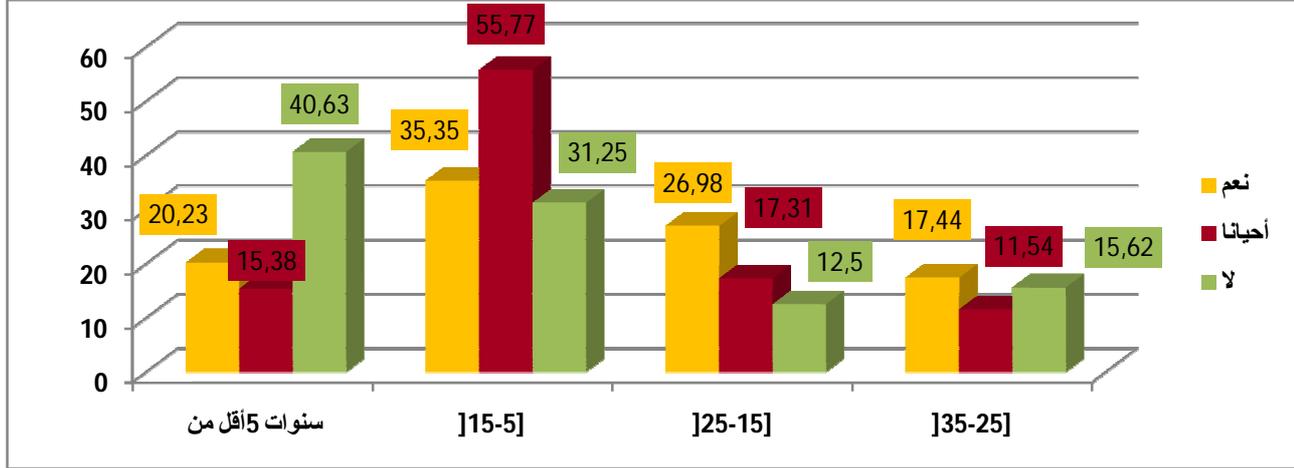
| المجموع | | لا | | أحيانا | | نعم | | الرأي |
|---------|----------------------|-------|----------------------|--------|----------------------|-------|----------------------|----------------|
| % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | % | <i>f_i</i> | الخبرة المهنية |
| 100 | 116 | 11.21 | 13 | 13.79 | 16 | 75 | 87 | أقل من 5 سنوات |
| | 20.49 | | 40.63 | | 15.38 | | 20.23 | % |
| 100 | 220 | 4.55 | 10 | 26.36 | 58 | 69.09 | 152 | [15-5] |
| | 38.87 | | 31.25 | | 55.77 | | 35.35 | % |
| 100 | 138 | 2.90 | 4 | 13.04 | 18 | 84.06 | 116 | [25-15] |
| | 24.38 | | 12.5 | | 17.31 | | 26.98 | % |
| 100 | 92 | 5.44 | 5 | 13.04 | 12 | 81.52 | 75 | [35-25] |
| | 16.26 | | 15.62 | | 11.54 | | 17.44 | % |
| 100 | 566 | 5.65 | 32 | 18.38 | 104 | 75.97 | 430 | المجموع |

| | | | | |
|-----|-----|-----|-----|---|
| 100 | 100 | 100 | 100 | % |
|-----|-----|-----|-----|---|

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

ولتبيان أفضل نورد التمثيل البياني الآتي:

الشكل(46): تأثير ظروف العمل على أداء المستخدمين حسب الخبرة المهنية



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

من قراءة الجدول والشكل يتبين أن 75.97% من المستخدمين يتأثرون بظروف العمل أثناء تأديتهم لمهامهم، 35.35% خبرتهم المهنية بين [5-15] سنة و 26.98% خبرتهم بين [15-25] سنة، وهذا ما يتطابق مع الفئات العمرية [25-35] و [35-45] سنة وهي الفئات التي تشكل أغلبية سلك شبه الطبيين الذين يقدمون الخدمة مباشرة للمرضى، و 18.38% قالوا أن ظروف العمل أحيانا تؤثر على أدائهم، لذا يجب الإهتمام بظروف العمل وتوفير الجو والبيئة المناسبة لأداء النشاطات المقدمة على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي ابن باديس لأنها إن كانت جيدة ستعكس إيجابا على نوعية وجودة الخدمة الصحية التي تقدمها الموارد البشرية العاملة بالمستشفى، والعكس إن كانت سيئة فسيكون التأثير سلبي، أما 5.65% فظروف العمل لا تؤثر على أدائهم، 40.63% خبرتهم المهنية أقل من 5 سنوات.

23- تأثير النزاعات على نوعية وجودة الأداء

حتى نعرف إن كانت النزاعات والإضرابات بشكل خاص تؤثر في نوعية وجودة الأداء نقدم الجدول الآتي:

الجدول(49): رأي المستخدمين في تأثير النزاعات على نوعية وجودة الأداء حسب الأسلاك المهنية

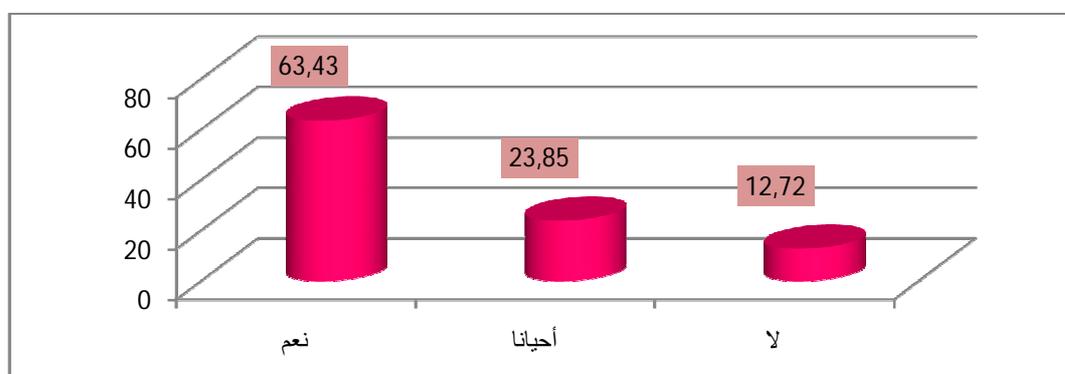
| المجموع | | لا | | أحيانا | | نعم | | الرأي |
|---------|----|----|----|--------|----|-----|----|-----------------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | الأسلاك المهنية |

| | | | | | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------------------------------|
| 100 | 48 | 0 | 0 | 16.67 | 8 | 83.33 | 40 | الأطباء الاستشفائيين الجامعيين |
| | 8.48 | | 0 | | 5.93 | | 11.14 | % |
| 100 | 40 | 30 | 12 | 20 | 8 | 50 | 20 | الأطباء المتخصصين |
| | 7.07 | | 16.67 | | 5.93 | | 5.57 | % |
| 100 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 16 | الممارسين الطبيين |
| | 2.83 | | 0 | | 0 | | 4.46 | % |
| 100 | 198 | 14.14 | 28 | 20.71 | 41 | 65.15 | 129 | المستخدمين شبه الطبيين |
| | 34.98 | | 38.89 | | 30.37 | | 35.93 | % |
| 100 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 8 | الأعوان الطبيين في التخدير والإعاش |
| | 1.41 | | 0 | | 0 | | 2.23 | % |
| 100 | 48 | 8.33 | 4 | 41.67 | 20 | 50 | 24 | القابلات |
| | 8.48 | | 5.55 | | 14.81 | | 6.69 | % |
| 100 | 10 | 0 | 0 | 20 | 2 | 80 | 8 | المستخدمين التابعين للمخابر |
| | 1.77 | | 0 | | 1.48 | | 2.23 | % |
| 100 | 64 | 17.18 | 11 | 42.19 | 27 | 40.63 | 26 | مسيري الهياكل الصحية |
| | 11.31 | | 15.28 | | 20 | | 7.24 | % |
| 100 | 134 | 12.69 | 17 | 21.64 | 29 | 65.67 | 88 | المهنيين |
| | 23.67 | | 23.61 | | 21.48 | | 24.51 | % |
| 100 | 566 | 12.72 | 72 | 23.85 | 135 | 63.43 | 359 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

ولتقديم صورة بيانية عن الجدول نعرض الشكل الآتي:

الشكل(47): رأي المستخدمين في تأثير النزاعات على نوعية وجودة الأداء حسب الأسلاك المهنية



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن 63.43% من المستخدمين كان رأيهم أن النزاعات والإضرابات بشكل خاص تؤثر في نوعية وجودة الأداء في مقدمتهم سلك شبه الطبيين بنسبة 35.93% على اعتبار أنهم المسؤولين المباشرين على تقديم الخدمات الصحية اليومية للمرضى، ثم سلك المهنيين بنسبة 24.51%، يليه سلك الأطباء الاستشفائيين الجامعيين بنسبة 11.14% الذين يكون أداءهم بيداغوجيا بالدرجة الأولى باعتبارهم المسؤولين عن تكوين الموارد البشرية ذات المهن الصحية بالمستشفى، في حين 23.85% تؤثر النزاعات والإضرابات أحيانا على نوعية وجودة الأداء، و12.72% رأيهم أن النزاعات لا تؤثر على جودة الأداء.

24- أشكال تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية المقدمة

لمعرفة مدى تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمرضى وأشكال التأثير نقدم الجدول الآتي:

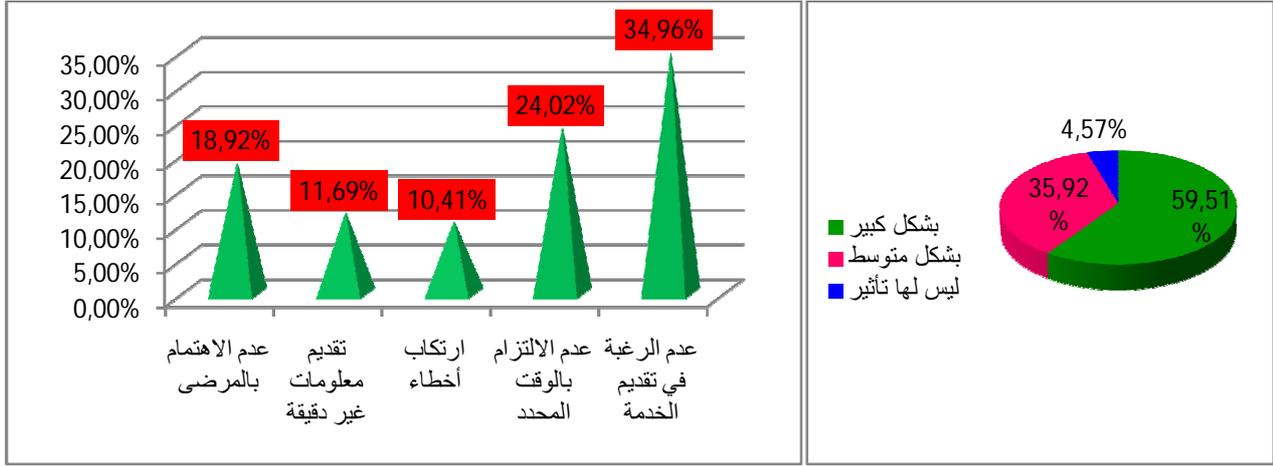
الجدول (50): أشكال تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية

| المجموع | | عدم الاهتمام بالمرضى | | تقديم معلومات غير دقيقة | | ارتكاب أخطاء | | عدم الالتزام بالوقت المحدد | | عدم الرغبة في تقديم الخدمة | | نوع التأثير |
|---------|-------|----------------------|-------|-------------------------|-------|--------------|-------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|---------------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | سلم التأثير |
| 100 | 560 | 20.35 | 114 | 10 | 56 | 7.68 | 43 | 23.93 | 134 | 38.04 | 213 | بشكل كبير |
| | 59.51 | | 64.04 | | 50.91 | | 43.88 | | 59.29 | | 64.74 | % |
| 100 | 338 | 17.46 | 59 | 14.20 | 48 | 15.09 | 51 | 27.22 | 92 | 26.03 | 88 | بشكل متوسط |
| | 35.92 | | 33.15 | | 43.64 | | 52.04 | | 40.71 | | 26.75 | % |
| 100 | 43 | 11.63 | 5 | 13.95 | 6 | 9.30 | 4 | 0 | 0 | 65.12 | 28 | ليس لها تأثير |
| | 4.57 | | 2.81 | | 5.45 | | 4.08 | | 0 | | 8.51 | % |
| 100 | 941 | 18.92 | 178 | 11.69 | 110 | 10.41 | 98 | 24.02 | 226 | 34.96 | 329 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

وللتمثيل بيانيا نعرض الشكل الآتي:

الشكل (48): أشكال تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن مجموع الإجابات أكبر من عدد المستخدمين وهذا راجع إلى طبيعة السؤال، أيضا نلاحظ من خلال الشكل أن 59.51% من المستخدمين تؤثر الإضرابات بشكل كبير على نوعية الخدمة التي يقدمونها، في حين 35.92% تؤثر عليهم بشكل متوسط، أما 4.57% فيعتبرون أن الإضرابات ليس لها أي تأثير على الخدمات التي يقدمونها.

ومن قراءة الجدول يتبين أن الشكل الأول للتأثير على نوعية الخدمة هو "عدم الرغبة في تقديم الخدمة" من قبل المستخدمين الذين يشعرون باستياء لعدم الاستجابة لمطالبهم، وذلك بنسبة 64.74% للذين قالوا أنها تؤثر بشكل كبير و 26.75% للذين تؤثر عليهم بشكل متوسط، ثم "عدم الالتزام بالوقت المحدد"، سواء بما يتعلق بالمواعيد الجراحية، تقديم العلاجات، إجراء الفحوصات أو غيرها من الخدمات بنسبة 59.29% و 40.71% للتأثير الكبير والمتوسط على التوالي، أما الشكل الثالث فيتمثل في "عدم الاهتمام بالمرضى" من خلال التكاثر في تقديم المساعدة والإستجابة لاحتياجات المرضى بنسبة 64.04% للذين يتأثرون بشكل كبير بالإضرابات و 33.15% للذين تؤثر عليهم بشكل متوسط، ليأتي بعدها "تقديم معلومات غير دقيقة" و "ارتكاب أخطاء" في السجلات، الفواتير وتشخيص المرضى في المرتبتين الرابعة والخامسة على التوالي.

25 - دوافع ومحفزات تحسين الأداء

لمعرفة ما هي أهم الحوافز التي تدفع بالمستخدمين لتحسين أدائهم مقارنة بدول رائدة في الخدمات الصحية نقدم الجدول الآتي:

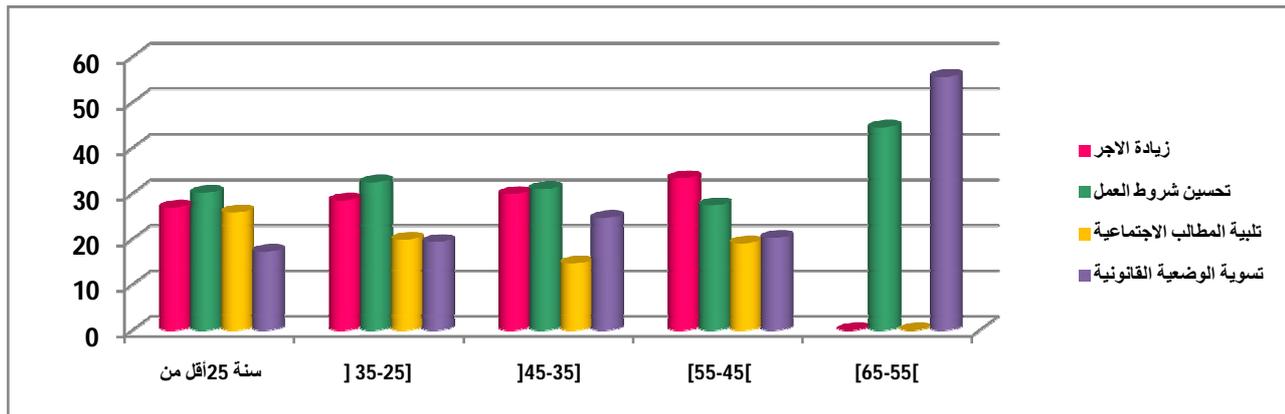
الجدول(51): توزيع محفزات تحسين الأداء حسب الفئات العمرية

| المجموع | |] 65-55] | |] 55-45] | |]45-35] | |] 35-25] | | أقل من 25 سنة | | الفئات العمرية |
|---------|-------|-----------|-------|-----------|-------|---------|-------|----------|-------|---------------|-------|--------------------------|
| % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % | fi | محفزات تحسين الأداء |
| 100 | 443 | 0 | 0 | 18.96 | 84 | 30.93 | 137 | 38.83 | 172 | 11.28 | 50 | زيادة الأجر |
| | 29.32 | | 0 | | 33.33 | | 29.85 | | 28.43 | | 26.88 | % |
| 100 | 467 | 0.86 | 4 | 14.78 | 69 | 30.41 | 142 | 41.97 | 196 | 11.99 | 56 | تحسين شروط العمل |
| | 30.91 | | 44.44 | | 27.38 | | 30.94 | | 32.40 | | 30.11 | % |
| 100 | 283 | 0 | 0 | 16.96 | 48 | 23.68 | 67 | 42.40 | 120 | 16.96 | 48 | تلبية المطالب الاجتماعية |
| | 18.73 | | 0 | | 19.05 | | 14.60 | | 19.83 | | 25.81 | % |
| 100 | 318 | 1.57 | 5 | 16.04 | 51 | 35.54 | 113 | 36.79 | 117 | 10.06 | 32 | تسوية الوضعية القانونية |
| | 21.04 | | 55.56 | | 20.24 | | 24.61 | | 19.34 | | 17.20 | % |
| 100 | 1511 | 0.6 | 9 | 16.68 | 252 | 30.37 | 459 | 40.04 | 605 | 12.31 | 186 | المجموع |
| | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 | % |

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الاستمارات

ولتوضيح الجدول نعرض الشكل الآتي:

الشكل(49): توزيع محفزات تحسين الأداء حسب الفئات العمرية



المصدر: من إنجاز الباحثة وفقا لبيانات الاستمارات

نلاحظ أن مجموع الإجابات أكبر من عدد أفراد العينة وهذا لطبيعة السؤال، كذلك نلاحظ أن الفئتين العمريتين [35-25] و [45-35] سنة كانتا أكثر تطلعا لمحفزات تحسين الأداء بنسبتي 40.04% و 30.37% على التوالي، هذا من جهة، ومن جهة أخرى نجد أن تحسين شروط العمل وزيادة الأجر من أهم محفزات تحسين أداء المستخدمين بنسبة 30.91% و 29.32% على التوالي، ثم يأتي محفز تسوية الوضعية القانونية بنسبة 21.04% وأخيرا تلبية المطالب الاجتماعية بنسبة 18.73%.

والجدول الآتي يعرض أهم النتائج المحصلة:

الجدول(52): نتائج المحور الرابع من الاستبيان

| % | البيان |
|---|--------|
|---|--------|

| | |
|-------|--|
| 56,19 | أفراد العينة غير راضين تماما عن مستويات الأجور |
| 40,28 | أفراد العينة الذين لديهم رضا متوسط عن مستويات الأجور |
| 70,67 | أفراد العينة الغير راضين تماما عن ظروف العمل |
| 26,68 | أفراد العينة الذين لديهم رضا متوسط عن ظروف العمل |
| 50,18 | أفراد العينة الذين سيقبلون وظيفة في القطاع الخاص إن تم عرضها عليهم |
| 75,97 | تأثير ظروف العمل على أداء المستخدمين |
| 63,43 | تأثير النزاعات على نوعية وجودة الأداء |
| 59,51 | تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية المقدمة بشكل كبير |
| 35,92 | تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية المقدمة بشكل متوسط |
| 4,57 | عدم تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية المقدمة |
| 34,96 | تأثير الإضرابات من خلال عدم الرغبة في تقديم الخدمة |
| 24,02 | تأثير الإضرابات من خلال عدم الالتزام بالوقت المحدد |
| 18,02 | تأثير الإضرابات من خلال عدم الاهتمام بالمرضى |
| 11,69 | تأثير الإضرابات من خلال تقديم معلومات غير دقيقة |
| 10,41 | تأثير الإضرابات من خلال ارتكاب أخطاء |
| 40,04 | الفئة [25-35] سنة أكثر تطلعا إلى محفزات تحسين الأداء |
| 30,91 | تحسين شروط وظروف العمل محفز لتحسين الأداء |
| 29,32 | زيادة الأجر محفز لتحسين الأداء |
| 21,04 | تسوية الوضعية القانونية محفز لتحسين الأداء |
| 18,73 | تلبية المطالب الاجتماعية محفز لتحسين الأداء |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج استمارات الإستبيان

إذن: من خلال الدراسة الميدانية تم إثبات العلاقة المتعدية بين متغيرات الدراسة المتمثلة في: التمثيل العمالي، النزاعات وأداء الموارد البشرية في المستشفى الجامعي ابن باديس كما يبينه الشكل الآتي:

الشكل(50): العلاقة المتعدية بين متغيرات الدراسة



المصدر: من إنجاز الباحثة

كلما كان التمثيل العمالي جيدا أدى ذلك إلى قلة النزاعات، وهذا ما يؤدي إلى الأداء الجيد، والعكس، كلما كان التمثيل سيئا كلما زادت النزاعات وأثر ذلك سلبا على الأداء، وهذا ما أكدته النتائج المتحصل عليها من الدراسة الميدانية، والتي نعرض ملخصا لها في الجدول الآتي:

الجدول (53): أهم نتائج الدراسة المستخلصة

| البيان | % |
|--|-------|
| نسبة الانخراط في التنظيمات الممثلة للعمال | 30,74 |
| تقصير الممثلين في القيام بدورهم هو ما يدفع إلى نشوب النزاعات | 79,84 |
| نوع التمثيل العمالي يؤثر في نشوب النزاعات | 68,55 |
| الإضرابات هي الوسيلة الوحيدة لتلبية مطالب المستخدمين | 60,25 |
| تؤثر النزاعات على نوعية وجودة الأداء | 63,43 |
| تؤثر الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية المقدمة بشكل كبير | 59,51 |
| تحسين شروط وظروف العمل محفز لتحسين الأداء | 30,91 |

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على نتائج استمارات الإستهيين

خلاصة الفصل الخامس

كخلاصة ندرج طابع علاقات العمل داخل المؤسسة حسب نوع الإدارة وعلاقتها بالعمال.

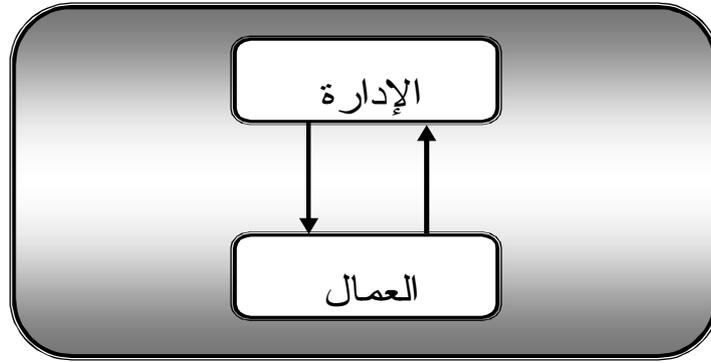
أولاً: الإدارة العمومية

- إذا كانت الإدارة عمومية، فمن المفروض أن العلاقات منظمة بالقوانين والإدارة هي المكلفة بتطبيقها، والإشكال غير مطروح، حيث تسهر الإدارة العمومية على حقوق العمال من خلال:

- (1) الإطلاع والاهتمام بشروط وظروف العمل.
- (2) مراجعة الأجور والعلاوات.
- (3) الترقية في المسار المهني والاستفادة من برامج التكوين.

وتكون العلاقة مباشرة بينهما كما يوضحها الشكل الآتي:

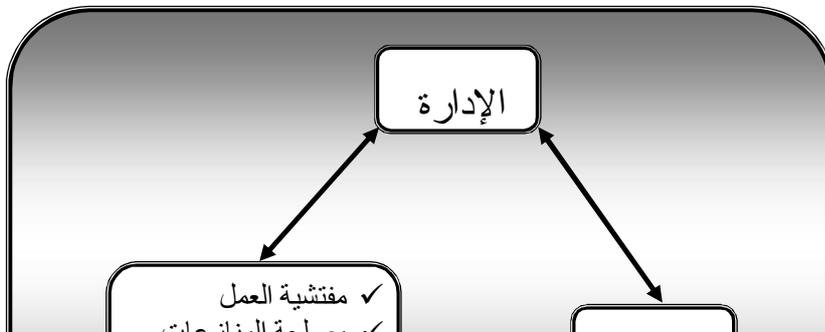
الشكل(51): العلاقة المباشرة بين الإدارة والعمال



المصدر: من إنجاز الباحثة اعتمادا على نتائج استمارات الاستبيان.

- أما في حالة عدم التزام الإدارة بتطبيق القوانين، تنشأ نزاعات ويلجأ العمال إلى استخدام الإجراءات التنظيمية والقانونية كرفع عريضة احتجاج أو تقديم طعون إلى الجهات المختصة حسب موضوع النزاع مثل: مفتشية العمل، مصلحة المنازعات والشؤون القانونية، القضاء، وتكون العلاقة بين الإدارة والعمال موضحة من خلال الشكل الآتي:

الشكل(52): العلاقة بين الإدارة والعمال بوجود وسيط



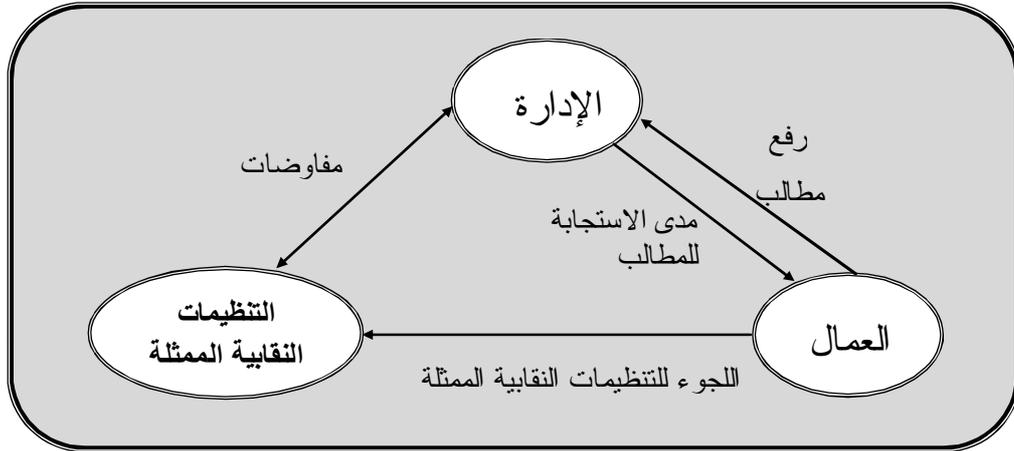
المصدر: من إنجاز الباحثة اعتمادا على نتائج استمارات الاستبيان.

- أما إذا كانت القوانين السائدة تم تجاوزها وأصبحت غير ملائمة لتطور وتغيير المؤسسة، يلجأ العمال إلى رفع مطالب تكون غالبا متعلقة بتحديد الأجور وتحسين شروط وظروف العمل من خلال أسلوبين:

- (1) إما التفاوض مع الإدارة من خلال ممثلين عن الطرفين، قد تنجح ويتم إبرام اتفاق في شكل عقد عمل جديد بشروط جديدة.
- (2) أو الإضراب باللجوء إلى التنظيمات النقابية الممثلة لهم في حالة فشل المفاوضات المباشرة وغير المباشرة.

والعلاقة بين الإدارة والعمال تكون ممثلة كما يبينه الشكل الآتي:

الشكل(53): العلاقة غير المباشرة بين الإدارة والعمال



المصدر: من إنجاز الباحثة اعتمادا على نتائج استمارات الاستبيان.

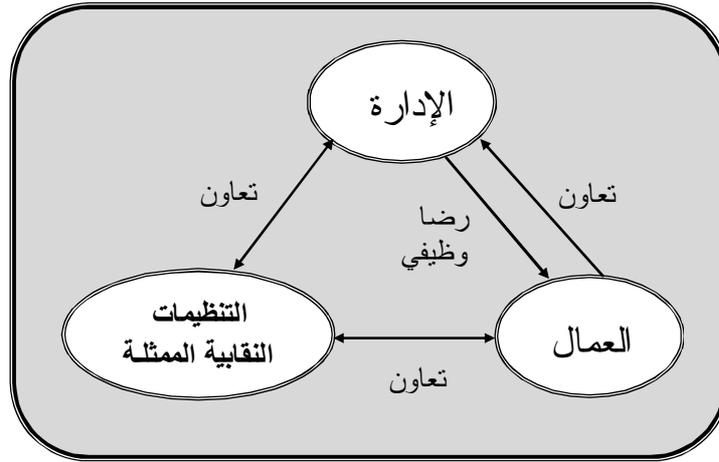
ثانيا: الإدارة غير العمومية

- إذا كانت الإدارة إشراكية وتطبق مبادئ وأسلوب الإدارة الحديثة من خلال:

- (1) إشراك العمال في اتخاذ القرارات.
- (2) السهر على أداء الأعمال بكفاءة وفعالية وتحويل النتائج إلى قيمة اجتماعية.
- (3) الاستماع لمطالب العمال والاهتمام بانشغالاتهم.
- (4) عقد حلقات جودة للإطلاع على ظروف ومشاكل العمل وتبادل الآراء.
- (5) القيادة الديمقراطية، وهذا ما ينعكس على طبيعة العلاقة بين الرئيس والمرؤوس (la hiérarchie)، واستغلالها في معرفة أنماط السلوك، المهارات والمحفزات من أجل تحسين الأداء وتحقيق أهداف المؤسسة، فإن العمال لن يكونوا بحاجة إلى اللجوء للتنظيمات التي تتولى تمثيلهم، والعلاقة بينهما ستكون في إطار التعاون، ونفس المبدأ ينطبق على العلاقة مع الإدارة.

وتكون العلاقة بين العمال والإدارة كما هي موضحة في الشكل الآتي:

الشكل(54): علاقة الإدارة الإشرافية بالعمال في إطار تطبيق مبادئ الإدارة الحديثة



المصدر: من إنجاز الباحثة اعتمادا على نتائج استمارات الاستبيان.

- أما إذا كانت الإدارة متسلطة، من خلال:

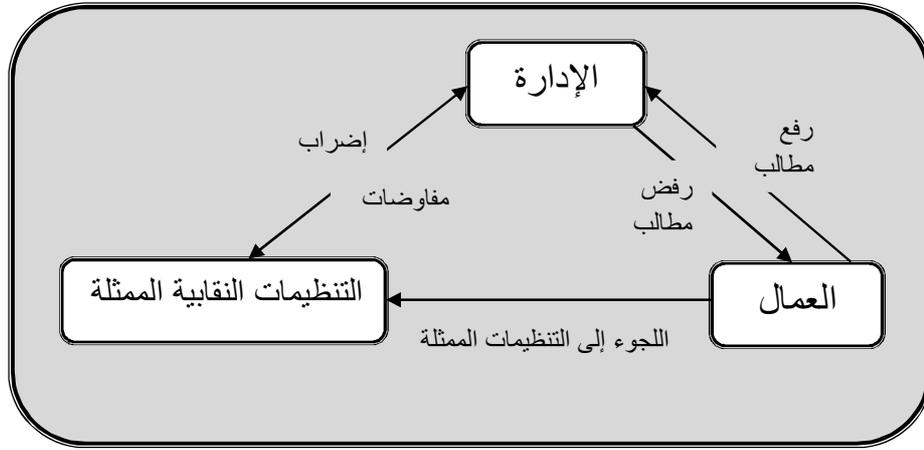
- (1) محاولة تركيع العمال.
- (2) استغلال العمال بالحصول على أكبر جهد أثناء النشاط مقابل أقل أجر ممكن.
- (3) إهمال ظروف و نقائص بيئة العمل التي تؤثر سلبا على أداء العمال.

هنا العمال لا يستطيعون الوقوف في وجه الإدارة بشكل فردي أو بصفة غير رسمية، وإنما يعملون على تنظيم صفوفهم في إطار رسمي، ويصبح إنشاء التنظيمات الممثلة مثل: النقابة، تعمل على تمثيل مطالب العمال وانشغالاتهم أثناء المفاوضات مع الإدارة ضرورة حتمية، والنتائج تتوقف على نوع التمثيل.

- فإذا كان التنظيم الممثل للعمال يتمتع بقدرة تفاوضية عالية من خلال السلطة القانونية الممنوحة، درجة الاستقلالية، مستوى الممثلين وتحكمهم في الاستراتيجيات التفاوضية، سيتمكن التمثيل العمالي من تحقيق المطالب وتحسين الوضعية.
- أما إذا كان التنظيم الممثل للعمال لا يتوفر على الصفات السابقة، سيؤدي إلى ضعف قدرته التفاوضية وفشله في تحصيل وتحقيق المطالب، وهنا يلجأ إلى الضغط على الإدارة من خلال إضراب العمال.

وتكون العلاقة بين الإدارة والعمال موضحة في الشكل الآتي:

الشكل(55): علاقة الإدارة المتسلطة بالعمال



المصدر: من إنجاز الباحثة اعتمادا على نتائج استمارات الاستبيان

الخلاصة

لقد أكدت دراسة هذا الموضوع أنّ الاهتمام وإعطاء الأولوية للموارد البشرية المُقدمة للخدمات الصحية والمستفيدة منها على حد السواء هو أساس التنمية الاقتصادية والاجتماعية لكل بلد.

من خلال دراسة الفصل الأول، تبين لنا أن علاقات العمل تطورت عبر التاريخ بتطور الوعي والمعرفة كنتيجة لتطور وسائل الإنتاج وأدوات العمل، وقد ساهمت الثورة الصناعية بمستحدثاتها التكنولوجية وأساليب العمل الجديدة على تغيير تركيبة المجتمع إلى طبقة مالكة لوسائل الإنتاج وطبقة عاملة، عانت هذه الأخيرة في وجه الاستغلال الرأسمالي، وبعد سنوات النضال وبفضل الأفكار الثورية أدرك العمال أنه لا بد من تنظيم صفوفهم في إطار النضال الجماعي، كانت النقابات أولى أشكاله تعمل على تلبية مطالبهم، الحفاظ على مصالحهم والدفاع عن حقوقهم، مما اضطر أصحاب العمل إلى الاعتراف بحق التمثيل العمالي والتنظيم النقابي بعدما كرسته القوانين والمواثيق الدولية، واكتسبت مع مرور الوقت قوة تفاوضية مكنتها من تحصيل بعض مطالب وحقوق العمال.

وبما أن علاقات العمل تقوم على مبدأ تناقض المصالح بين العمال وأصحاب العمل، فغالبا ما تنشأ نزاعات بين الطرفين كإفراز طبيعي لهذه العلاقات، فقد تم التوصل من خلال دراسة الفصل الثاني أن المفاوضات هي الوسيلة التي يلجأ إليها كلا من ممثلي العمال وممثلي أصحاب العمل لبحث المطالب العمالية المتمثلة في تحديد الأجور وتحسين شروط العمل، قد تنجح وينتج عنها توقيع إتفاق في شكل عقد عمل جديد بشروط جديدة وقد تفشل ويحتد النزاع، فيلجأ العمال إلى الإضراب وأصحاب العمل إلى الإغلاق من أجل ضغط كل طرف على الطرف الآخر وإجباره على التنازل، والجزائر من بين الدول التي شهدت في السنوات الأخيرة موجة من الإضرابات في مختلف القطاعات، أبرزها قطاعي التربية والصحة العمومية.

ومن خلال الخوض في الفصل الثالث تم التوصل إلى أن الصحة تعتبر من أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية، احتلت مكانة متميزة منذ إقرار المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والذي اعتبرها حقا أساسيا لجميع الأفراد والشعوب. تتولى معظم حكومات الدول ومن بينها السلطات العمومية بالجزائر مسؤولية تقديم الخدمات الصحية لمواطنيها من خلال توفير الموارد البشرية، الموارد المالية، الهياكل والتنظيم، لذا أصبح موضوع تطوير الموارد البشرية وضمان كفاءتها في المنظومة الصحية أولوية كبيرة باعتباره جزءا أساسيا ومؤثرا في نوعية وجودة الخدمة الصحية، بالإضافة إلى تمويل المنظومات

الصحية حيث بلغت نسبة الإنفاق الصحي من الناتج الداخلي الخام لسنة 2008 في الجزائر 5.8% وهي نسبة بلغت الحد الأدنى الذي أوصت به المنظمة العالمية للصحة والمقدر بـ 5%.

أما دراسة الفصل الرابع فبيّنت أن زيادة الإنفاق لا تعني بالضرورة تحقيق نتائج فعالة إن لم يرافقه اتخاذ إجراءات أكثر فاعلية من حيث الاهتمام بالتكاليف والفئات المستهدفة، وهذا مايتجلى من خلال مؤشرات الأداء الصحي بالنسبة للمنظومة الصحية بالجزائر، فرغم ايجابيتها نسبيا إلا أن التحدي مازال كبيرا للوصول إلى المعدلات والمستويات المسجلة في الدول المتطورة كالدول الأوروبية أو البلدان ذات التنمية الاقتصادية الشبيهة كتونس.

فيما يخص الدراسة الميدانية لمستشفى ابن باديس الجامعي بقسنطينة، فقد قمنا بتوزيع استمارات استبيان على عينة من المستخدمين التابعين لمختلف الأسلاك المهنية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، استطعنا من خلال المحور الأول حصر المعلومات الشخصية للمستخدمين من جنس، سن، سلك مهني، خبرة مهنية وأجر شهري، أما المحور الثاني فتناول أشكال التمثيل العمالي التي يعرفها وينتمي إليها المستخدمين، فيما تطرق المحور الثالث إلى مطالب المستخدمين ودور التمثيلات العمالية في تحقيقها بالإضافة إلى تأثيرها في نشوب النزاعات، وأخيرا المحور الرابع الذي تطرق إلى الوضعية الاجتماعية وتأثير النزاعات والإضرابات بشكل خاص على أداء الموارد البشرية، وانعكاس ذلك على نوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة. لقد تمت الإجابة على إشكالية البحث وإثبات الفرضيات المطروحة من خلال أهم النتائج التي أمكننا التوصل إليها كالآتي:

- **74.38%** من المستخدمين على علم بوجود تمثيلات عمالية على مستوى مصلحتهم، لكن **41.87%** فقط سبق لهم الانتخاب و **30.74%** منخرطون حاليا في إحدى التنظيمات، وهي نسبة ضئيلة نسبيا مما يجعلها نقطة قوة للإدارة لممارسة الضغوط أثناء الإضرابات على العمال وممثليهم.
- تعتبر " النقابة الجزائرية لشبه الطبيين" أكثر التنظيمات معرفة من قبل المستخدمين، يليه تنظيم "الإتحاد العام للعمال الجزائريين"، ثم النقابة الوطنية لمستخدمي الإدارات العمومية.
- التمسنا أيضا من خلال بحثنا معرفة مدى رضا المستخدمين عن الأجور وشروط العمل، فوجدنا أن مستخدمي الأسلاك المهنية غير راضين تماما عن الأجور التي يتقاضونها بنسبة **56.19%** يتقدمهم سلك " شبه الطبيين" وسلك " المهنيين" بنسبتي **32,7%** و **23,27%** على التوالي، أما **40,28%** ف لديهم رضا متوسط بنسبة **36.84%** لشبه الطبيين و **23.69%** بالنسبة للمهنيين، وهذا ما يتطابق مع جدول توزيع الأجور حسب الأسلاك، و فقط **3,53%** من المستخدمين راضين عن الأجر، في حين **97,35%**

غير راضين عن ظروف العمل وهذا ما سيدفع **50,18%** من المستخدمين لقبول وظيفة في القطاع الخاص إن تم عرضها عليهم.

- بالإضافة إلى المطالب المهنية التي ينادي بتحسينها المستخدمين وعلى رأسها الأجور بنسبة **31.31%** وشروط العمل بنسبة **26.66%**، فلهم أيضا مطالب اجتماعية في مقدمتها توفير النقل والمطعم بنسبة **23,11%** لكل منهما، ومطالب السكن بنسبة **19,92%** لكن الإدارة لا تستجيب لمطالبهم في كل مرة، فمن خلال النتائج المحصلة **54,42%** اعتبروا أن أحيانا فقط يتم الإستجابة لمطالبهم و **40,64%** لم يتم تلبية مطالبهم ولا مرة.

- ولإيضاح العلاقة بين مطالب المستخدمين وما تحققه التمثيلات العمالية، بينت نتائج الاستمارات أن **7,8%** تحققت مطالبهم من خلال تمثيلهم العمالي بينما **56,89%** يعتبرون أن التنظيمات العمالية التي هم منخرطون فيها نادرا ما تحقق مطالبهم و **35,51%** قالوا أنها لا تحقق مطالبهم، ويعتبرون أنها لا تبذل جهدا كافيا من أجل تحسين شروط عملهم وذلك بنسبة **43,82%**.

- لتبيين العلاقة بين جهود الممثلين ونشوب النزاعات، تبين أن من بين **43,82%** من المستخدمين الذين يرون أن تمثيلاتهم العمالية مقصرة ولا تبذل جهدا كافيا لتحسين شروط عملهم، نجد أن **79,84%** منهم يرى أن تقصير الممثلين في أداء مهامهم هو ما يدفع إلى نشوب النزاعات، في حين أجاب **9.68%** بـ "ربما" يكون التقصير هو السبب.

- يرجع معظم المستخدمين التقصير في أداء المهام إلى محاولة الإدارة لعرقلة عمل الممثلين بالدرجة الأولى بنسبة **37.32%** وهذا ما يتوافق مع تناقض مصالح الإدارة والنقابة، ثم "مستوى الممثلين المنتخبين" العلمي والثقافي الذين غالبا ما يفتقدون للروح النضالية وذلك بنسبة **29.93%**، ليأتي سبب "النشاط الذي يغلب عليه الطابع السياسي" من خلال توجيه النشاط حسب سياسات الدولة، و"طريقة انتخاب واختيار الممثلين" في المرتبة الثالثة بنسبة **16.38%** لكل سبب.

- يؤثر التمثيل العمالي في نشوب النزاعات من خلال نوعية التمثيل بنسبة **68.55%** حسب رأي المستخدمين، فكلما كان التمثيل يتمتع بدرجة استقلالية عالية من خلال عدم التبعية لأحد الأحزاب السياسية أو بعض الجهات التمويلية كلما زادت قدرته التفاوضية النابعة من إستقلالية وحيادية مواقفه وقراراته والعكس صحيح، بالإضافة إلى طريقة اختيار وانتخاب المترشحين فكلما زاد مستواهم الثقافي وارتقى تكوينهم العلمي، واتسمت إجراءات الإنتخاب بالنزاهة والشفافية انعكس ذلك إيجابا على نوعية التمثيل ومصداقية مواقفه وقراراته والعكس صحيح.

- يعتبر المستخدمين أن الإضرابات غالبا ما تكون الوسيلة الوحيدة لتلبية مطالبهم وذلك بنسبة 89.75% حيث شارك 53.36% من أفراد العينة في الإضرابات لأكثر من مرتين و 24.36% مرة واحدة بعدما لجأ 62.01% منهم إلى وسائل تنظيمية وقانونية لتلبية مطالبهم.
- بينت النتائج أن هناك علاقة بين النزاعات وأداء المستخدمين، فكلما كانت هناك نزاعات يتأثر أداء المستخدمين سلبيا وذلك بنسبة 63.43%.
- يتأثر أداء المستخدمين بظروف العمل بنسبة 75.97% خاصة فئة الخبرة المهنية [5-15] سنة.
- تؤثر الإضرابات بشكل كبير على نوعية الخدمة التي يقدمها المستخدمين من ذوي المهن الطبية وغير الطبية بنسبة 59.51% من خلال عدم الرغبة في تقديم الخدمة، عدم الالتزام بالوقت المحدد، عدم الإهتمام بالمرضى، تقديم معلومات غير دقيقة وارتكاب الأخطاء، في حين تؤثر بشكل متوسط على 35.92% من المستخدمين، و 4.57% ليس لها تأثير على أدائهم.
- إن محفزات تحسين الأداء في القطاع الصحي هي نفسها مطالب المستخدمين التي لم يتم الإستجابة لها ويتطلع مختلف المستخدمين خاصة من الفئتين العمريتين [25-35]، [35-45] سنة إلى تلبيةها، تتمثل في زيادة الأجر، تحسين شروط العمل، تلبية المطالب الإجتماعية وتسوية الوضعية القانونية بنسب قدرت بـ 29.32%، 30.91%، 18.73%، 21.04% على التوالي.

إن النتائج المتحصل عليها من دراستنا الميدانية متعلقة بالفترة الزمنية الممتدة من 25 سبتمبر 2011 إلى غاية 18 جانفي 2012، وهي الفترة التي تلت إصدار معظم القوانين الأساسية وآخرها القانون الأساسي والنظام التعويضي الخاص بسلك شبه الأطباء الصادر في مارس 2011، و بالتالي فإن النتائج المحصلة هي رأي المستخدمين وردود أفعالهم بعد صدور القوانين المنظمة والمسيرة لقطاعهم.

إذا كان هذا البحث المتواضع قد مكّنا من استنتاج مجموعة من المؤشرات لها أهمية كبيرة في معرفة تأثير نوع التمثيل العمالي والنزاعات على الأداء الصحي، وبالرغم من الدرجة العلمية التي حرصنا على احترامها، لا يمكن تعميم النتائج على المنظومة الصحية بالجزائر، لكنها ربما نتائج ومؤشرات تكون محل للتساؤلات وطريقا لطرح إشكاليات دراسات مستقبلية.

قائمة المراجع

• القرآن الكريم

1- الكتب

باللغة العربية

1. الابراهيم محمد العقلة، حوافز العمل بين الإسلام والنظرية الوضعية، مكتبة الرسالة الحديثة، عمان، بدون سنة نشر.
2. إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الاقتصادي، دار وائل للنشر، عمان، 2005.
3. أحمد زكي بدوي، علاقات العمل، دار الجامعة المصرية، الإسكندرية، 1968.
4. آدموند هنتر، قصة الطب - ترجمة محمد العدناني -، مكتبة لبنان، بيروت، 1980.
5. جميل توفيق، إدارة الأعمال، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، القاهرة، 1988.
6. جورج صول، ترجمة ماهر نسيم، تقديم سعيد أمين، العمال والأجور: تطور علاقات العمل، دار المعارف، مصر، 1965.
7. حسان حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990.
8. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي و الاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
9. رشيد واضح، علاقات العمل في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2002.
10. رعد رزوق أسطيفان، عبد الرزاق مرتضى صالح، ناصر روفائيل بطرس، إدارة المستشفيات، دار النقى للطباعة والنشر، بغداد، 1984.
11. رونالد ايرنبرج، روبرت سميث، ترجمة فريد بشير طاهر، تقديم سلطان بن محمد سلطان، اقتصاديات العمل، دار المريخ للنشر، الرياض، 1994.
12. زهير حنفي علي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، 1976.
13. سعيد الديوه جي، الموجز في الطب الإسلامي، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت، 1989.
14. سعيد أمين، العمال والأجور، دار المعارف، مصر، 1965.
15. السيد حنفي معوض، مجتمع التصنيع: قضايا معاصرة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1988.
16. سيد محمد جاب الرب، أساليب حديثة في إدارة المستشفيات، 2008.
17. سيد محمد جاب الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، 2008.
18. الشنواني، إدارة الأفراد والعلاقات الإنسانية، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية، 1994.
19. صلاح محمود ذياب، إدارة الخدمات الصحية، مطابع الدستور التجارية، عمان، 1995.
20. صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر، عمان، 2010.

21. صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة: منظور شامل، دار الفكر، عمان، 2009.
22. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004.
23. عارف دليلة، الاقتصاد السياسي، منشورات جامعة حلب، سوريا، 1979.
24. عباس أبو التمن، عباس غالي، التفاوض مهارة واستراتيجية، مطبعة الفنون، بغداد، 1991.
25. عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998.
26. عبد الحميد عثمان الحنفي، التحكيم في منازعات العمل الجماعية، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت، ط1، 1995.
27. عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد للنشر، عمان، 2004.
28. عبد الوهاب شمام، حسين بن الطاهر، الوجيز في الوقائع الاقتصادية، منشورات جامعة قسنطينة، الجزائر، 2002.
29. عدنان رؤوف، حول علاقات العمل في المصنع، دار الرشيد للنشر، وزارة الثقافة والإعلان، العراق، 1979.
30. عقيلي عمر وصفي، إدارة الأفراد، مطبعة ابن خلدون، دمشق، 1990.
31. الفارس سليمان، إدارة الأفراد، منشورات جامعة دمشق، سوريا، 1987.
32. فريد راغب النجار، إدارة المستشفيات والمنظمات الصحية والطبية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1981.
33. فريد نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، منشورات عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، عمان، 2003.
34. كامل المغربي، العلاقات الصناعية ومبادئ الإدارة، ندوة العلاقات الصناعية بمجمع النقابات المهنية بالشاميساني، عمان، 1975.
35. محمد دويدار، مبادئ الاقتصاد السياسي، ط5، شركة المختار للطباعة والنشر، الإسكندرية، 1998.
36. محمود فضيل التل، الأهداف النقابية، منشورات فريد ريش ايبيرت، بيروت، بدون سنة نشر.
37. محمود ولد سيدي محمد، المشاكل الهيكلية للتنمية، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 1995.
38. نادر أحمد أبو شيخه، إدارة الموارد البشرية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.
39. ياسين تملالي، النقابات المستقلة الجزائرية، مركز الدراسات الاشتراكية، مصر، 2009.

باللغة الأجنبية

- 1) Ammar Ben Amrouche, grèves et conflits politiques en Algerie, Edition Karthala, Paris, 2000.
- 2) Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé; OCDE- Europe de l'est- Maghreb, Bahaeddine éditions, Constantine, Algérie, 2010.
- 3) Davey Harold, Contemporary collective bargaining, prentice hall INC, 3rd ed, New Jersey, 1972.

- 4) Didier le Saout et Marguerite Rollinde, émeutes et mouvements sociaux au Maghreb, Karthala, Paris,1991.
- 5) Salamon Michael, Industrial relations, prentice hall LTD,2nd Ed, London,1992.
- 6) V.Fargeon, Introduction à l'économie de la santé, presses universitaires de Grenoble, 2009.

2- الموسوعات، المعاجم والقواميس

باللغة العربية

1. إبراهيم مصطفى ورفاقه، المعجم الوسيط، دار إحياء التراث العربي، بيروت.
2. ابن منظور أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم، لسان العرب، دار صادر، ج 10.
3. بشير عباس العلق، معجم مصطلحات العلوم الإدارية الموحدة، الدار العربية للموسوعات، بيروت، 1983.
4. جاك بيديه، غي كير، ترجمة هادي بلحاج، معجم الماركسية النقدي: تقسيم العمل، دار الفارابي، بيروت.

باللغة الأجنبية

1. Jaques Rojot, encyclopédie des ressources humaines: les théories de la négociation, Vuibert, Paris, 2003.
2. Muriel Pucci et Helene Zadjele, encyclopédie des ressources humaines : théories de négociations salariales et des syndicats, Vuibert, Paris, 2003.

3- الدوريات

باللغة العربية

1. أحمد الشوابكة، تقييم الخدمات الاجتماعية العمالية في الاتفاقات الجماعية وقرارات المحاكم العمالية في الأردن، "العمل"، السنة 14، العدد 73، 1996.
2. أفضال الرحيم، إستراتيجية إدارة الصراع في المنظمات الكبيرة: ترجمة محمد حامد حسن، المجلة العربية للإدارة، السنة 10، العدد الأول، 1986.
3. حسن الحسن، فن ومهارة التفاوض، سلسلة البحوث والدراسات، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان، 1989.
4. سعود بن فياض الفياض، التفاوض كأداة لحل المنازعات: دراسة نظرية مع التطبيق على صلح الحديبية، صلح الرملة، اتفاقيات كامب دافيد، مجلس التعاون لدول الخليج العربية، "التعاون"، السنة 14، العدد 50، سبتمبر 1999.

5. السيد عليوة، مهارات التفاوض، سلوكيات الاتصال والمفاوضات الدبلوماسية والتجارية في المنظمات الإدارية، سلسلة البحوث والدراسات، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان، 1987.
6. صالح الطراونة، الاتفاقيات الجماعية والأجور ودور الأطراف الثلاثة: حكومات، أصحاب عمل، عمال، " العمل"، وزارة العمل، السنة14، العدد 55، 1991.
7. عمار بوضياف، القضاء الإداري الجزائري 1962 - 2000، المجلة القضائية، العدد الأول، 2008.
8. الكتاب السنوي لإحصاء العمل، منظمة العمل العربية، عدد08، 2004.
9. الياس بومعراف، عمار عماري، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد7، السنة 2010/2009، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

باللغة الأجنبية

- 1) American hospital association, classification of health care institution, Chicago,1974.
- 2) Ben Achenhou Abdelatif, inflation et chômage en Algerie : les aléas de la démocratie et des réformes économiques, monde arab-maghreb-machrek, n°139, janvier-mars 1993.
- 3) Derick Brinkerhoff, Partnerships for Health Reform(PHR): Décentralization and health system reform, Abt Associates Inc, USA, n°01 September, 2002.
- 4) Mohamed boussoumah, la gestion socialiste depuis le début de son application, essai d'un bilan, revue algérienne des sciences juridiques économiques et politiques, Alger, n°01, mars 1983.
- 5) Nena Terrell, Partnerships for Health Reform(PHR): Communications stratégiques avec les parties concernées pour le renforcement des systèmes de santé, Abt Associates Inc, USA, 2001.

4- الرسائل والمذكرات الجامعية

باللغة العربية

1. سومر أديب ناصر، أنظمة الأجور وأثرها على أداء العاملين في شركات ومؤسسات القطاع العام الصناعي السوري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة تشرين، دمشق، السنة الجامعية 2004.
2. نجلاء رمضان مرزوق، مشكلات قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية في المستشفيات، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، 1989.
3. نواف نهار سليم طبيشات، المفاوضات الجماعية لحل النزاعات العمالية: دراسة ميدانية من وجهة نظر أعضاء المجلس التنفيذي للاتحاد العام لنقابات العمال في الأردن، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الإدارة العامة، تحت إشراف الأستاذ: نعيم عقلة نصيرات، جامعة اليرموك، السنة الجامعية 2001.

4. نور الدين عياشي، المنظومات الصحية المغاربية: دراسة مقارنة، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تحت إشراف الأستاذ: ابراهيم براهيمية، جامعة قسنطينة، السنة الجامعية 2010.

5. محمد بوشريية، نمط تسيير الموارد البشرية في قطاع الصحة العمومية: دراسة حالة القطاع الصحي بالخروب، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تحت إشراف الأستاذ: عبد الكريم بن أعراب، جامعة قسنطينة، السنة الجامعية 2002-2003.

5- الجرائد الرسمية

باللغة العربية

1. الأمر 133/66 المؤرخ في 2 جوان 1966 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية، الجريدة الرسمية رقم 46.
2. الأمر 75/71 المؤرخ في 16/11/1971 المتعلق بالعلاقات الجماعية للعمل في القطاع الخاص، الجريدة الرسمية رقم 101، ديسمبر 1971.
3. المرسوم التنفيذي رقم 09-393، المرسوم التنفيذي رقم 09-394 المؤرخين في 24 نوفمبر 2009 المتضمنان القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العاميين والممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية، ع70، السنة 46.
4. المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية.
5. المرسوم التنفيذي رقم 98/365 الصادر في 14 نوفمبر 1998 المتعلق بإنشاء المحاكم الإدارية.

6- التقارير

باللغة العربية

1. منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية (395)، 1980.
2. إدارة العمل وتفتيش العمل، التقرير الخامس، مؤتمر العمل الدولي، الدورة 100، 2011، جنيف.

باللغة الأجنبية

- 1) OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant, Genève 2000.
- 2) OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde ,Genève, 2006
- 3) OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde, Genève, 2011.

7- الجرائد

باللغة العربية

1. أسماء طربوش، أكثر من 500 أستاذ شبه طبي في إضراب كل أسبوع، يومية السلام، 30-01-2012.

2. خيرة لعروسي، 20.000 ممرض يهددون بشل المستشفيات، جريدة الخبر، 07-02-2012.
3. زولا سومر، التمثيل النقابي يتجاوز نسبة 22% بالجزائر، جريدة المساء، 15-10-2010.
4. عبد الوهاب بن قونية، الصحة العمومية: قصة إفلاس مبرمج، جريدة الخبر اليومية، 14 جانفي 2012.

باللغة الأجنبية

- 1) Abderrazek Adel, Salima Makriche, syndicats et syndicalisme en Algérie, journal ELWATAN, 17-07-2008.

8- مقالات مأخوذة من شبكة الإنترنت

1. Brahim Brahamia, Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, document PDF .
2. Dominique Baubeau, Céline Pereira, mesure de la performance dans le domaine de la santé, présentation au 10eme colloque de comptabilité nationale, Paris, 22-01-2004. www.insee.fr/fr/insee-statistique-publique/
3. Du dictionnaire de l'académie française, article « esclave »; <http://fr.wikipedia.org>.
4. Du dictionnaire des sciences économique, <http://fr.wikipedia.org>.
5. Fatima Zohra Oufriha, Féminisation des professions médicales-modernisation de la société et production d'élites féminines en Algérie, document PDF
5. Larbi Abid, Systèmes et politiques de santé au Maghreb : un état des lieux, 2 juin 2003, C:\Documents and Settings\Administrateur\Bureau\ajouté au mémoire\miloud kader.htm.
6. Le site du Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière www.sante.gov.dz/
7. Miloud Kader, quel est l'avenir des système de santé au Maghreb? 12-12-2005, C:\Documents and Settings\Administrateur\Bureau\ajouté au memoire\miloud kader 2.htm
8. N.Keddad, N.Daméche, Politique de santé et réforme hospitalière : Planification sanitaire, Atelier n° 06, conférence nationale, Alger, 3-5 Février 2011, document PDF.
9. Organes représentatifs <http://www.emploi.belgique.be>. 7-Avril-2010.
<http://www.arabency.com/index.php>, حبيب مطانيوس، الأجر، 10
<http://mouwazaf.ahlamontada.com/t288-topic>، حق الإضراب، 11
12. حياة.ك، النقابات مطالبة باحترافية أكثر لرفع مستوى التفاوض، 2009-12-21، [http:// www.ech-chaab.com](http://www.ech-chaab.com) :

قائمة الجداول

| الرقم | العنوان | الصفحة |
|-------|--|--------|
| 1 | الإضرابات في مختلف القطاعات الاقتصادية بالجزائر (1963 - 2004) | 74 |
| 2 | نسبة الإتفاق الصحي من الناتج الداخلي الخام و متوسط نصيب الفرد لمجموعة من الدول | 94 |
| 3 | مؤشرات استفادة السكان من الخدمات الصحية لمجموعة من الدول لسنة 2009 | 128 |
| 4 | معدلات بعض المؤشرات الحيوية لمجموعة من الدول | 133 |
| 5 | بعض مؤشرات توفر هياكل تقديم الخدمات الصحية لمجموعة من الدول لسنة 2009 | 135 |
| 6 | توزيع المستخدمين بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس لسنة 2008 | 136 |
| 7 | مصادر الموارد المالية لمستشفى ابن باديس الجامعي | 145 |
| 8 | نفقات المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس | 146 |
| 9 | تطور حصيلة النشاطات الطبية للمركز الاستشفائي ابن باديس للفترة 2006-2008 | 149 |
| 10 | المؤشرات الكمية لأداء الموارد البشرية بمستشفى ابن باديس | 150 |
| 11 | مقارنة عدد المعينات النظرية والفعلية | 151 |
| 12 | متوسط أجر الأطباء بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس | 152 |
| 13 | المؤشرات الكمية للخدمات المقدمة بمستشفى ابن باديس لسنة 2008 | 154 |
| 14 | اضرابات قطاع الصحة لولاية قسنطينة للفترة 2006-2011 | 156 |
| 15 | توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية | 161 |
| 16 | مقارنة نسب المستخدمين بين مجتمع وعينة الدراسة | 162 |
| 17 | توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأسلاك المهنية | 162 |
| 18 | توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية والفئات العمرية | 163 |
| 19 | توزيع أفراد العينة حسب الجنس والفئة العمرية | 164 |
| 20 | توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية والأجر الشهري | 165 |
| 21 | توزيع أفراد العينة حسب الجنس والخبرة المهنية | 166 |
| 22 | توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأجر الشهري | 167 |
| 23 | توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية والأجر الشهري | 168 |
| 24 | معرفة المستخدمين بوجود تمثيل عمالي حسب الجنس | 170 |
| 25 | انتخاب المستخدمين لممثلين لهم حسب الجنس | 171 |
| 26 | معرفة المستخدمين بأشكال التمثيلات العمالية حسب الأسلاك المهنية | 172 |
| 27 | انخراط المستخدمين في التمثيلات العمالية حسب الجنس | 173 |
| 28 | صفة المستخدمين في التمثيلات العمالية حسب الجنس | 174 |
| 29 | مشاركة المستخدمين في الاضرابات حسب الخبرة المهنية | 175 |
| 30 | نتائج المحور الثاني من الاستبيان | 176 |
| 31 | تذمر المستخدمين من وضعيات طالبوا إدارتهم بتحسينها حسب الجنس | 176 |

| | | |
|-----|---|----|
| 177 | رأي المستخدمين في استجابة الإدارة لمطالبهم حسب الجنس | 32 |
| 178 | أنواع المطالب المهنية التي ينادي المستخدمون بتحسينها | 33 |
| 179 | أنواع المطالب الاجتماعية التي ينادي المستخدمون بتحسينها | 34 |
| 180 | رأي المستخدمين في التوافق والانسجام بين مطالبهم وما تحققه تمثيلاتهم العمالية حسب الفئات العمرية | 35 |
| 181 | رأي المستخدمين في جهود ممثليهم المبذولة | 36 |
| 181 | رأي المستخدمين في العلاقة بين تقصير ممثلي العمال ونشوب النزاعات | 37 |
| 182 | أسباب تقصير الممثلين في أداء مهامهم حسب رأي الجنسين من المستخدمين | 38 |
| 183 | رأي المستخدمين في تأثير نوع التمثيل العمالي في نشوب النزاعات حسب الجنس | 39 |
| 184 | رأي المستخدمين في إمكانية تلبية الممثلين لمطالبهم دون الوصول للإضرابات حسب الجنس | 40 |
| 185 | لجوء المستخدمين لوسائل تنظيمية وقانونية لتلبية مطالبهم | 41 |
| 186 | رأي المستخدمين في الإضرابات كوسيلة لتحقيق مطالبهم حسب الفئات العمرية | 42 |
| 186 | شعور المستخدمين بمعاناة المرضى في حالة القيام بإضرابات حسب الجنس | 43 |
| 187 | نتائج المحور الثالث من الاستبيان | 44 |
| 188 | مدى رضا المستخدمين عن الأجر الذي يتقاضونه حسب الأسلاك المهنية | 45 |
| 189 | مدى رضا المستخدمين عن ظروف العمل حسب الجنس | 46 |
| 190 | توزيع الدوافع التي حفزت الأفراد الذين يملكون وظيفة إضافية في القطاع الخاص | 47 |
| 191 | تأثير ظروف العمل على أداء المستخدمين حسب الخبرة المهنية | 48 |
| 193 | رأي المستخدمين في تأثير النزاعات على نوعية وجودة الأداء حسب الأسلاك المهنية | 49 |
| 194 | أشكال تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية | 50 |
| 196 | توزيع محفزات تحسين الأداء حسب الفئات العمرية | 51 |
| 197 | نتائج المحور الرابع من الاستبيان | 52 |
| 198 | أهم نتائج الدراسة المستخلصة | 54 |

قائمة الأشكال

| الرقم | العنوان | الصفحة |
|-------|--|--------|
| 1 | العوامل المؤثرة في الطلب والعرض على العمل | 17 |
| 2 | العناصر المكونة للطائفة الحرفية أو الصناعية | 21 |
| 3 | تطور علاقات العمل في الجزائر | 24 |
| 4 | مستويات المفاوضات الجماعية | 47 |
| 5 | الاستراتيجيات التفاوضية | 52 |
| 6 | أنواع النزاعات | 55 |
| 7 | تطور الأجر القاعدي في الجزائر | 62 |
| 8 | أشكال تسوية النزاعات | 66 |
| 9 | محاوير اقتصاد العلاجات الطبية | 77 |
| 10 | دور الاقتصاد الصحي | 77 |
| 11 | المنظومة الصحية المركزية | 78 |
| 12 | المنظومة الصحية الليبرالية | 79 |
| 13 | أسباب اعتماد المنظومات الصحية غير المركزية | 79 |
| 14 | مدخلات، عمليات ومخرجات المنظومة الصحية | 81 |
| 15 | برامج التغطية الصحية في الوم.أ | 82 |
| 16 | مصادر تمويل الخدمات الصحية الفردية في الوم،أ | 83 |
| 17 | العوامل المؤثرة في وضع المنظومة الصحية | 88 |
| 18 | شبكات استيراد وتوزيع الأدوية بالجزائر | 89 |
| 19 | الهيكل التنظيمي للمنظومة الصحية في الجزائر | 92 |
| 20 | أبعاد جودة الخدمة الصحية | 120 |
| 21 | مؤشرات قياس الأداء | 125 |
| 22 | هياكل المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، قسنطينة | 140 |
| 23 | الهيكل الإداري للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، قسنطينة | 141 |
| 24 | توزيع المصالح الاستشفائية الجامعية للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس | 142 |
| 25 | توزيع المستخدمين بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس لسنة 2008 | 144 |
| 26 | تطور عدد المرضى والأيام الاستشفائية في مستشفى ابن باديس للفترة 2006-2008 | 150 |
| 27 | الصفحات الخاصة بملف التواصل La fiche navette | 153 |

| | | |
|-----|---|----|
| 161 | توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية | 28 |
| 164 | توزيع أفراد العينة حسب الجنس والفئة العمرية | 29 |
| 166 | توزيع أفراد العينة حسب الجنس والخبرة المهنية | 30 |
| 167 | توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأجر الشهري | 31 |
| 170 | معرفة المستخدمين بوجود تمثيل عمالي حسب الجنس | 32 |
| 174 | صفة المستخدمين في التمثيلات العمالية حسب الجنس | 33 |
| 177 | تذمر المستخدمين من وضعيات طالبوا إدارتهم بتحسينها حسب الجنس | 34 |
| 178 | أنواع المطالب المهنية التي ينادي المستخدمون بتحسينها | 35 |
| 179 | أنواع المطالب الاجتماعية التي ينادي المستخدمون بتحسينها | 36 |
| 181 | رأي المستخدمين في جهود ممثليهم المبذولة | 37 |
| 182 | رأي المستخدمين في العلاقة بين تقصير ممثلي العمال ونشوب النزاعات | 38 |
| 183 | رأي المستخدمين في تأثير نوع التمثيل العمالي في نشوب النزاعات حسب الجنس | 39 |
| 185 | لجوء المستخدمين لوسائل تنظيمية وقانونية لتلبية مطالبهم | 40 |
| 187 | شعور المستخدمين بمعاناة المرضى في حالة القيام بإضرابات حسب الجنس | 41 |
| 188 | مدى رضا المستخدمين عن الأجر الذي يتقاضونه حسب الأسلاك المهنية | 42 |
| 189 | مدى رضا المستخدمين عن ظروف العمل حسب الجنس | 43 |
| 190 | توزيع الدوافع التي حفزت الأفراد الذين يملكون وظيفة إضافية في القطاع الخاص | 44 |
| 191 | رأي المستخدمين في عرض وظيفة في القطاع الخاص | 45 |
| 192 | تأثير ظروف العمل على أداء المستخدمين حسب الخبرة المهنية | 46 |
| 194 | رأي المستخدمين في تأثير النزاعات على نوعية وجودة الأداء حسب الأسلاك المهنية | 47 |
| 195 | أشكال تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية | 48 |
| 196 | توزيع محفزات تحسين الأداء حسب الفئات العمرية | 49 |
| 198 | العلاقة المتعدية بين متغيرات الدراسة | 50 |
| 199 | العلاقة المباشرة بين الإدارة والعمال | 51 |
| 200 | العلاقة بين الإدارة والعمال بوجود وسيط | 52 |
| 200 | العلاقة غير المباشرة بين الإدارة والعمال | 53 |
| 201 | علاقة الإدارة الإشرافية بالعمال في إطار تطبيق مبادئ الإدارة الحديثة | 54 |
| 202 | علاقة الإدارة المتسلطة بالعمال | 55 |

قائمة المصطلحات

| باللغة الانجليزية | باللغة الفرنسية | باللغة العربية | الرقم |
|---|--|-----------------------------------|-------|
| Working relationships | Relations de travail | علاقات العمل | 1 |
| Workers | Travailleurs | العمال | 2 |
| Employee | Employé | الموظف | 3 |
| Employer | Employeur | صاحب العمل | 4 |
| Workers' representation | Représentation des travailleurs | التمثيل العمالي | 5 |
| A labor delegate | Délégué des travailleurs | المندوب العمالي | 6 |
| Syndicate | Syndicat | النقابة | 7 |
| Wage | Salaire | الأجر | 8 |
| Working conditions | Conditions de travail | شروط العمل | 9 |
| Negotiations | Négociations | المفاوضات | 10 |
| Negotiating strategies | Stratégies de négociation | الاستراتيجيات التفاوضية | 11 |
| Conflicts | Conflits | النزاعات | 12 |
| Conciliation | Conciliation | المصالحة | 13 |
| Mediation | Médiation | الوساطة | 14 |
| Arbitration | Arbitrage | التحكيم | 15 |
| Strike | Grève | الاضراب | 16 |
| Closure | Fermeture | الإغلاق | 17 |
| Health system | Système de santé | المنظومة الصحية | 18 |
| Hospital | Hôpital | المستشفى | 19 |
| Health services | Services de santé | الخدمات الصحية | 20 |
| Health performance | Performance de la santé | الأداء الصحي | 21 |
| Performance indicators | Indicateurs de performance | مؤشرات الأداء | 22 |
| Efficiency | Efficience | الكفاءة | 23 |
| Effectiveness | Efficacité | الفاعلية | 24 |
| Administrative Tribunal | Tribunal administratif | المحكمة الإدارية | 25 |
| Health level | Niveau de la santé | المستوى الصحي | 26 |
| Patient | Malade | المريض | 27 |
| Health care | Soins de santé | الرعاية الصحية | 28 |
| Health control | Contrôle sanitaire | الرقابة الصحية | 29 |
| Committee for the prevention, protection and working conditions | Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail | لجنة الوقاية، الحماية وشروط العمل | 30 |

ملحق رقم(1):

تحية طيبة وبعد،

يسعدنا وضع استبيان في إطار التحضير لرسالة الماجستير تحت عنوان:

التمثيل العمالي، النزاعات وأثرها على أداء الموارد البشرية

في المنظومة الصحية الجزائرية

دراسة حالة مستشفى ابن باديس، قسنطينة

تم إعداده من طرف الباحثة: فاطمة الزهراء تليلاني

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

جامعة منتوري، قسنطينة

هذا الاستبيان يندرج ضمن الجزء التطبيقي للرسالة، وهو من صميم البحث

العلمي، مع ضمان السرية الكاملة للمعلومات التي تدلون بها.

مع تحياتي الخالصة

عبد الكريم بن أعراب

أستاذ التعليم العالي

المحور الأول: بيانات شخصية (الرجاء الإجابة عن السؤال الملائم).

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- السن: أقل من 25 سنة ، [35-25] ، [45-35] ، [55-45] ، [65-55] ، أكثر من 65 سنة
- 3- السلك الذي تنتمي إليه (Le corps):
- سلك الأطباء الاستشفائيين الجامعيين
 - سلك الأطباء المتخصصين
 - سلك الممارسين الطبيين
 - سلك المستخدمين شبه الطبيين
 - سلك أخصائي علم النفس
 - سلك الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش
 - سلك القابلات
 - سلك المستخدمين التابعين للمخابر
 - سلك مسيري الهياكل الصحية
 - سلك المهنيين
- 4- الخبرة المهنية: أقل من 5 سنوات ، [15-5] سنة ، [25-15] سنة ، [35-25] سنة ، أكثر من 35 سنة

- 5- الأجر الشهري (le salaire): 15000 دج ، [35000-15000] دج ، [55000-35000] دج ، [75000-55000] دج ، [95000-75000] دج ، أكثر من 95 000 دج

المحور الثاني: التمثيل العمالي (La représentation des travailleurs)

- 6- هل تعلم بوجود تمثيل عمالي على مستوى مصلحتك؟ نعم لا
- 7- هل سبق وأن انتخبت ممثلاً (un représentant) لك؟ نعم لا

- 8- ما هي أشكال التمثيل العمالي التي تعرفها؟ مندوب للعمال ، لجان الموظفين
- SNAPAP ، U.G.T.A ، S.A.P ،
- S.N.P.S.P ، S.N.A.Psy ، S.N.P.S.P .
- 9 - هل تنتمي إلى أي تمثيل عمالي؟ نعم ، لا
- 10- ما نوع التمثيل العمالي الذي تنتمي إليه؟ مندوب عمال ، لجان الموظفين
- U.G.TA ، SNAPAP ، S.A.P ، S.N.P.S.P ،
- S.N.P.S.S.P ، S.N.A.Psy ، أخرى:.....
- 11- ماهي صفتك؟ عضو ، ممثل ، لاصفة لديك

المحور الثالث: تأثير التمثيل العمالي في نشوب النزاعات

- 12- هل سبق وأن تدمرت من وضعية طالبت الإدارة بتحسينها:
- أكثر من مرة ، مرة واحدة ، ولا مرة
- 13- ماهي نوعية المطالب التي تناهون بتحسينها؟ مطالب مهنية ، مطالب اجتماعية
- 14- ماهي نوعية المطالب المهنية: أجور ، تأمينات صحية واجتماعية
- شروط العمل (نظافة، أمن، ..) ، القوانين الأساسية المنظمة
- 15- ماهي نوعية المطالب الاجتماعية: سكن ، نقل ، مطعم
- رحلات ، دور الحضانة ، أخرى
- 16- هل استجيب لمطالبكم؟ نعم في كل مرة ، أحيانا ، ولامرة
- 17- هل هناك توافق وانسجام بين ما تطالبون به وما تعمل على تحقيقه تمثيلاتكم العمالية؟
- دائما ، نادرا ، لا
- 18- في رأيك هل الممثلين المنتخبين يبذلون جهدا كافيا من أجل تحسين وضعية العمل؟
- نعم ، أحيانا ، لا
- 19- في حالة الإجابة بـ لا، هل تقصير ممثلي العمال في القيام بدورهم هو ما يدفع إلى نشوء النزاعات؟ نعم ، ربما ، لا
- 20- هل لنوع التمثيل العمالي دور في نشوء النزاعات والقيام بإضرابات؟ نعم لا
- 21- هل التقصير في أداء مهام الممثلين راجع برأيك إلى: النشاط الذي يغلب عليه الطابع السياسي(حسب سياسة الدولة) ، المشكل يكمن في الإدارة (عرقلة عمل الممثلين)
- طريقة الإنتخاب والإختيار ، مستوى المنتخبين

- 22- هل يمكن للممثلين من خلال نشاطهم وصلاحياتهم تلبية احتياجات العمال ومطالبهم دون الوصول إلى مرحلة الإضرابات؟ نعم على الأغلب لا
- 23 - هل سبق وأن شاركت في إضراب؟ أكثر من مرتين ، مرة واحدة ولا مرة

24- هل لجأتم إلى وسائل تنظيمية وقانونية أخرى للحصول على مطالبكم قبل استخدام وسيلة الإضراب؟ نعم لا

- 25- هل الإضرابات هي الوسيلة لتحقيق مطالبكم؟ نعم ، أحيانا ، لا
- 26- بما أن الخدمة في قطاع الصحة ذات طابع إنساني، هل عند قيامكم بالإضراب تشعرون بمعاناة المرضى؟ نعم ، أحيانا ، لا

المحور الرابع: تأثير النزاعات على أداء الموارد البشرية وإنعكاسها على نوعية

الخدمة الصحية المقدمة (La performance des ressources humaines)

- 27- هل أنت راض عن الأجر الذي تتقاضاه؟ رضا شديد ، رضا متوسط ، غير راض
- 28- هل أنت راض عن ظروف العمل؟ رضا شديد ، رضا متوسط ، غير راض
- 29- هل لديك وظيفة إضافية في القطاع الخاص؟ نعم ، لا
- 30- إذا كانت إجابتك بـ نعم، ماهي الدوافع التي حفزتك؟ ارتفاع الأجر ، ظروف العمل ، دوافع شخصية ، أخرى
- 31- إذا اقترح عليك عمل في القطاع الخاص، هل توافق؟ نعم ، لا
- 32- هل تؤثر ظروف العمل على أدائكم؟ نعم ، أحيانا ، لا
- 33- هل تؤثر النزاعات والإضرابات بشكل خاص في نوعية وجودة الأداء؟ نعم ، أحيانا ، لا
- 34- كيف تؤثر الإضرابات على نوعية الخدمة المقدمة؟ بشكل كبير ، بشكل متوسط ، ليس لها تأثير
- 35- إذا كان لها تأثير، فيما يتمثل؟ عدم الرغبة في تقديم الخدمة ، عدم الالتزام بالوقت المحدد ، ارتكاب أخطاء
- تقديم معلومات غير دقيقة في التقرير ، عدم الاهتمام بالمرضى
- 36- ماهو أكثر ما تتطلع إليه كتحفيز لتحسين أدائك مقارنة بدول أخرى رائدة في الخدمات الصحية؟ زيادة الأجر ، تحسين شروط العمل
- تلبية المطالب الاجتماعية ، تسوية الوضعية القانونية والتنظيمية لعمال القطاع

الفهرس التفصلي

الصفحة

فهرس العناوين

| | |
|----|--|
| 1 | مقدمة |
| | الفصل الأول: التمثيل العمالي كنتيجة لتطور علاقات العمل في العالم والجزائر |
| 8 | تمهيد |
| 8 | المبحث الأول: علاقة العمل |
| 8 | 1. مفاهيم خاصة بالعمل |
| 8 | 1.1. ماهية العمل وتطور مفهومه |
| 8 | 1.1.1. مفهوم العمل لغة |
| 8 | 2.1.1. مفهوم العمل اصطلاحا |
| 11 | 2.1. أنواع العمل |
| 11 | 1.2.1. التصنيف الأول (أحمد بدوي) |
| 12 | 2.2.1. التصنيف الثاني (كارل ماركس) |
| 12 | 3.2.1. التصنيف الثالث (جاك فريسينات) |
| 13 | 3.1. سوق العمل وتخطيط اليد العاملة |
| 14 | 4.1. العوامل المؤثرة في العرض والطلب على العمل |
| 17 | 2. تطور علاقات العمل عبر التاريخ |
| 23 | 3. طابع علاقات العمل بالجزائر وتطورها |
| 24 | 1.3. مرحلة الاستعمار (1830 - 1962) |
| 25 | 2.3. مرحلة ما بعد الاستقلال |
| 25 | 1.2.3. مرحلة التسيير الذاتي (1962 - 1966) |
| 25 | 2.2.3. مرحلة القانون الأساسي للتوظيف العمومي (1966 - 1971) |
| 26 | 3.2.3. مرحلة التسيير الاشتراكي للمؤسسات (1971 - 1978) |
| 27 | 4.2.3. مرحلة القانون الأساسي العام للعامل (1978 - 1989) |
| 27 | 5.2.3. مرحلة استقلالية المؤسسات (1989 - إلى غاية اليوم) |
| 30 | المبحث الثاني: التمثيل العمالي |
| 30 | 1. مفاهيم خاصة بالتمثيل العمالي |
| 31 | 2. نظريات مُختارة في فلسفة التنظيم العمالي |

| | |
|----|--|
| 31 | 1.2. نظرية هوكس |
| 32 | 2.2. نظرية فرانك تاننبوم |
| 32 | 3.2. نظرية سيلغ بيرلمان |
| 33 | 4.2. نظرية سيدني وبياتريك ويب |
| 33 | 5.2. نظرية جورج كول |
| 33 | 6.2. نظرية كارل ماركس |
| 34 | 3. تطور التمثيل العمالي في الجزائر |
| 34 | 1.3. مدخل حول تمثيل العمال الجزائريين أثناء الحقبة الاستعمارية |
| 34 | 2.3. تشكل إ.ع.ع.ج كهيئة وحيدة لتمثيل العمال الجزائريين |
| 35 | 3.3. أشكال التمثيل العمالي في ظل التسيير الاشتراكي للمؤسسات |
| 36 | 4.3. دستور 1989 وتكوين النقابات المستقلة |
| 37 | 5.3. موقف إ.ع.ع.ج وتعامل الدولة مع قانون 11/90 |
| 38 | 6.3. النقابات المستقلة وأشكال جديدة لتمثيل العمال الجزائريين |
| 40 | خلاصة الفصل الأول |

المفاوضات الجماعية ونزاعات

الفصل الثاني: العمل

| | |
|----|--|
| 41 | تمهيد |
| 42 | المبحث الأول: المفاوضات الجماعية |
| 42 | 1. مفهوم المفاوضات |
| 44 | 2. نظرية المفاوضات |
| 45 | 3. المفاوضات الجماعية ونزاعات العمل |
| 46 | 4. مستويات المفاوضات الجماعية |
| 47 | 5. شروط المفاوضات الجماعية وصفات المفاوض |
| 49 | 6. سيرورة المفاوضات الثنائية |
| 50 | 7. المفاوضات الأجرية |
| 50 | 1.7. الطرح النظري |
| 51 | 2.7. الاحتكار النقابي |
| 52 | 8. الاستراتيجيات التفاوضية |
| 53 | 9. تقييم نتائج المفاوضات |

| | | |
|----|---|----------------|
| 54 | النزاعات كنتيجة لفشل المفاوضات | المبحث الثاني: |
| 54 | 1. مفاهيم خاصة بالنزاعات | |
| 54 | 1.1. الفرق بين مصطلحي "النزاع" و"الصراع" | |
| 55 | 2.1. تعريف النزاع العمالي | |
| 56 | 2. أسباب النزاع العمالي | |
| 56 | 1.2. الأجور | |
| 56 | 1.1.2. مفهوم الأجر | |
| 57 | 2.1.2. نظريات الأجور | |
| 60 | 3.1.2. أنواع الأجور | |
| 60 | 4.1.2. أهمية الأجور | |
| 61 | 5.1.2. العوامل المؤثرة في نظام الأجور | |
| 63 | 2.2. شروط العمل | |
| 63 | 1.2.2. ساعات العمل | |
| 64 | 2.2.2. بيئة العمل | |
| 64 | 3.2.2. المزايا الإضافية | |
| 65 | 3.2. تفضيلات صاحب العمل بين الأجر والمزايا الإضافية | |
| 66 | 3. تسوية النزاعات العمالية | |
| 67 | 1.3. الوسائل السلمية لتسوية النزاعات العمالية | |
| 67 | 1.1.3. المصالحة | |
| 68 | 2.1.3. الوساطة | |
| 69 | 3.1.3. التحكيم | |
| 70 | 2.3. الوسائل القسرية لتسوية النزاعات العمالية | |
| 70 | 1.2.3. الإضرابات | |
| 71 | 1.1.2.3. تعريف الإضراب | |
| 71 | 2.1.2.3. أنواع الإضرابات | |
| 72 | 3.1.2.3. تاريخ الإضرابات في الجزائر للفترة الممتدة من 1962 - 2004 | |
| 74 | 2.2.3. الإغلاق | |
| 75 | خلاصة الفصل الثاني | |

الجزائر والمستشفيات

| | | |
|----|---|----------------|
| 76 | تمهيد | |
| 77 | المنظومة الصحية في العالم و في الجزائر | المبحث الأول: |
| 77 | 1. المنظومات الصحية في العالم..... | |
| 80 | 1.1. مفهوم المنظومة الصحية | |
| 81 | 2.1. مكونات المنظومة الصحية | |
| 81 | 1.2.1. الموارد البشرية | |
| 82 | 2.2.1. الموارد المالية | |
| 84 | 3.2.1. الأجهزة والمعدات | |
| 84 | 4.2.1. المباني والهياكل المستخدمة | |
| 84 | 5.2.1. المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية | |
| 84 | 6.2.1. البحوث وتراكم المعارف..... | |
| 84 | 3.1. عمليات المنظومة الصحية | |
| 84 | 1.3.1. الإدارة | |
| 85 | 2.3.1. المعلومات والتنظيم..... | |
| 85 | 3.3.1. الاتصال | |
| 85 | 4.3.1. التشريعات والأنظمة..... | |
| 85 | 4.1. وظائف المنظومة الصحية | |
| 86 | 5.1. العوامل المؤثرة في وضع المنظومة الصحية | |
| 86 | 1.5.1. السكان | |
| 87 | 2.5.1. الموارد الطبيعية المتوفرة | |
| 87 | 3.5.1. العوامل البيئية الطبيعية | |
| 87 | 4.5.1. العوامل الوراثية السائدة | |
| 88 | 2. المنظومة الصحية الجزائرية | |
| 89 | 1.2. التنظيم القانوني للمنظومة الصحية الجزائرية | |
| 93 | 2.2. أداء المنظومة الصحية الجزائرية | |
| 95 | 3.2. جهود الدولة للنهوض بقطاع الصحة في الجزائر | |
| 97 | المستشفيات | المبحث الثاني: |

| | |
|-----|---|
| 97 | 1. التطور التاريخي للمستشفيات |
| 97 | 1.1. في الحضارات القديمة |
| 98 | 2.1. في العصر الإسلامي |
| 100 | 3.1. في العصر الحديث |
| 101 | 2. تعريف المستشفى |
| 103 | 3. أنواع المستشفيات وتصنيفاتها |
| 103 | 1.3. التصنيف حسب الملكية |
| 103 | 2.3. التصنيف حسب مدة الإقامة |
| 104 | 3.3. التصنيف حسب التخصص ونوع الخدمة |
| 104 | 4.3. التصنيف حسب السعة السريرية |
| 105 | 4. وظائف ومهام المستشفيات |
| 105 | 1.4. تقديم الخدمات العلاجية |
| 106 | 2.4. الوقاية من الأمراض |
| 106 | 3.4. التعليم والتكوين |
| 108 | 4.4. إجراء البحوث |
| 109 | 5. عوامل تطوير المستشفيات |
| 111 | 6. الرقابة في المستشفيات |
| 111 | 1.6. الرقابة الخارجية |
| 111 | 2.6. الرقابة الداخلية |
| 112 | خلاصة الفصل الثالث |

الفصل الرابع: الخدمات الصحية ومؤشرات تقييم الأداء الصحي

| | | |
|-----|---------------------------------------|---------------|
| 113 | تمهيد | |
| 114 | الخدمات الصحية | المبحث الأول: |
| 114 | 1. تعريف الخدمات الصحية | |
| 115 | 2. أنواع الخدمات الصحية | |
| 115 | 1.2. خدمات الصحة العامة | |
| 115 | 2.2. خدمات الصحة البيئية | |
| 116 | 3.2. خدمات الصحة الشخصية | |
| 117 | 3. استخدام الخدمات الصحية | |
| 117 | 4. أهمية استخدام الخدمات الصحية | |

| | | |
|-----|-------|---|
| 117 | ..... | 5. عينة من نماذج اتخاذ قرار استخدام الخدمات الصحية لدى المريض |
| 118 | ..... | 6. محددات الطلب على استخدام الخدمات الصحية |
| 119 | ..... | 1.6. المحددات ذات الصلة بالخصائص الديمغرافية |
| 119 | ..... | 2.6. المحددات ذات الصلة بالعوامل الاجتماعية |
| 119 | ..... | 3.6. المحددات ذات الصلة بالعوامل الاقتصادية |
| 120 | ..... | 7. أبعاد جودة الخدمة الصحية |

المبحث الثاني: مؤشرات تقييم الأداء في المؤسسات الصحية والمستشفيات....

| | | |
|-----|-------|--|
| 122 | ..... | 1. الموارد البشرية المكونة للمنظومة الصحية |
| 122 | ..... | 1.1. الأطباء |
| 122 | ..... | 2.1. هيئة الممرضين والممرضات |
| 123 | ..... | 3.1. الفئات الفنية المساعدة |
| 124 | ..... | 4.1. طالبي الخدمات الصحية |
| 124 | ..... | 2. تقييم الأداء |
| 124 | ..... | 1.2. مفاهيم خاصة بالأداء وتقييم الأداء |
| 126 | ..... | 2.2. طرق وأساليب تقييم أداء المؤسسات الصحية |
| 126 | ..... | 1.2.2. نظام الدرجات |
| 126 | ..... | 2.2.2. نظام المتابعة |
| 126 | ..... | 3.2.2. نظام التوزيع الإجباري |
| 127 | ..... | 4.2.2. نظام قياس الإنتاج |
| 127 | ..... | 5.2.2. النظام التكاملية |
| 127 | ..... | 3.2. صعوبات ومعوقات قياس الأداء المرتبطة بالخدمات الصحية في المستشفيات |
| 128 | ..... | 3. مؤشرات تقييم الأداء |
| 128 | ..... | 1.3. تقييم أداء العاملين بالمستشفى |
| 130 | ..... | 2.3. تقييم أداء الموارد المادية |
| 131 | ..... | 3.3. تقييم أداء إدارة المستشفى |
| 132 | ..... | 4.3. تقييم الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى |
| 134 | ..... | 5.3. تقييم أداء المستشفى |
| 134 | ..... | 1.5.3. الفاعلية |
| 136 | ..... | 2.5.3. الإنتاجية |
| 137 | ..... | 3.5.3. الكفاءة |

138 خلاصة الفصل الرابع

الفصل الخامس: تأثير التمثيل العمالي والنزاعات على أداء الموارد البشرية،

دراسة حالة المستشفى الجامعي ابن باديس، قسنطينة

139 تمهيد

140 **المبحث الأول: بطاقة فنية لمستشفى ابن باديس الجامعي بقسنطينة**

140 1. نبذة تاريخية عن مستشفى الحكيم ابن باديس الجامعي بقسنطينة

143 2. الموارد البشرية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن باديس

144 3. الموارد المالية للمركز الإستشفائي الجامعي ابن باديس

149 4. مؤشرات الأداء في المركز الاستشفائي ابن باديس

150 1.4. مؤشرات أداء الموارد البشرية

152 2.4. مؤشرات أداء الموارد المادية

154 3.4. مؤشرات أداء أقسام المستشفى

155 5. إضرابات القطاع الصحي بقسنطينة

157 6. تأطير الإضرابات على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس

160 **المبحث الثاني: خصائص الدراسة الميدانية**

160 1. مجتمع وعينة البحث

161 2. تحليل البيانات الشخصية لأفراد العينة

161 1.2. توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية

162 2.2. توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأسلاك المهنية

163 3.2. توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية والفئات العمرية

164 4.2. توزيع أفراد العينة حسب الجنس والفئة العمرية

165 5.2. توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية والأجر الشهري

166 6.2. توزيع أفراد العينة حسب الجنس والخبرة المهنية

167 7.2. توزيع أفراد العينة حسب الجنس والأجر الشهري

168 8.2. توزيع أفراد العينة حسب الأسلاك المهنية والأجر الشهري

170 **المبحث الثالث: مؤشرات الأداء حسب رأي عينة من المستخدمين**

170 أ- التنظيمات الممثلة للعمال

170 1. معرفة المستخدمين بوجود تمثيلات عمالية

| | | |
|-----|-------|--|
| 171 | ..... | 2. انتخاب المستخدمين لممثلين لهم |
| 172 | ..... | 3. معرفة المستخدمين بأشكال التمثيلات العمالية |
| 173 | ..... | 4. انخراط المستخدمين في مختلف التمثيلات العمالية |
| 174 | ..... | 5. صفة المستخدمين في التمثيلات العمالية |
| 175 | ..... | 6. المشاركة في الإضرابات |
| 176 | ..... | ب- جهود ونشاط التمثيلات العمالية لتلبية مطالب المستخدمين |
| 176 | ..... | 7. تذمر المستخدمين من وضعيات طالبوا الإدارة بتحسينها |
| 177 | ..... | 8. مدى استجابة الجهات المعنية لمطالب المستخدمين |
| 178 | ..... | 9. توزيع مطالب المستخدمين "المهنية" و"الاجتماعية" |
| 180 | ..... | 10. العلاقة بين مطالب المستخدمين وما تحققه التمثيلات العمالية |
| 181 | ..... | 11. رأي المستخدمين في جهود الممثلين لتلبية مطالبهم |
| 181 | ..... | 12. رأي المستخدمين في العلاقة بين تقصير ممثلي العمال في أداء مهامهم ونشوب النزاعات |
| 182 | ..... | 13. أسباب التقصير في أداء الممثلين لمهامهم |
| 183 | ..... | 14. رأي المستخدمين في تأثير نوع التمثيل العمالي على نشوب النزاعات |
| 184 | ..... | 15. إمكانية تلبية الممثلين لمطالب المستخدمين دون الوصول إلى الإضرابات ... |
| 184 | ..... | 16. اللجوء إلى الوسائل التنظيمية والقانونية لتلبية المطالب |
| 185 | ..... | 17. رأي المستخدمين في الإضراب كوسيلة لتحقيق مطالبهم |
| 186 | ..... | 18. شعور المستخدمين بمعاناة المرضى في حالة القيام بإضرابات |
| 188 | ..... | ج- الوضعية الاجتماعية وتأثير النزاعات على أداء الموارد البشرية |
| 188 | ..... | 19. مدى رضا المستخدمين عن الأجور وظروف العمل |
| 190 | ..... | 20. دوافع قبول المستخدمين بوظيفة إضافية في القطاع الخاص |
| 191 | ..... | 21. رأي المستخدمين في عرض وظيفة في القطاع الخاص |
| 191 | ..... | 22. تأثير ظروف العمل على أداء المستخدمين |
| 193 | ..... | 23. تأثير النزاعات على نوعية وجودة الأداء |
| 194 | ..... | 24. أشكال تأثير الإضرابات على نوعية الخدمة الصحية المقدمة |
| 196 | ..... | 25. دوافع ومحفزات تحسين الأداء |
| 199 | ..... | خلاصة الفصل الخامس |
| 203 | ..... | الخاتمة |

..... قائمة المراجع

| | | |
|-----|-------|-----------------|
| 213 | ..... | قائمة الجداول |
| 215 | ..... | قائمة الأشكال |
| 217 | ..... | قائمة المصطلحات |
| 218 | ..... | الملاحق |

الفهرس

الملخصات

ملخص

تدرج الدراسة في إطار الاهتمام بالخدمات الصحية المقدمة في المجتمع باعتبارها من أسس النمو والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث تسعى معظم الدول ومن بينها الجزائر إلى الاهتمام وتطوير أداء الموارد البشرية المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية لتحسين مؤشرات الأداء الصحي.

نههدف من خلال دراسة هذا الموضوع إلى بحث الارتباط بين التمثيل العمالي ونشوب النزاعات وآثاره على أداء الموارد البشرية في المنظومة الصحية الجزائرية، وذلك من خلال تقسيم البحث إلى خمسة فصول، أربعة منها نظرية وفصل تطبيقي. الفصل الأول تطرق إلى تطور علاقات العمل والتمثيل العمالي في العالم والجزائر، الفصل الثاني تم فيه عرض المفاوضات ونشوب النزاعات، الفصل الثالث خصص لدراسة المنظومة الصحية في الجزائر والمستشفيات، الفصل الرابع تناول الخدمات الصحية ومؤشرات الأداء الصحي، أما الفصل الخامس فتناول تأثير التمثيل العمالي والنزاعات على أداء الموارد البشرية في مستشفى قسنطينة الجامعي.

ركزت الدراسة الميدانية على معالجة الإشكالية الرئيسية واختبار الفرضيات المطروحة، فتم التوصل إلى وجود ارتباط بين التمثيل العمالي ونشوب النزاعات، حيث يؤثر نوع التمثيل في نشوب النزاعات من خلال تقصير الممثلين في أداء مهامهم، هذا التقصير يرجع بالدرجة الأولى إلى عرقلة الإدارة لعملهم، ثم مستوى المنتخبين، ليأتي سبب طريقة الانتخاب والاختيار وأخيرا النشاط الذي يغلب عليه الطابع السياسي.

وتوصلت الدراسة إلى أن النزاعات تؤثر على أداء الموارد البشرية، وأن للإضرابات انعكاس سلبي على نوعية وجودة الخدمة الصحية المقدمة، بالإضافة إلى عدم رضا المستخدمين عن الأجور وظروف العمل رغم إصدار القوانين الأساسية والأنظمة التعويضية الخاصة بالقطاع الصحي.

الكلمات المفتاحية: التمثيل العمالي، النزاعات، الإضرابات، الموارد البشرية، الخدمات الصحية، المنظومة الصحية.

Abstract

This Study falls on the health services, provided in society. These services are considered from the most important economic and social growth fundamentals. Where, most countries, and Algeria in particular, seek to improve the performance of the specialized human resources to develop health performance indicators.

Through this subject, we aim to discuss the link between the labor representation and the emergence of conflicts; and its impact on the human resources' performance in the Algerian health system. To do this, we divided our study to five chapters. Four of them are theoretical and one is practical. The first Chapter shows work relationships and labor representations over the world, in general, and in Algeria, in particular. Chapter II focused on conflicts and negotiations in work. When the third chapter is devoted to study the Algerian health system and hospitals, the fourth chapter studied the performance indicators for assessing health. While, the last Chapter addressed the impact of labor representation and the work conflicts on the human resources' performance in the university hospital of Constantine.

The operational study focused on resolving the principle dilemma and testing the hypotheses put forward. Where, we could reach that there is a link between the labor representation and conflict emergence. Hence, we can say that the type of labor representation the conflicts emergence, through the representatives' omission in the performance of their duties. This omission is primarily due to the Administrative block to their work; to the elected level; followed by the method of election and the reason of selection; as well as the political nature activity.

By this study, we reached that the performance of human resources is affected by work conflicts, and that strikes have a negative reflects on the quality of the provided services, in addition to the workers' dissatisfaction on wages and working conditions despite of the basic countervailing laws and regulations concerning the health sector.

Key words: labor's representation, Conflicts, Strikes, Health services, Health system, human resources.

Résumé

La présente étude s'inscrit dans le cadre des préoccupations relatives aux services de santé offerts au sein de la société. Ces services sont considérés comme étant les fondements de la croissance et du développement économique et social.

La plupart des pays, y compris l'Algérie, a prêté une attention particulière à ce domaine vital, en améliorant la performance des ressources humaines ayant la charge de fournir des services sanitaires ainsi que les indicateurs de performance de santé.

Nous visons à travers l'étude de ce thème, à mettre en évidence la corrélation entre la représentation des travailleurs et les conflits de travail d'un côté et leurs effets sur la performance des ressources humaines au sein du système de santé en Algérie d'un autre.

Notre recherche est divisée en cinq chapitres: quatre chapitres théoriques et un chapitre consacré au côté pratique. Le premier chapitre traite l'évolution des relations de travail et la représentation des travailleurs dans le monde et en Algérie. Le second chapitre, aborde les négociations et les conflits, le troisième chapitre est consacré à l'étude du système de santé en Algérie et les hôpitaux, le quatrième chapitre aborde les services de santé, les indicateurs relatifs à la performance sanitaire, quand au cinquième chapitre, il aborde l'impact de la représentation des travailleurs et les conflits sur la performance des ressources humaines au sein de l'hôpital universitaire de Constantine.

L'étude de terrain est axée sur le traitement de la problématique et ainsi que sur la vérification empirique des hypothèses avancées.

Nous avons abouti qu'il y'a une corrélation entre la représentation des travailleurs et les conflits. En effet, le type de représentation influe considérablement dans le conflit des relations de travail à cause notamment de la négligence et du manque du sens des responsabilités des représentants dans l'exercice de leurs fonctions. Cet échec est dû principalement et essentiellement au comportement négatif de l'administration qui entrave et bloque le travail des représentants des travailleurs, ainsi qu'aux élus eux même, en sus de la façon d'élire et aux choix des travailleurs. Enfin, il est dû au caractère politique qui domine l'activité électorale.

Au terme de cette étude, on a également constaté que les conflits affectent négativement la performance des ressources humaines, et que les grèves ont un effet négatif sur la qualité de la santé, sur celle du service fourni, ainsi que sur le mécontentement des travailleurs non satisfaits de leurs salaires et leurs conditions de travail, et ce en dépit des lois et des règlements qui régissent les modalités de compensation relatives au secteur de la santé.

Mots-clés: La représentation des travailleurs, ressources humaines, conflits, grèves, les services de santé, le système de santé.