أزمة تموين المؤسسات الاستشفائية العمومية بالأدوية الأساسية وانعكاساتها على طبيعة العلاقة بين الأطباء والمرضى – دراسة ميدانية بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة "عبد الله نواورية"– البوني– عنابة

الطيب بولنوار

قسم علم الاجتماع – جامعة باجي مختار– عنابة

ملخص

الهدف من هذه الدراسة هو إظهار أزمة التموين بالأدوية وانعكاساتها على العلاقة بين الأطباء والمرضى، والتي أضحت تتصف بطابع الصراع. وتفسر في المقام الثاني عدم التزام الفاعلين الأساسين (الوصاية ومستوردي الأدوية) بأدوارها في تموين المؤسسات الإستشفائية بالأدوية، مما جعل الوضعية تزداد سوءًا.

الكلمات المفاتيح: المؤسسة الإستشفائية، الأدوية، علاقة، أطباء، مرضى.

Résumé

L'objectif de cette étude est de montrer les effets de la pénurie des médicaments sur la relation médecins –patients qui est devenue conflictuelle. En second lieu, nous expliquons comment des acteurs importants dans le fonctionnement des institutions hospitalières telles que la tutelle, des importateurs des médicaments n'ont pas joué leur rôle dans l'approvisionnement des médicaments, c'est ce qui a aggravé la situation.

Mots clés : Etablissement hospitalier, médicaments, relation, médecins, patients.

Abstract

This field study has addressed the issue of the supply crisis of public institutions in essential drugs, and its repercussions on the nature of the relationship between physicians and patients. The results of this study have confirmed that the hospital dynamism is in danger, given the strategic and central importance of the medication in the patients' care. The lack of drug supply has created a direct dysfunction in the structure and in the functioning of the public service by reason of failure of the external parties to the medical profession to meet their obligations towards the patients and the practice of medicine.

Keywords: Hospital, drugs, relationship, doctors, patients.

مقدمة:

تمر حاليا معظم المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية بمرحلة جد عصيبة، تتجلى أهم مظاهرها في نقص تموينها بالأدوية الأساسية ذات الاستعمال الطبي والجراحي، بحيث لم يستثني هذا الانقطاع بعض الاختصاصات بعينها بل شملتها كلها، مع العلم إن آلية التموين والإمداد بهذه المواد هو من اختصاص دوائر عمومية مركزية متخصصة، ولا يسمح لغيرها من ممارسة مثل هذا النوع من النشاط لدقته وخطورته على عموم صحة المواطنين، ولما تحتويه هذه الأدوية والمستحضرات من سُميّة عالية من جهة، وغلاء تكاليف تخزينها وتوزيعها من جهة أخرى. فاستعمالات الأدوية على المستوى الإستشفائي، هو من صلاحيات الأطباء وهو تحت مسؤولياتهم المباشرة[1]. بحسب التخصص ومجال النشاط، وذلك بمساعدة أعوان شبه طبيون (تحت سلطتهم) مدربين على التعامل مع مختلف مظاهر المداواة وعلاج المرضى، وقد يرتكب المساعدون أخطأ مهنية خارجة عن إرادتهم فتقع تبعاتها على الطبيب الممارس المباشر بينما تتحمل المؤسسة المسؤولية المدنية[2].

فعملية التموين واستعمال هذه المواد، تكون طبقا للشروط التي يحددها القانون سلفا ضمن منظومة إجرائية، وتشتمل على مجمل أصناف النشاطات التي تقوم المؤسسة الإستشفائية بها وتسعى لتوفيرها والدأب على تأمينها على غرار تسييرها لقاعات العمليات الجراحية والولادات وعلاج السرطان والأمراض اليتيمة أو النادرة...(Maladies orphelines ou rares) فمن ضمن تلك الإجراءات القانونية، إلزام الإطار الطبي المتخصص للمؤسسة على إعداد و حصر مدونة بمختلف أصناف وأنواع الأدوية ولواحقها، ذات الاستعمال الإستشفائي، والتي تتوافق وتخصص المؤسسة العلاجي، وقد تُعدل هذه المدونة إذا اقتضت الحاجة إليه، ولا تصبح سارية المفعول إلا بعد الموافقة الكتابية المسبقة للجان المحلية والمركزية للدواء (المنصبتان خصيصا لهذا الشأن)[3].

ونظرا لخطورة تسيير قطاع الأدوية، وجدوى قانونية استعماله، تدأب السلطات العمومية المختصة على مراقبة بعض من مواده بشكل مباشر وحصري، مثلها مثل العقاقير المخدرة أو الهرمونية، واللتان تُستعملان على سبيل الذكر في تخدير وعلاج الآلام والمخاض... حيث يُخصص لهذه الأنواع من الأدوية داخل المصالح الإستشفائية والتقنية سجلات رسمية مرقمة ومؤشر عليها من قبل مصالح وكيل الجمهورية للإقليم، الذي يُلزم الإدارة والأطباء على تقييد وتسيير هذه المواد بالجرعة البسيطة إلى غاية إتلاف حاوياتها في محاضر اللجنة المختلطة المكونة أساسا (بموجب القانون) من مدير ورئيس صيادلة ومقتصد المؤسسة المعنية وممثلين شخصيين لكل من: وكيل الجمهورية والوالي ومدير الصحة والسكان للولاية التي تتواجد فيها المؤسسة جغرافيا. فعملية الاقتناء أو الاستعمال أو الإتلاف تكون متطابقة بصريح القانون الساري العمل به، وتدون كل إجراءات تسيير الدواء في سجلات من حين دخوله إلى المؤسسة إلى غاية نهاية استعماله.

1- إشكالية:

تعد الأدوية بكل أنواعها وأشكالها، من المستحضرات الصيدلانية التي تُستخرج بطريقة كيميائية أو فيزيقية –كيميائية من الطبيعة، وتُنقح ويُحتفظ بالمادة الفعالة (Principe actif) منها فقط، ويحذف الباقي الذي لا يفي بالغرض[4]. وقد تكون صناعية بحتة تحمل جزيئات فعالة معدلة أو مطورة في المخبر، ويتم تجريبها أولا على الحيوانات التي

تتشابه وظائف جسمها مع الإنسان قبل التصريح بتسويقها من طرف هيئة وطنية منصبة ومعتمدة عالية الكفاءة والتأهيل، علما أن بعض من هذه الأدوية هو عبارة عن مزيج بين تركيبة طبيعة وأخرى صناعية، وتُستعمل مثل هذه الأنواع من الأدوية على المرضى الذين يُطورون حساسية مفرطة (Allergie médicamenteuse) أو لمن يُظهر أعراض جانبية (effets secondaires) للمفاعيل الطبيعية للدواء، لذا يُلجأ إلى تقنيات التغليف أو التكييف الكيميائي الصناعي (عملية تمويه) حيث يتقبله جسم المريض دون إظهاره للأعراض التي تصاحب عادة عملية المداواة به.

كما تكون مفاعيل الأدوية عموما تفاضلية بحسب أعضاء الجسم أو الأطراف، بمعنى أن مفعول العقاقير المخدرة مثلا نشطة على بعض أو عدة مستويات من الجهاز الحسّي أو الحركي للإنسان، وفق المقادير والتخصصات العلمية المتفق عليها بالتجربة. وبالتالي يمكن لمفاعيل هذه الأدوية من تخدير وشلّ الأنظمة العصبية أو الحركية للمرضى، كيفما أراد الممارس الطبي أو الجراحي بطبيعة مواضع الحقن أو النفث لتشمل الجسم كله أو جزء منه (نصفي أو على مستوى مواضع محدودة).

فلكل حالة من هذه الحالات المرضية خصوصية وطريقة من طرائق الاستعمال، من حيث نوع وطبيعة المخدر، واللتان تحددان مقادير الجرعات الكفيلة بملء الغرض الإستاتيكي لوظائف الجسم العضوية أو الحسّية، قبل القيام بأي عملية طبية أو جراحية[5].

فالمغزى العام من عملية المداواة في مجملها، هو تخليص المرضى من الألم والمعاناة[6]، وبالتالي تمكينهم من استرجاع توازنهم البيو–مرفولوجي والاجتماعي الذي يستحسنه المجتمع لقيمة كل من دور ومكانة الأفراد ضمن منظومات المجتمع المختلفة[7].

وللإشارة تنقسم التخصصات الإستشفائية بكل أشكالها وأنواعها إلى ثلاثة أصناف أساسية، لكل منها أدواتها ومنظوماتها الدوائية، وقد تتشارك في عديد من المواد الأخرى، نظرا لشدة اتصال النسق الوظيفي لمختلف أعضاء الجسم بعضها ببعض، وعادة ما يُلجأ إلى الطب العام القاعدي أولا في التقصي عن حقيقة الإصابة بالمرض، أين يتخذ الطبيب العام التدابير الطبية الكفيلة في حينها، وقد يرى بأن الحالة المرضية قد تتجاوزه أو تتشابه عليه، فيحولها حسب تقديره إلى اختصاص يتلاءم وطبيعة الإصابة.

وتتكون المحاور التخصصية الإستشفائية إجمالا من:

1– تخصصات طبية: وتشتمل على مجموعة كبيرة من الأنشطة بحسب مكونات الجسم الفيزيقية وتركيبة أجهزته وأعضائه، نذكر منها: طب الأعصاب، العيون، الأذن والأنف والحنجرة، القلب، الأمراض التنفسية، السرطان، الأمراض النفسية، الطب الوقائي...

2– تخصصات جراحية: وتحتوي بدورها على عدد كبير من أوجه النشاط، بشكل تناظري تقريبا مع التخصصات الطبية، حيث تأتي هذه الاختصاصات نظريا بعد النشاط والفحص الطبي القاعدي والتخصص الطبي، أين يقرر الأطباء تحويل المرضى (إذا استلزم الأمر تحويلهم) إلى اختصاص جراحي، لمعرفة نوع الإصابة وتحديد نوع العمليات الجراحية التي ستجرى للمرضى، عند ثبوت علامات الإصابة بالمرض.

- **تخصصات طبية–جراحية:** هذا المحور يُزاوج في الحقيقة بين التخصصين السابقين: الطبي والجراحي، ويجملهما معا في تخصص واحد، فالممارس إذًا في هذه الحالة هو طبيب وجراح في آن واحد وكمثال عن ذلك: تخصص طب وجراحة أمراض النساء والتوليد، طب وجراحة العيون، طب وجراحة الجهاز البولي...، وتعد هذه التخصصات من بين التخصصات الثقيلة والمنهكة، وتبعاتها مرهقة نظرا لطبيعة المرض وطول مدة الاستشفاء والتعافي منه. (هناك بعض المرضى من يمكث داخل المستشفى لأزيد من سنة).

كما يشتمل البرتوكول الطبي والجراحي مثلا على تصنيفين اثنين وهما:

أ– الحالات المستعجلة Cas d'urgences: والتي عادة ما يُطلق عليها بالمستعجلة، وينتج عنها في حالة ما إذا لم يتدخل الإطار الطبي المختص بسرعة إلى مضاعفات خطيرة قد تعرض حياة المرضى للموت الأكيد، والأمثلة عن ذلك كثيرة منها: حالات النزيف، الكسور المصاحبة لفقدان الوعي والهذيان، الزائدة الدودية، الولادات العسيرة، الشلل النصفي، الربو، قصور القلب، القصور الكلوي...

ب– الحالات المبرمجة بصورة عادية Cas Programmés: يدخل هذا النوع من النشاط تحت طائلة النشاطات المبرمجة، والتي قد لا تكون فيها وظائف الأعضاء أو حياة المرضى عموما مهددة تهديدا مباشرا أو صريحا قد يُلحق ضررا محدقا ونذكر منها: الجراحات التصحيحية أو التجميل (Déformation du visage ; Brulures, Ectopies; Hernies ...) بكل أشكالها وأنواعها أو حالات المتابعة الدورية للأمراض المزمنة أو النزلات المرضية الخفيفة...

فعلى غرار هذا التصنيف، يُقسم النشاط الطبي والجراحي بدوره سن المرضى إلى فئات عمرية (Tranche d'âge) وتسمى بالتخصصات الدقيقة (Micro spécialités) كتلك التي تختص بطب الأطفال (Pédiatrie) أو الكهول (Adulte) أو الشيوخ (La gériatrie)، ولكل فئة من التي ذكرناها تخصصاتها النووية (Spécialités nucléaires)، بحكم الحاجة الاجتماعية والمواكبة العلمية والتقنية والهيكلية والوظيفية لها مثل طب مرض السكر لدى الأطفال ضمن طب الأطفال، أو مثيلتها لدى الكبار أو لدى الشيوخ..

ففي خضم هذه الصيرورة، تبدو لنا شيئا فشيئا الجوانب الهيكلية والوظيفية للمنظومة الإستشفائية، التي تختص أساسا في علاج الأمراض والتذليل منها. فالمرض هو حالة صحية سالبة، حالة تُفقد صاحبها توازنه وتُجبره على البحث عن من يُصحح له هذا الخلل في جسمه، فيصبح هذا الوضع مبعث قلق يؤرقه ويؤرق من حوله، سوى أكانوا من أفراد أسرته أو من دوائر شغله أو مصالحه مع غيره.

فبحكم اعتلال صحته يصبح من المتعذر عليه القيام بواجباته ونشاطاته المعتادتين بشكل يضمن لعبه لأدواره ولمكانته المعهودتين داخل أسرته ومجتمعه. هذا الاختلال في الدور، تنجر عنه عدة تداعيات ومتاعب نتيجة عدم تماثل دوره وعلاقاته مع مصالح غيره، مما يستدعي منه السرعة والتحرك في طلب المساعدة المتخصصة، وإعطائه لنفسه بذلك صفة ومبررا مقبولين لغيره بفقدان أهليته (إلى حين) في إدارة وتسيير المهام التي كان المتوقع القيام بها. أين يعطي الطبيب على وضعيته الصحية هذه الشرعية في التواري عن الناس، وتقتصر بالتالي وضعيته الحالية على المداواة، إمَا ماكثا بالبيت أو راقدا في المستشفى[8]. هذا التواري قد يطول وإلى

متى؟ وعلى حساب من؟ وكيفما السبيل إلى استرجاع دوره الاجتماعي الذي أضعفه المرض وقلص من مجالاته؟.

فلكي يتعافى المرضى، ينبغي عليهم أولا الاستفادة من فحص جيد وعلاج سريع وفعال. هنا يبرز دور وأهمية الدواء في مساعدة الجسم على استرجاع التوازن البيو–فيزيولوجي والمرفولوجي لوظائفه، بمعنى أن للجسد حاجة لتعويض النقص عن بعض من الآليات المفروض توفيرها عبر مختلف عمليات التماثل الطبيعي لحالة التوازن، فالدواء هو عامل من العوامل الخارجية المساعدة على تدارك الوضع الصحي المعتل وتدخل لتصحيحه، فهو إذا أداة من أدوات الطبيب الرئيسية في معالجة واستئصال المرض، أو دحره لأننا فعلا أمام حرب حقيقية داخل جسم المريض أين تضبط خطط علاجية كتلك التي يرسمها الجنرالات في زمن الحرب.

لكن إذا ما تعذر على الطبيب إيجاد مثل هذه الأدوية، ما عسا أن يفعل؟ ولأنها أدوية أساسية فائقة الضرورة، فمن غير المجدي اللجوء إلى بدائل لأنها هي بديل البديل.

فتناقص الأدوية أو فقدانها، تصبح حجر عثرة من الحجم والعيار الثقيل، ومعوقا حقيقيا من معوقات الاستشفاء، فعادة ما يكون الطبيب حاضرا في الموقف الإستشفائي بكفاءته ومهارته[9]، ويقابله المريض طريح الفراش بالصراخ والأنين من شدة الألم، لكن ما السبيل لتخلصه من محنته هذه؟. هذا هو حال مستشفياتنا التي تتخبط الآن في دوامة فضيعة بالرغم من مقدرات البلاد النفطية والعائدات بالمليارات من الدولارات.

فأزمة افتقار المصالح الإستشفائية لهذه الأدوية، جعلت علاج الأمراض صعبة ومستعصية. فتوافر الدواء من عدمه أصبح عاملا جوهريا يُنسج طبيعة العلاقة (بين الأطباء والمرضى) بحكم قيمة ونوع المساعدة التي تُقدم من طرف الأطباء ويتلقاها المرضى، والذي قد يعطيها صفة لا تتماشى وتوقعاته لحجم ونوع الخدمة الذي يأمل في تلقيها داخل المرافق الاستشفائية[10].

فالتساؤل الكبير المطروح حاليا في ظل هذه البيئة المستعصية، يجعلنا نبحث عن تصنيف لطبيعة العلاقة التي تكتنف الموقف وتتفاعل معه، انطلاقا من عدة مؤشرات التي تصاحب الإصابة بالمرض والإستشفاء. لذلك عمدنا في طرح تساؤلا مركزيا ودعمناه بتساؤلين فرعيين ضمن الصيغة التالية:

ما هي أهم مظاهر أزمة التموين بالأدوية الأساسية وانعكاساتها على طبيعة العلاقة بين الأطباء والمرضى داخل المستشفيات العمومية ؟.

هذا التساؤل ما كان ليُطرح، لو لا الوضع الذي تشهده البلاد بصفة عامة والمنظومة الصحية بشكل خاص، **فما هي حقيقة أزمة تموين المؤسسات الإستشفائية العمومية بالأدوية الأساسية إذا يا ترى؟**. إن الاختلال في آلية تسيير الأدوية ومراقبتها واردة حتى في البلدان الأكثر تنظيما منا على غرار ألمانيا، وكندا! لكن ليس بهذا الشكل ولا بهذه الكيفية؟. هذا المعطى يجعلنا نتقصى ونبحث أكثر فأكثر عن حقيقة ما يجري فعلا داخل مؤسساتنا الإستشفائية الجزائرية التي يناط بها الالتزام بأدوارها، فالمراد أصلا من إنشاء المستشفيات في أي مجتمع كان، هو لمساعدة وتصحيح الحالات المرضية لكل الشرائح الاجتماعية (فقراء أو أغنياء، كبارا أو صغارا، مثقفين أو أميين...) لذلك كان تساؤلنا الفرعي الثاني عن: **أبرز مظاهر وانعكاسات الأزمة**

على طبيعة العلاقة بين الأطباء والمرضى في ظل هذه الظروف؟.

2- منهجية الدراسة:

طرحنا هذا الإشكال على أصحاب المهنة، من خلال استمارة مقابلة مقننة مع كل الأطباء المختصين بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة "عبد الله نواورية"- البوني (حيث أشغل فيها شخصيا منصب إطار في الصحة)، والمقدر عددهم الفعلي بثلاثة وثلاثون مفردة (33)، والذين يمارسون نشاطات إستشفائية بالمؤسسة، وقد استغرقت الدراسة 248 يوما ابتدءا من 2011/02/01 إلى غاية 2011/10/06، علما أن المؤسسة المعنية تختص في طب وجراحة الأم والطفل، وتدعمها في ذلك مصالح تقنية وإدارية عديدة، بقدرة استيعاب إجمالية تساوي 150 سريرا، موزعين على ثلاثة اختصاصات رئيسية هي: طب الأطفال، جراحة الأطفال وطب وجراحة الأمراض النساء والتوليد.

3- معالجة وتحليل نتائج الدراسة:

أشارت البيانات الأولية المستقاة من الاستمارات الموجهة للأطباء بروز كل من عنصري الشباب بنسبة(85%) وتقدر فئة الإناث فيها بـ (64%) بالنسبة لمجموع مفردات البحث، حيث تتطابق دلالاتهما العملية تماما مع طبيعة ونشاط المؤسسة (الأم والطفل) علما أن عمر المؤسسة الفعلي والوظيفي هو 13 سنة، أين تم افتتاحها رسميا بموجب المرسوم التنفيذي رقم 495/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997.

فمتوسط أقدميه مجتمع البحث تنحصر مابين 03-05 سنوات، بنسبة (78%) بينما لا تمارس (85%) منهم مهام إدارية بحكم طبيعة المهنة من جهة وقناعتهم بالمشاكل والصراعات التي تصاحب عادة المهمات الإدارية التي لا تتطابق مع مكانتهم وتحد بالتالي من تفرغهم لعلاج المرضى (مؤشرات تخدم الحركية الإستشفائية).

أما أسباب أزمة التموين بالأدوية فقد أرجعها الأطباء إلى عدة عوامل نجملها مرتبة كما يلي:

1- عدم التزام القطاع العمومي بالقانون فيما يخص تسيير ومراقبة آليات الإمداد بالدواء حفاظا على صحة المواطنين.

2- محدودية مجالات المناورة بالنسبة للمؤسسات الإستشفائية في استباق حلول الأزمات بفعل التسيير الممركز والمتقادم لقطاع الأدوية بالجزائر.

3- اعتماد الجزائر على توريد شبه كلي للأدوية من الخارج، وإلزامها للمؤسسات العمومية بالتقيد بدفتر شروط صارم لا جدوى منه في ظل هذه الظروف.

4- لا وجود لسوق أدوية وطني حسب الموصفات والمعايير الدولية، مما أفضى إلى عدم إمكانية وإلى عدم استفادة المجتمع من بدائل اقتصادية في التموين والإمداد.

5- خضوع بعض الأصناف من الأدوية إلى سلطة جماعات الضغط (داخلية كانت أو خارجية)، فقطاع الأدوية هو من أهم القطاعات الإستراتيجية، وتعاملاته التجارية المباشرة بالعملة الصعبة والمنافسة فيه شرسة وعلى أشدّها بين كل الدول المنتجة التي تسعى بكل الطرق للظفر بأكبر قدر ممكن من المستهلكين، وعائداته المادية جد كبيرة (القطاع الوحيد تقريبا الذي لم تمسه أزمة 2008).

6- تخبط المنظومة الصحية بشكل عام في لا استقرار وسوء التسيير وعدم وجود إستراتيجية مجتمعية فعالة واضحة المعالم.

7- تأثر المؤسسات الإستشفائية كغيرها من المؤسسات بمحيطها، فهي ليست بمعزل عما يدور

من حولها من تغيرات في شتى مناحي الحياة السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية.

فمن خلال مناقشاتنا العديدة مع هذه الشريحة (التي توصف عادة بأنها منغلقة)، طوال كل هذه المدة تُبين لنا معالم الأزمة، فهي بحسبهم ليست بهيكلية خالصة بالأساس، لكن خلفياتها كانت لها تداعيات على كامل بناء ووظيفة ونشاط المؤسسة الإستشفائية، من ضمنها: سوء تقدير الوضع وتملص القائمين على قطاع الصحة وصناع القرار من مسؤولياتهم، وخضوع قطاع الأدوية لابتزاز (بمفهومه الواسع) مصالح جماعات الضغط، ولأن الدواء عرفًا واقتصادًا هو مادة حيوية ذات قيمة ثمينة بالغة التكاليف، تخضع لمعايير وشروط صارمة، أصبحت هي بدورها في وضعنا الراهن، مشكلة تسيير عويصة أخرى تُضاف لمشكلات وظيفة الصحة العمومية، مما يستدعي التحرك والتدخل بجدية، لإحداث ديناميكية قوية تفعل لسياسة صحية جديدة، تتكفل بصحة المرضى، وتضمن ممارسة طبية لائقة وناجعة وذات أبعاد إنسانية.

فبحسب الأطباء، يعد توفير الأدوية الأساسية بالشكل الكاف وبالنوعية المطلوبة خط أحمر لا يمكن تخطيه، لأن المساس به يعرض حياة المرضى للخطر الأكيد ويعرضهم بالتالي لمضاعفات قد يكون بالإمكان تجنبها، لأنه في أحيان كثيرة، لا توجد فعلا بدائل عن الأدوية، ويستحيل بالتالي ممارسة المهنة وعلاج المرضى حسب البرتوكولات العلمية المتعارف عليها في ميادين الطب والجراحة.

فمؤشرات الأزمة تبدو أكثر وضوحا وجلاء أثناء إجراء المعاينات، أو الزيارات الطبية، فالواجب الأدبي والأخلاقي، يفرضان على الأطباء إخبار المرضى مسبقا بعدم القدرة على التكفل بهم، عندما لا تستوفى شروط الإستشفاء، ففي حقيقة الأمر هم لا يريدون رفض المرضى، لأنهم مضطرون للتعامل مع هذا الوضع الذي جردهم من أبرز أدوات الممارسة. هذا الوضع عرضهم مرارا وتكرارا للاستفزازات والتهجمات اللفظية والجسدية، بل واتهامهم في أحيان أخرى بالتقاعس والتملص والضغط (على المرضى) للعلاج عند الخواص، فكثير من المرضى من يعتقد جازما بأنه باستطاعة الأطباء إيجاد بدائل لتداوي، لكن تقاعسهم واستكانتهم للأمر الواقع حالت دون استفادتهم من العلاج الذي جاؤوا من أجله.

إن هذه الأنماط من السلوكيات لم تكن ظاهرة للعيان بالشكل الذي نعيشه اليوم، فأزمة الأدوية تفاقمت وألهبت فتيل المشاعر الغاضبة، ودكت بذلك كل أركان العلاقة التي تربط الأطباء بالمرضى (التي عادة ما كانت توصف بالمقبولة)، فأصبحت ردود أفعال المرضى ومرافقيهم أكثر استفزازية وهمجية، أثرت على نفسية الأطباء وأضرت بشكل كبير بالسير الحسن للمرافق العامة.

وحيال ذلك واجه الأطباء كل من ردود أفعال المرضى وذويهم، وسكوت وتماطل الإدارة، بجملة من السلوكيات الدفاعية التي تحفظ وتصون ماء الوجه وتحمي مكانتهم من خلال اتخاذهم لتدابير وتصرفات تجلت صورها ميدانيا على النحو التالي:

1- عزوفهم على إجراء المعاينات الخارجية للمرضى، لقناعتهم بأنه يستحيل عليهم متابعتها إجرائيا وعلاجيا، لعدم وجود الأدوية والعقاقير المخدرة بالكميات الكافية، التي تمكنهم بالتكفل بالحالات المرضية وفق شروط الممارسة الطبية.

2- اقتصار ممارستهم على معالجة الحالات المستعجلة فقط.

3– قبوعهم في المكاتب مغلقة حتى لا يستقبلوا أحدا، خشية تعنيفهم من طرف المرضى أو مرافقيهم، حفاظا على كرامتهم ومكانتهم الاجتماعية والعلمية.

4– عدم التزامهم بمواقيت العمل، وكثرة التغيب، دلالة على عدم رضاهم وتذمرهم وإحباطهم من الوضع الذي يعيشونه.

5– ظهور ردود أفعال كثيرة مضادة لقرارات الإدارة على غير العادة، لاعتقادهم بأنها غير جادة في إيجاد الحلول المناسبة، تاركة إياهم يواجهون المرضى ومرافقيهم بمفردهم، فمن الأمثلة على ذلك: عدم تكفل الأطباء بمرضى معارف المدير أو مساعديه وعلاجهم في أقصى الحالات على مضض وعدم حضور الاجتماعات الدورية التي يترأسها الإداريين...

6– لجوء كثير منهم للممارسة في المصّحات والعيادات الخاصة خلسة خشية إتلاف مهارتهم (Le savoir et l^{e} savoir- faire).

وبذلك أصبحت المؤسسات الإستشفائية، هيكل أجوف وفارغ قائم فقط على الترقيع المستعجل (Bricolage)، قدر المستطاع فكيف للطفل رضيع يعاني من تشوه خلقي في التبول (Phimosis)، لم يستطيع الأطباء تخلصه من مشكلته البسيطة منذ 2011/05/03 تاريخ أول معاينة له من طرف جراح. وذلك بسبب قلة العقاقير المخدرة.

لقد أفرز هذا الوضع المعاش سلوكيات جديدة، عجلت بعملية تقهقر وانكماش وتيرة النشاط الإستشفائي، وانعكست بالتالي وبشكل سلبي على شكل ونوعية مستوى الأداء المهني للأطباء، ممّا أجبرهم في عديد المرات من التخلي عن بعض من صلاحياتهم كحقهم الثابت غير المنقوص في علاج المرضى الكامل، وحقهم في ممارسة سلطاتهم كأطباء على المرضى والفرق شبه الطبية العاملة، والتي دخلت هي بدورها في شبه عطلة مفتوحة (لأنه ليس عيبا أو ذنبا منهم ولا من صنيع أيديهم ما يحدث). فالأمر طال الجميع، ولا يمكن لأحد محاسبتهم على الانعكاسات أو النتائج (هذا ما أكده لنا الأطباء). فالخلل كبير وممتد، لا يمكن لأصحاب المهنة السيطرة عليه أو التقليل من إفرازاته على المستوى الفعلي للصحة العامة.

وهكذا أصبحت الديناميكية الإستشفائية فاترة وضعيفة بفعل طول مدة الأزمة، فكثير من المرضى ممن أُجريت لهم فحوصات (تحاليل والفحوصات على حسابهم الخاص) وأدركته الأزمة ولم تجر لهم العماليات الجراحية، عدا تلك المتعلقة بالتكفل الطبي وفي أي حالة (بعد شق الأنفس وتدخل كبير من المعارف والأحباب لدى الأطباء).

فتعداد المرضى في هذا الظرف ما فتئ أن يزداد من يوم إلى آخر بحكم هذا التوقف عن النشاط، لعل ما يعكر الأمر أكثر بشكل لا يوصف هو نزوح أعدادًا كبيرة من مرضى المناطق الداخلية من البلاد إلى المدن الساحلية علهم تلبية حاجاتهم من العلاج، وإيجاد حلاً لحالتهم المرضية، فتراهم يَصُولون ويجُلون داخل المستشفيات، لكن دون جدوى، فيرجعوا لديارهم خائبين والحسرة تنتابهم وتدمي قلوبهم وتزيد من أنينهم، فلا حلّ لديهم إلا الاستكانة وتقبل الأمر الواقع أو التوجه للمصحات الخاصة، أين يدفعون الغالي والنفيس بحثا عن فرص المداواة والعلاج.

فالوضع أصبح لا يُطاق، ولا يتحمل التأجيل أو التأخير أكثر، فقد يُعرض من دون شك كثير من الأطباء والأطقم للإنهاك وللإكراه، ويدفع بكثير من المرضى للهلاك.

ففي حالة ما إذا وفرت الإدارة المركزية للصحة الأدوية المطلوبة، فكيف السبيل لتسيير هذا الوضع يا ترى؟. فطاقة استيعاب المؤسسات للمرضى قليل، وتعداد الفرق الطبية والجراحية العاملة محدود، والنظام التعويضي بَخس لا يقدر بشكل قوي الجهد الإضافي والتحفيز فيه قليل لا يبعث على الاجتهاد ولا على حب المثابرة.

وقد تعرضت العلاقة بين الأطباء والمرضى بشكل عام في هذه الظروف إلى أضرار كبيرة ربما لا تندمل إلا بعد وقت طويل، ومن أبرز معالمها استفحال ظاهرة تعنيف المرضى وذويهم للأطباء (معنويا بل وجسديا كذلك)، فهناك من ذوي المرضى من أصبح متابعًا قضائيا الآن بحكم تعديه على الأطباء أو أحد من الأطقم.

ويتجه الشعور العام السائد حاليا بالمؤسسات الإستشفائية ليأخذ منحى التذمر العلني (Frustration patente) بسبب المضايقات متعددة الأوجه، حيث يعتبر الأطباء عدم توفير الإدارة للأدوية يُعد في حد ذاته مضايقة من الحجم الثقيل، فما أدراك بوضعهم السلبي الذي يُخجلهم وينتقص من قيمتهم أمام مرضاهم، فالأمر أصبح يؤرقهم (أكثر فأكثر) ويبعث على اشمئزازهم وسخطهم على ما هم فيه. (شكل من أشكال الاغتراب المهني).

فالملاحظ لما يجري بعمق داخل المؤسسات الإستشفائية العمومية من تدنى لنوعية النشاط الإستشفائي والتقهقر في الروح المعنوية للأطقم الطبية العاملة، يتيقن بأن عملية التكفل بالمرضى، ليست هي حكرا فقط على الأطباء فحسب، بل تتداخل فيها عوامل وفاعلين آخرين، يبقى التأكيد فقط في الأخير على أن الدور المنوط بالطبيب فيها يكون رياديا وفي المواقع المتقدمة الأولى، أين يكون هو في الواجهة الأمامية مباشرة مع المرضى (Poste avancé).

خاتمة

ما يمكننا استخلاصه في الأخير، من واقع المؤسسات الإستشفائية العمومية الحالي وانعكاسات أزمة الأدوية على طبيعة العلاقة بين الأطباء والمرضى فيها، يجعلنا نقتنع من أمرين هامين اثنين:

أولهما: إستراتيجية مكانة الأدوية في البروتوكول العلاجي والإستشفائي لكل من الأطباء والمرضى على حد سواء.

ثانيهما: قدرة تأثير فاعلين آخرين في أداء الممارسين الطبيين لمهامهم بشكل قوي ومباشر، والدليل ماثل للعيان لما آلت إليه حالة المرضى وتفاقم أوضاعهم الصحية، بفعل تراكمات الأزمة وتفاعلها السلبي مع البيئة الإستشفائية، التي أضحت أكثر تعقيدا مع مرور الوقت. والملفت للعيان هو عدم إصرار ممن لديهم سلطة الحل في إيجاد مخرج يحفظ صحة المرضى، ويكرس التزام الدولة في التكفل بسلامة المواطنين الجسدية والعقلية. هذه الأزمة سوف تكون لها انعكاسات وخيمة قد يمتد تأثيرها إلى حد التوقف الكلي عن النشاط، وخروج أصحاب المآزر البيضاء للتعبير عن حقهم في ممارسة وتكريس أدوارهم الوظيفية والإنسانية داخل المجتمع.

قائمة المراجع:

1–أسماء محمد صالح: "**علم الاجتماع الطبي**"، دار الجنادرية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص– ص: 111–121.

2–محمد حسين منصور: "**المسؤولية الطبية**"، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، دون ذكر سنة النشر، ص– ص: 79–87.

3–Mustapha Khiati : **"Quelle santé pour les Algériens"**, Ed. Maghreb relations, Algérie, 1990, P-P : 12-52.

4–Miloud Kaddar : "**Système de santé et médicaments, cas de l'Algérie"**, Magistère, Université d'Oran, Algérie, 1982, P-P : 89-132.

5–J. Moline**:"Manuel de sémiologie médicale"**, Masson, Paris, France,1992,P-P :18-40.

6–أيمن مزاهرة وآخرون: "**علم اجتماع الصحة**"، دار اليازوري، عمان، الأردن، 2004، ص–ص: 56–57.

7–نادية محمد السيد عمر: "**علم الاجتماع الطبي– المفهومات والمجالات**"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998، ص– ص: 83–132.

8–إحسان محمد الحسن: "**علم الاجتماع الطبي –دراسة تحليلية في طب المجتمع**"، دار وائل للنشر، الأردن، 2008، ص– ص: 251–282.

9–F.Z.Oufriha : **"Quelques éléments d'appréciations sur l'efficacité du fonctionnement de service de soins en Algérie"**, Revue de CREAD, N° 19, Algérie, 1989, P-P : 30-36.

10–محمد الجوهري وآخرون: "**علم الاجتماع الطبي**"، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص– ص: 17–19.