الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

قسم علوم االتسيير

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر في علوم التسيير

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية
دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية

إعداد الطالب:

محـمد سعيـداني

إشراف الأستاذ:

أ.د/ بوعرعار احمد شمس الدين

السنة الجامعية 2019/2018

كلمة شكر

أشكر الله عز وجل الذي وفقني لإتمام هذا العمل، وأنار لي الطريق للعلم والمعرفة.

ثم أشكر أستاذي المشرف: الأستاذ الدكتور " بوعرار احمد شمس الدين" عرفانا بفضله وتقديرا لجهوده لما أولاني من العون والتوجيه.

كما أتوجه بالشكر إلى الاخت الفاضلة التي اطرتني القابلة الرئيسية نادية بن زروق عن مديرية الصحة و السكان بالمدية

– مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف بالمدية"

– مسؤل مكتب الدخول بالمؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف بالمدية"

– رؤساء كل مصالح المؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف بالمدية"

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى:

- أبي
- أمي الغالية، حفظها الله وأطال في عمرها.
- زوجتي الغالية
- ابنائي" ولاء الدين، الاء ، اريج" حفظه الله.
- أحب الناس إلي وأغلى هدية وهبها الله عز وجل: أختي وإخوتي، وأخص بالذكر " أحلام" و " حمزة " "هشام".
- أبناء وبنات أختي وإخوتي
- كل أفراد عائلة "سعيداني
- الى عائلتي الثانية *اعضاء جمعية ناس الخير المدية *
- كل من أحب الإسلام والجزائر.

ملخص

إن الارتقاء بالمستوى الصحي لمجتمع ما يستند على ضرورة توفير الخدمة الصحية، وتحسين نوعيتها وكفاءتها بما يستحسنه السكان، ويفترض بالمخططين إدراك المسؤولية الملقاة على عاتقهم في دراسة الوضع الصحي وتصميم الخطط الصحية للخدمات التي أصبحت تمثل ركنا أساسيا في اقتصاديات الدول، إذ أصبح الطلب على الخدمة وتحسينها كما ونوعا من ضروريات الحياة التي لا يمكن الاستغناء عنها.

تسعى المؤسسات الصحية لتحسين أداء الخدمات التي تقدمها حتى تصل إلى درجة التميز،إذ تقوم باستخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تطوير دورها الخدماتي، ومن أهم تلك الاستراتيجيات الاهتمام بالجودة بوصفها إستراتيجية مهمة تساعد المؤسسات الصحية على توفير خدمات تشبع الرغبات الكاملة للمرضى وتلبي متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم، وتعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة لأنها تهتم بتقديم خدمات تخص صحة الإنسان وسلامته البدنية، النفسية والعقلية.

لقد ارتبط تطور مفهوم الجودة الصحية بعدة مفاهيم منها إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، تطوير المناهج الصحية، التحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها وضمان رضا المستهلكين(المرضى)ومقدمي الخدمات الصحية على حد سواء.

في تحقيق هذا العمل ، حاولنا الإجابة عن المنهجية التالية: أولاً ، بحث ببليوغرافي وثائقي يتعلق بالجوانب النظرية المختلفة للموضوع. بالإضافة إلى ذلك ، قمنا بتنقديم استمارات المتعلقة بالموضوع للمرضى ومقدمي الخدمات الصحية (الأطباء والمساعدين الطبيين) على مستوى المؤسسة العامة للمستشفى بالمكتب الرئيسي لولاية المدية.

إن تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية يعد مطلبا أساسيا تحرص عليه جميع الدول من بينها الجزائر، التي قطعت أشواطا كبيرة لتطوير قطاع الصحة بعد أن ورثت عن الاستعمار وضعية صحية متدهورة، وكان أول تحدي للجزائر بعد الاستقلال رسم سياسة صحية لتطوير هذا القطاع، من خلال الحرص على تحسين تقديم الخدمات الصحية لضمان تغطية متكافئة لكافة السكان على كامل التراب الوطني.

الكلمات المفتحية

المؤسسات العمومية الاستشفائية ,الخدمات الصحية ,جودة الخدمة الصحية .

L'amélioration du niveau de santé d'une société repose sur la nécessité de fournir des prestations sanitaires de qualité et efficace à une population. La santé étant la pierre angulaire de l'économie des pays, les responsables de ce secteur s'efforcent d'améliorer la performance de leurs services jusqu'à l'excellence en recourant à de nombreuses strategies bien planifiées permettant de concretiser la satisfaction complète aux clients et de répondre à leurs besoins liés à la santé physique, psychologique et mentale.

L'élaboration du concept de qualité de la santé a été liée à plusieurs concepts, notamment la gestion de la qualité totale dans les établissements de santé, l'élaboration de programmes de santé, l'amélioration continue de la qualité des soins en identifiant les problèmes et les moyens de les résoudre et en assurant la satisfaction des patients et des prestataires de services de santé.

Dans la realisation de ce travail nous avons tentés de repondre à la démarche méthodologique suivante : d'abord une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques sur le theme. De plus, nous avons réalisés une collecte de données relatives au thème auprès des malades , des prestataires des services de santé (médecins et paramédicaux) au niveau de l'établissemnt public hospitalier de chef lieu de la wilaya de médéa

L'instauration de la qualité dans les établissements de santé est une exigence fondamentale de tous les pays, y compris l'Algérie, qui a beaucoup progressé dans le développement du secteur de la santé en visant l'amélioration des prestations des services de santé et la couverture égale de toute la population dans tout le pays.

Mots-clés

Etablissement public hospitalier, services de santé, qualité des services de santé.

العـنـوان	الصفحة
الشكر	
الاهداء	
الملخص	
قائمة المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
قائمة الملاحق	
المقدمة العامة	أ
الفصل الأول: إشكالية جودة الخدمات الصحية	**30-1**
تمهيد	**02**
المبحث الأول: الجودة وتطورها التاريخي	**03**
المطلب الأول: ماهية الجودة	**03**
المطلب الثاني: المدخل التقليدي للجودة	**05**
المطلب الثالث: المدخل الحديث للجودة	**06**
المبحث الثاني: الخدمات الصحية وجودتها في المؤسسات الصحية	**10**
المطلب الأول: ماهية الخدمات الصحية	**10**
المطلب الثاني: الجودة في المؤسسات الصحية	**13**
المطلب الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	**16**
المبحث الثالث: المدخل التكاليفي للجودة في المؤسسات الصحية	**17**
المطلب الأول: نماذج تطوير القياس المحاسبي لتكليف الجودة	**18**
المطلب الثاني: فئات وعناصر تكلفة الجودة	**23**
المطلب الثالث: تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية	**26**
خلاصة الفصل الأول	**29**
الفصل الثاني: التجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية	**31-59**
تمهيد	**32**
المبحث الأول: النظم الصحية وأداؤها	**33**
المطلب الأول: مكونات النظام الصحي	**33**
المطلب الثاني: محددات الأداء الصحي	**35**
المطلب الثالث: إصلاح النظم الصحية	**38**
المبحث الثاني: التجربة العربية في تطوير الخدمات الصحية _مصر نموذجا–	**40**

المطلب الأول: عرض وتنظيم العلاج	**40**
المطلب الثاني: مستوى تمويل العلاج	**44**
المطلب الثالث: الإصلاح الصحي	**46**
المبحث الثالث: التجربة الغربية في تطوير الخدمات الصحية –فرنسا نموذجا–	**52**
المطلب الأول: عرض وتنظيم العلاج	**52**
المطلب الثاني: مستوى تمويل العلاج	**54**
المطلب الثالث: الاصلاح الصحي في فرنسا	**56**
خلاصة الفصل الثاني	**59**
الفصل الثالث: واقع الخدمات الصحية وجودتها في الجزائر **دراسة حالة –المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية "محمد بوضياف"**	**99-61**
تمهيد	**61**
المبحث الأول: النظام الصحي بالجزائر والتطور التاريخي	**62**
المطلب الأول: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر	**62**
المطلب الثاني: مصادر تمويل القطاع الصحي بالجوائر	**64**
المطلب الثالث: تقييم النظام الصحي بالجزائر وإصلاح المنظومة الصحية، الاختلالات المميزة للنظام الصحي	**66**
المبحث الثاني: تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر	**69**
المطلب الأول: أهمية تقييم أداء الخدمات في المؤسسات الصحية ومؤشراتها	**69**
المطلب الثاني: قياس جودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها	**72**
المطلب الثالث: تنظيم وهيكلة الخدمات الصحية بالجزائر	**74**
المبحث الثالث: جودة الخدمات في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	**76**
المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية	**76**
المطلب الثاني: البطاقة الفنية للمؤسسة العمومية الإستشفائية	**78**
المطلب الثالث: الدراسة الميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالمدية	**80**
خلاصة الفصل الثالث	**111**
الخاتمة العامة	**115**
قائمة المصادر والمراجع	**124**
الملاحق	**131**

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
(1.2)	أسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية (2017)	42
(2.2)	تطور عدد السكان في مصر	42
(3.2)	تطور معدلات المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية لكل 1000 من السكان خلال الفترة من 2015-2017	43
(4.2)	تطور معدل وفيات حديثي الولادة (حضر- ريف) لكل 1000 مولود حي خلال الفترة من 2015 الى 2017	43
(5.2)	تطور توقع الحياة عند الولادة في مصر	43
(6.2)	الميزانية المخصصة لوزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة خلال الفترة الممتدة من 2015 الى 2018	45
(7.2)	الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في مصر	45
(8.2)	عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في فرنسا	53
(9.2)	تطور عمالة المهن الصحية في فرنسا خلال الفترة 2015-2017	53
(10.2)	التطور الإجمالي للوضعية الديموغرافية في فرنسا	53
(11.2)	تطور الأمل في الحياة عند الولادة خلال الفترة 2015-2017	54
(12.2)	تطور مصادر تمويل النفقة الحالية للعلاج والمواد الطبية في فرنسا خلال الفترة 2015-2017	54
(13.2)	حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في فرنسا 2015-2017	55
(14.2)	تطور استهلاك العلاج والمواد الطبية في فرنسا	55
(1.3)	الاعتمادات المخصصة لميزانية التسيير لوزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات	56
(2.3)	يوضح المصالح والوحدات الصحية للمؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف"	80
(3.3)	عدد الأسرة وعدد الأطباء وشبه الطبيين في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	82
(4.3)	تطور متوسط المكوث للاستشفاء (DMS) حسب المصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	83
(5.3)	تطور متوسط شغل الأسرة (TOM) حسب المصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	84
(6.3)	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث(المرضى-المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية)	85
(7.3)	استجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول (الدخول)	86
(8.3)	استجابات المرضى نحو نوعية الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة	86
(9.3)	إستجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء	87
(10.3)	إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات (الشروحات) من طرف الأطباء	88
(11.3)	استجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي	90
(13.3)	استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة	93

(14.3)	إتجابات طاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر	93
(15.3)	استجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوي لاحتياجاتهم	94
(16.3)	إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير	95
(17.3)	إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام	96
(18.3)	اسجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل	97
(19.3)	استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم	98
(20.3)	استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الطاقم الطبي	99
(21.3)	اسجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى	100
(22.3)	إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى	101
(23.3)	إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية	102
(24.3)	استجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة	103
(25.3)	الاقتراحات الخاصة بالطاقم شبه الطبي	103
(26.3)	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث(الطاقم الطبي)	104
(27.3)	استجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى	105
(28.3)	استجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى	105
(29.3)	استجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء	105
(30.3)	استجابات الأطباء نحو العلاقة بالطاقم شبه الطبي	106
(31.3)	استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر	106
(32.3)	استجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم	107
(33.3)	استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر ومدى ملائمة التكوين لاحتياجاتهم	107
(34.3)	استجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل	108
(35.3)	استجابات الأطباء نحو العراقيل التي يواجهونها	109
(36.3)	استجابات الأطباء نحو المرضى	110

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
(1.1)	العلاقات بين المراحل المختلفة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والفترة الزمنية اللازمة للتطبيق	09
(2.1)	نظام تقييم الأداء	11
(3.1)	نموذج " جوران " juran للتكلفة المثلى للمطابقة	19
(4.1)	نموذج سيشينايدرمان (schneiderman)	20
(1.2)	مكونات النظام الصحي	34

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
الملحق رقم 01	إستمارة موجهة للأقسام الداخلية (المريض)	**119-120**
الملحق رقم 02	إستمارة موجهة للطاقم شبه الطبي	**121-122**
الملحق رقم 03	استمارة موجهة للطاقم لطبي	**123-125**

المقدمة العامة

لعقود عديدة خلت من القرن العشرين كان الاقتصاديون والسياسيون ومخططو التنمية يُعَرِّفُون التنمية الاقتصادية بقدرة الاقتصاد الوطني على توليد واستدامة الزيادة السنوية في الناتج الداخلي الإجمالي، ويأخذونه بمعدل نمو نصيب الفرد من الدخل أو الناتج الداخلي الإجمالي ، إضافة إلى قدرة الدولة على توسيع إنتاجها بمعدلات أسرع من معدل النمو السكاني كمؤشر على التنمية.

وخلال عقود الخمسينيات والستينيات والسبعينيات انغمرت معظم الدول النامية في تطبيق هذا المفهوم، واستطاعت – بعضها – أن تحقق هدف النمو الاقتصادي الكمي، ولكن ظلت هناك فروقًا كبيرة بين السكان في مستويات المعيشة من ناحية توفر الحاجات الضرورية ودرجة الرفاهية، وعكست الأرقام في العديد من الدول النامية خاصة في أفريقيا وأمريكا اللاتينية وآسيا الوسطى تدهورًا في مستويات الصحة العامة ودرجة التعليم والعمر المتوقع للأفراد، ممَّا أثر سلبًا على مستوى إنتاجية القوى العاملة، إضافة إلى النقص المتزايد في مستوى الإشباع من السلع والخدمات الضرورية.

هذا القصور في المفهوم التنموي، دفع الكثير من الاقتصاديين إلى انتقاد مدخل التنمية التقليدي–عملية اقتصادية مادية– وعدم كفاية المقارنات الإجمالية لنصيب الفرد من الدخل الوطني أو الناتج الداخلي لتحديد حالة النمو والتنمية من عدمها.

حتى البنك الدولي الذي كان يساند النمو الاقتصادي الكمِّي منذ الثمانينيات كهدف رئيس للتنمية الاقتصادية يُعْلِن في تقريره عن التنمية لعام 1991م عن تحسين جودة حياة البشر.

فالتنمية معادلة دقيقة أهم مدخلاتها الطاقات البشرية، لأنه إذا أحسن توظيفها، فإنها ستدفع التنمية نحو بلوغ غايتها وتحقيق التغيير، الذي ينقل المجتمع من العيش في أسر قيود المرض إلى رحاب المستقبل.

وبين التنمية والصحة علاقة طردية ومركبة، فبينما الصحة من أهم القطاعات التي تستهدفها التنمية، فهي من جانب أخر من أهم ركائز التنمية ودعائمها، لأن الصحة مرتبطة بالحاجة الشخصية للإنسان، الذي هو منطلق التنمية وغايتها، ولذلك فالتنمية السليمة متعذرة بدون سكان أصحاء.

والصحة مطلوبة، ليس فقط في انتشارها وامتدادها الأفقي، بما يتيح سهولة وصولها، ولكن مطلوبة أيضا في جودتها ونموها الرأسي . فالجودة بصفة عامة مفهوم نسبي يحمل معان مختلفة ومتعددة تتغير بتغير الموضوع الذي تستخدم فيه. ففي بعض الأحيان تشير الجودة إلى التميز أو التفوق أو التفرد، وفي أحيان أخرى يقصد بها مجموعة من الخصائص أو المواصفات الفنية أو الشكلية، وفي كثير من الأحيان تكون الخدمة جيدة متى تم إشباع حاجات أو توقعات المستفيد منها، وفي أحيان أخرى يقصد بالجودة المطابقة للمواصفات القياسية أو المعايير المهنية.

وفي مجال الرعاية الصحية يمكن النظر إلى مفهوم الجودة من ثلاثة جوانب: الجانب الأول تقني وفني، وهو تعريف مطلق لجودة الرعاية الصحية. أما الجانب الثاني، فيتعلق بمدى تلبية احتياجات وتوقعات المرضى، وهو تعريف المستفيد من الخدمة. في حين يتعلق الجانب الثالث بتعريف المجتمع لجودة و الرعاية الصحية، من حيث

توفير العدالة والكفاءة والفعالية في تقديم مختلف الخدمات، وقد يضاف في بعض الأحيان البعد التنظيمي في تقويم جودة الخدمات المقدمة.

تنشط المؤسسات الصحية في محيط مثقل بالتحولات العميقة والمتداخلة، وفي ظل كل تلك التغيرات تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها.

الإشكالية

جاء هذا البحث ليجيب على الإشكالية التالية:

ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية ؟

وتفرع عن هذا السؤال الجوهري جملة من الأسئلة الفرعية نعرضها فيما يلي:

- ما هو مستوى رضا المرضى عن بعض جوانب الخدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية ؟
- ما هي العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي لتقديم خدمات ذات جودة ؟
- ما هي العراقيل التي تواجه الطاقم الطبي لتقديم خدمات ذات جودة ؟

وبعد القراءات الأولية للموضوع، نجد أن "أكثر الإجابات ملائمة للأسئلة المطروحة" من الأحسن "وكإجابة مبدئية نقترح الفرضيات التالية:

- المريض غير راض عن الخدمات المقدمة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بولاية المدية.
- تتمثل أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي في ظروف العمل.
- يشكل نقص الوسائل أهم عائق يواجه الأطباء من أجل تقديم خدمة ذات جودة.

أسباب الاختيار

تتمثل دوافع اختيار موضوع البحث، فيما يلي:

- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع، لما لها من تأثير على العنصر البشري، والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.
- اهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة.
- المؤشرات الصحية في الجزائر، والتي تنذر بوجود مشاكل يجب الالتفات إليها.

أهمية البحث

وفي هذا الإطار يستمد هذا البحث أهميته من أهمية قطاع الصحة في المجتمع، كونه يهتم بأغلى عنصر من عناصر الإنتاج والمتمثلة في الإنسان، بالإضافة أنه يتزامن مع جهود الدولة الجزائرية في تطوير جودة الخدمات المقدمة، والمتمثلة في إصلاح النظام الصحي بكل ما يتضمن من ملفات.

أهداف البحث

سنحاول من خلال هذا البحث تحقيق جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- إبراز مشاكل القياس التكاليفي في مجال جودة الخدمات الصحية.
- الوصول إلى الأولويات الخاصة بمشاكل جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية حتى يمكن توفير سبل العلاج.
- عرض أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر كخطوة أولى، من أجل اقتراح الحلول لمعالجتها.
- عرض واقع جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية.
- عرض أهم العراقيل التي تقف أمام الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي من أجل تقديم خدمات ذات جودة.

الدراسات السابقة

يعرض الطالب بعض الدراسات السابقة، والتي لها علاقة بالبحث، كما يلي:

1- دراسة "ماجدة محمد عبد الحميد جبريل"، وكانت في إطار الحصول على شهادة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، سنة2000 بجامعة عين شمس كلية التجارة، والموسومة بـ "إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة ".

وانطلاقا من مجموعة الملاحظات التي سجلها الباحث، بعد دراسة استطلاعية أجرها على المستشفى موضع الدراسة، والتي مكنته من تحديد أوجه القصور؛ حاولت الدراسة اقتراح إطار منهجي لتطبيق إدارة الجودة الكلية على المستشفيات، لتحقيق التحسين المستمر وزيادة الإنتاجية والكفاءة والانتماء وخفض التكلفة والارتقاء بمستوى جودة الرعاية الطبية والعلاجية لتحقيق رضا المرضى والعاملين والمجتمع.

2 – دراسة "مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان"، وكانت في إطار الحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، سنة 2001 بجامعة القاهرة كلية التجارة، والمعنونة بـ " دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات".

سعت الدراسة للوقوف على مستوى فعالية إدارة العمليات بالمستشفى محل الدراسة قبل وبعد استخدام وسائل إدارة الجودة الكلية، حتى يمكن الوصول إلى منهج محدد لإدارة الجودة الكلية، والذي يمكن من زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات، وبالتالي التغلب على أوجه القصور فيها.

وما يعاب على هذه الدراسة أنها ركزت كثيرا على الجانب الفني للجودة، دون الجوانب السلوكية، والمتمثلة أساسا في الاتصال والتعامل بين أطراف تقديم الخدمات ومتلقيها.

3- دراسة "حنان عبد الرحيم الأحمدي"، والموسومة بـ " التحسين المستمر للجودة : المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية"، والتي نشرت في مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة أشهر معهد الإدارة العامة، الرياض–المملكة العربية السعودية، المجلد الأربعون، العدد الثالث، أكتوبر2000.

نهجت هذه الدراسة نفس نهج الدراسة الأولى والثانية، حيث ركزت على كيفية تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

4- دراسة "فوزي مدكور"، والتي حملت عنوان "مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض"، والتي نشرت في المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، 1997.

انطلقت هذه الدراسة من التساؤل التالي: كيف تواجه المستشفيات المصرية المختلفة الموجات المتلاحقة من الطلبات العالمية والمحلية نحو تحسين جودة الرعاية الطبية ؟

وتوصلت الدراسة إلى إثبات اختلاف وجهات نظر المديرين في مفاهيمهم لجودة خدمات المستشفى وجودة رعاية المريض.

وبالتالي اقتصرت الدراسة على منظور واحد لمفهوم جودة رعاية المريض، وهي وجهة نظر المديرين.

5- دراسة "Sandra Bertezene " وكانت في إطار الحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير من جامعةLumière Lyon2، والموسومة بـ les démarches qualité dans les hôpitaux français"

انطلقت الدراسة من الإشكالية التالية: ما هي منهجيات تحسين الجودة التي تسمح بزيادة جودة العلاج والخدمات، وقادرة على إشباع حاجات المريض، في إطار عملية الاعتماد والقيد الموازناتي.

ولقد ركز البحث على عيوب الجودة في المنشآت الصحية، والسعي نحو منهجية لتحسين الجودة.

ونرى أن الدراسة تمكنت من تحديد جميع جيوب اللاجودة على مستوى المؤسسات محل الدراسة، إلا أن نتائجها تبقى محصورة في إطار المؤسسات الحاصلة على شهادة الاعتماد.

6- دراسة "عبد أمين محمود جماعة"، والمعنونة بـ" المتغيرات المؤثرة على إدراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وآثارها التسويقية، دراسة ميدانية بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة، والتي نشرت في مجلة الدراسات والبحوث التجارية، جامعة بنها، كلية التجارة،جمهورية مصر العربية، العدد الأول، 1998.

طرحت الدراسة الإشكالية التالية: ما هي المتغيرات الأساسية المؤثرة على إدراك العملاء لجودة الخدمة الطبية التي يحصلون عليها من المستشفيات ؟

وتمكنت هذه الدراسة من تحديد المتغيرات التي تؤثر على إدراك العملاء(المرضى) لجودة الخدمة الطبية، لكن دون إبراز الآثار التسويقية. كما اقتصرت على الخدمات الطبية فقط، دون الإشارة إلى خدمات الطاقم شبه الطبي.

مساهمة البحث

يتجلى من خلال العرض السابق، أن دراسة الطالب تتميز كونها ركزت على مفهوم الجودة من منظور المستفيد، كما وقفت عند معوقات تقديم خدمات ذات جودة من طرف كل من الطاقم شبه الطبي والطاقم الطبي، بهدف محاولة معرفة أسبابها وسبل علاجها. بالإضافة إلى ذلك تتميز الدراسة كونها تحاول لفت الانتباه إلى ضرورة قياس التكاليف المترتبة عن غياب الجودة، لأن أي مشروع تحسين، بما فيه إدارة الجودة الشاملة، ينطلق من اكتشاف مصادر الخلل، التي تحمل المؤسسة الصحية تكاليف يجب تلافيها.

حدود البحث

تقتصر الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية "محمد بوضياف ".للفترة الزمنية المتدة من 2015 الى 2017.

منهج البحث وأدوات الدراسة

اعتمد الباحث في إعداد الدراسة على ما يلي:

1-تكوين الإطار النظري للبحث عن طريق تجميع المادة العلمية المتعلقة بموضوع البحث من المصادر الثانوية التالية:

- الكتب والمراجع العربية والأجنبية.
- الدوريات.
- الرسائل والأطروحات الجامعية.
- الملتقيات والندوات وغيرها.

2- القيام بالدراسة الميدانية، وذلك لتوفير البيانات من المصادر الأولية من خلال:

- المقابلات الشخصية مع الأطباء وأفراد الطاقم شبه الطبي، والمرضى بالمؤسسة الصحية موضع الدراسة.
- تصميم ثلاث أنواع من الاستمارات: الأولى موجهة للمرضى، الثانية موجهة للطاقم شبه الطبي، والثالثة موجهة للطاقم الطبي.

3- استخدم الباحث المنهج الوصفي "في الجانب النظري" والمنهج التحليلي "الجانب التطبيقي" في الدراسة، بالإضافة الى استخدام نضام SPSS لتحليل بيانات الدراسة الميدانية.

صعوبات البحث

تمثلت المشكلات التي واجهها الطالب في الدراسة الميدانية في كثرة الجهات الواجب زيارتها وطول الإجراءات الواجب إتباعها للحصول على الموافقة للقيام بالبحث في المؤسسة محل الدراسة، بحيث يتطلب الولوج لأي مصلحة تابعة لنفس المؤسسة الصحية أخذ موافقة رئيسها، رغم وجود تسريح من طرف المدير العام .

هيكل البحث

ينقسم البحث إلى ثلاثة فصول، نتناول في الفصل الأول إشكالية جودة الخدمات الصحية، بالتعرض للخلفية التاريخية للجودة وجودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى عرض موضوع تقييم الأداء في المؤسسات الصحية. وتضمن المدخل التكاليفي للجودة في المؤسسات الصحية، وذلك بعرض نماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة، ثم التعرض لفئاتها وعناصرها؛ فيما يناقش المبحث الثاني من هذا الفصل تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية ومشاكل قياسها.

ويتعرض الفصل الثاني للتجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية، وتمثلت هذه الأخيرة في التجربة العربية، ممثلة مصر. في حين تمثلت التجربة الغربية في فرنسا.

أما الفصل الثالث فاهتم بدراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر، بنفس النهج الذي اتبع في عرض التجارب الدولية، لنختم هذا الفصل بالدروس المستفادة من التجارب الدولية السالفة الذكر و بعرض إستجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى عرض واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي بالمؤسسة الصحية محل الدراسة.

الفصل الأول

إشكالية جودة الخدمات الصحية

تمهيد

تواجه الكثير من المؤسسات العديد من التحديات، والتي تتمثل في انخفاض مستوى الإنتاجية، وزيادة تكاليف التشغيل، ونقص في الموارد المالية، وتبنى أساليب غير فعالة لتحقيق الأهداف المنشودة إلى جانب تدني مستوى الرضا لدى المستفيدين ومستوى الرضا الوظيفي والولاء لدى العاملين.

وتحتل الجودة إدارة وأهدافا موقعا مهما في توجهات ونشاطات المؤسسات المختلفة، ويرجع تزايد الاهتمام بالجودة إلى التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الاقتصادية العالمية، والتغير في استجابات المستفيدين، والتحولات التكنولوجية المتلاحقة وغيرها من العوامل.

وتعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة، لأنها تهتم بتقديم خدمات لأغلى ما تملكه المجتمعات، وهو الإنسان، وهي تؤمن أن هذا الأخير (الإنسان) هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية، وهو الذي يعتمد عليه في نجاح هذه العمليات واستقرارها، حيث أن الإنسان المريض لا يمكن أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفى وتحل مشكلاته الصحية.

وفي هذا الإطار جاء هذا الفصل ليستعرض مفهوم جودة الخدمة الصحية وخصوصية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، لكن قبل الخوض فيما سبق ذكره.

المبحث الأول: الجودة و تطورها التاريخي من الأحسن الاطار المفاهيمي للجودة

يعتبر موضوع الجودة وإدارتها من الموضوعات التي حظيت بدرجة كبيرة من الاهتمام، إذ يمكن أن نلحظ أنه أصبح بمثابة القاسم المشترك في كافة الكتابات الاقتصادية والإدارية، والشغل الشاغل لجميع الهيئات والمؤسسات في كافة أنحاء العالم النامي منه والمتقدم، والتي تسابقت نحو تطبيق المستحدث في مجال الجودة، وذلك بعد أن تبين لها أن الجودة أصبحت تؤثر وبقوة في تقرير حاضر ومستقبل المؤسسات، ولما لها من دور فعال وهام تلعبه في تحسين الإنتاجية وتخفيض التكلفة، إضافة إلى دورها الفعال في تحقيق موقع تنافسي متميز في السوق، حيث أيقنت المؤسسات في الوقت الحاضر، وكنتيجة مباشرة لمتغيرات البيئية التي تعمل في ظلها، عدم إمكانية الاستمرار في السوق دون تبني إستراتيجية فعالة تجاه جودة منتجاتها (سلعا وخدمات).

المطلب الأول: ماهية الجودة

لقد تعددت وتباينت التعاريف الخاصة بالجودة، ولهذا من الصعب أن نجد تعريفاً بسيطاً يصفها ويعرفها تعريفاً شاملاً بسبب تعدد جوانبها، وسيظهر ذلك جلياً من خلال مجموعة التعاريف التي سنعرضها فيما يلي:

- لقد عرفها "جوران" JURAN « بأنها الملائمة للاستخدام، أي كلما كانت الخدمة أو السلعة المصنعة ملائمة للاستخدام كلما كانت جيدة» .
- « الجودة مجموع مميزات وخصائص وحدة التي تؤهلها لتلبية حاجات معلنة أو غير معلنة» [1].

وهذه الوحدة قد تكون منتجا أو نشاطاً أو مسار إنتاج أو تنظيم شركة، هيئة، شخص...إلخ.

- كما عرفها **كروسبي** على أنها: « المطابقة للمواصفات المحددة » [2].
- عرفت المواصفة القياسية لعام 2000 الجودة بأنها « مجموعة الصفات المميزة للمنتج (أو النشاط أو العملية أو المؤسسة أو الشخص) والتي تجعله ملبياً للحاجات المعلنة والمتوقعة أو قادراً على تلبيتها»
- وعرفها جارفين David Garvin « أنها درجة الأداء التي يقدمها المنتج طبقاً لما يتوقعه المستهلك، أي مدى المناسبة للاستخدام عملياً ».

والجدير بالإشارة أن هذه التعاريف تتفق فيما بينها في الآتي :

- أن الجودة لا تنشأ من العدم بل من العلاقة بين المنتج الممون والعميل المشتري للمنتج.

---

1. Daniel Duret , Maurice Pillet**, qualité en production**, éditions d'organisation, Paris, 1998, p19
2. Bertrand Louapre, **La qualité s'il vous plaît !,** les éditions d'organisations, Paris, 1992, P23.

– الفكرة الثانية مكملة للأولى وتركز أساساً على التبادل التجاري، حيث أن هذه التعاريف مبنية على آلية التبادل المبني على أساس الجودة بمجرد وجود الطلب والممون القادر على تلبيته.

– أما الفكرة الثالثة فتشير إلى تفوق المستهلك باعتباره الحكم الأساسي للجودة، بحيث يتم التبادل على أساس الحكم على جودة المنتج.

– أما النقطة الرابعة فهي غياب أي إشارة إلى الجانب المالي، إذ أن عنصر التكاليف والسعر لم يدرجا ضمن تعريف جودة المنتج. وبالتالي هل نستنتج من هذا أن السعر ثابت أو ليس له علاقة بجودة المنتج، وهذا ما ينفيه كل الملاحظين على مستوى المؤسسة الصناعية.

وبالإضافة إلى أوجه الاتفاق بين تلك التعاريف، نلاحظ أن هناك اختلافاً واضحاً وكبيراً في تعريف الجودة، وإزاء هذا التعدد والتنوع في تعاريف الجودة، فقد قام "ديفيد جارفين" بحصر التعاريف المختلفة للجودة في خمسة مداخل تضم داخلها هذه التعاريف، وتتمثل المداخل الخمسة لتعريف الجودة فيما يلي:

- مدخل المثالية: ويرى أصحاب هذا المدخل أن الجودة مفهوم مطلق يعبر عن أعلى مستويات التفوق والكمال، وبالتالي فالجودة لا يمكن تعريفها ولكن يمكن الإحساس بها والتعرف عليها.
- مدخل المنتج: ويرى أصحاب هذا المدخل أن الجودة يمكن قياسها وتحديدها بدقة، فهي تمثل بالنسبة للمنتج مستوى احتوائه على خاصية أو عنصر ما من العناصر والخواص المكونة له.
- مدخل المستخدم: وفقا لهذا المدخل، فالجودة هي ما يراه ويريد المستهلك في المنتج، ويميل إلى الأخذ بهذا المدخل رجال التسويق. ولما كانت رغبات واحتياجات المستهلك تختلف من شخص لأخر، فان الشيء الجيد هو ما يحقق الأفضلية التي يراها هذا المستهلك ، وهي نظرية ذهنية شخصية للغاية.

المطلب الثاني: المدخل التقليدي للجودة

يتضمن المدخل التقليدي للجودة أربع مراحل متتالية، وليست منفصلة. فالفحص يتضمن الفرز، ومراقبة الجودة تتضمن الفحص، وضمان الجودة يتضمن مراقبة الجودة.

ويمكن عرض محتوى هذه المراحل كما يلي:

1- **الفرز**: بدأ مفهوم الجودة بعملية فرز المنتجات، حيث يقوم بعض العمال التابعين لملاحظي خط الإنتاج بفرز المنتج النهائي لاستبعاد الوحدات المعيبة منه.

2- **الفحص**: يحول الفحص دون وصول الوحدات المعيبة، و التي لا تلبي رغبات العملاء من نقلها إليهم ووصولها لهم، ولكن لا تمنع وقوع الخطأ. فالخطأ قد وقع فعلا و ما على الفحص إلا اكتشافه واستبعاده.

3- **مراقبة الجودة**: تركز مراقبة الجودة على جودة سلعة أو خدمة بعد إنتاجها. فبناء على وجود بعض المواصفات التفصيلية والتي يتم استكمالها بتصميم المنتج وبالعملية الإنتاجية التي تهدف إلى مطابقة هذه المواصفات؛ فان ما يتم إنتاجه بالفعل يتم مقارنته بالمواصفات في عملية الفحص. ومن الممكن اختيار درجة التوافق مع المواصفات عن طريق استخدام أسلوب العينات، كما أن تحديد درجة مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعة سلفا يمكن أن يتم عن طريق استخدام أسلوب الملاحظة، أو بعض بحوث مسح المستهلكين. ويتبين مما سبق انه لا يمكن تفتيش الجودة في المنتج، وإنما يجب بناؤها فيه ومن هنا جاءت الحاجة إلى ضمان الجودة.

4- **ضمان الجودة**:

ضمان الجودة هو نظام أساسه منع وقوع الخطأ عن طريق التحسينات المتتالية وتوجيه الجهود التنظيمية نحو منع حدوث المشاكل من مصادرها، من اجل توفير الثقة داخليا (الإدارة) وخارجيا (الزبون).

يتضح من العرض السابق للمدخل التقليدي، أن كل مرحلة من هذه المراحل قد ركزت على اهتمامات معينة؛ فبينما ركزت مرحلة الفحص على المطابقة وتصحيح الأخطاء بعد وقوعها، نجد أن المرحلة الثانية، وهي الرقابة الإحصائية قد توسعت في المفهوم وأضافت إلى المفهوم السابق، حيث اهتمت بالتصميم والأداء ولم يعد مجرد

فحص للمطابقة، ثم جاءت المرحلة الثالثة لتنظر بشكل أرحب، حيث يمكن اعتبار هذه المرحلة نظام أساسه منع وقوع الخطأ.

المطلب الثالث: المدخل الحديث للجودة

أدركت المؤسسات أن مدخل ضمان وتأكيد الجودة في حد ذاته لم يعد كافيا، فهي بحاجة إلى مدخل جديد وفلسفة إدارية جديدة تحقق لها التميز في ظل بيئة تنافسية قوية، وكان هذا المدخل هو إدارة الجودة الشاملة Total quality Management (TQM) ، سوف نتطرق في هذا المطلب لمدخل إدارة الجودة الشاملة، مبرزين معناه، مبادئ ومراحل ومعوقات تطبيقه.

1- تعريف إدارة الجودة الشاملة

تعددت التعاريف المقدمة لإدارة الجودة الشاملة، كل منها حاول إبراز سمة معينة أو خاصية معينة لها. وفي هذا الجزء نستعرض بعض تلك التعاريف للوقوف منها على مفهوم إدارة الجودة الشاملة كمدخل حديث في مسيرة تطور إدارة الجودة .يعرف" رفاه جميل أحمد"[1] إدارة الجودة الشاملة بأنها " ثقافة محددة من المؤسسة تؤيد التحقيق المتواصل لرضا الزبون عبر نظام متكامل بأدواته وتقنياته وتستلزم التحسين المستمر للعمليات التنظيمية التي ينتج عنها جودة عالية للسلع والخدمات "

ويعرفها "جوزيف جابلونسكي"بأنها "شكل تعاوني لانجاز الأعمال، يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكل من الإدارة و العاملين لتحسين الجودة والإنتاجية بشكل مستمر عن طريق فرق العمل.

ويتضح من خلال التعريف أن التزام العاملين بهذه الثقافة والتي هي مجموعة القيم والمعتقدات الجديدة، سيؤدي إلى تحقيق رضا الزبون الذي يمثل الهدف النهائي الأساسي لإدارة الجودة الشاملة عن طريق تلبية حاجاته ورغباته.

يركز هذا التعريف على ثلاثة مقومات أساسية لإدارة الجودة الشاملة وهي: إدارة مشاركة، تحسين العملية باستمرار واستخدام فرق العمل.

وقد عرف معهد الجودة الفيدرالي إدارة الجودة الكلية (الشاملة) بأنها " القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح من أول مرة مع الاعتماد على تقييم العميل في معرفة مدى تحسين الاداء".

في حين عرفها فريد عبد الفتاح زين الدين بأنها " ثورة ثقافية في الطريقة التي تعمل وتفكر بها الإدارة حول تحسين الجودة، وهي مدخل يعبر عن مزيد من الإحساس المشترك في ممارسات الإدارة، والتي تؤكد على الاتصالات

[1] رفاه جميل أحمد، أحمد عبد الوهاب، دور 'إدارة الجودة الشاملة في تغيير ثقافة الجودة في المؤسسات الصناعية دراسة حالة إحدى المصانع العراقية،' **مجلة التنمية الصناعية العربية**، مجلة فصلية تصدر عن المنظمة العربية للتنمية الصناعية والتعدين، المغرب، العدد43، أبريل 2001، ص98.

في الاتجاهين و أهمية المقاييس الإحصائية. إنها تغيير مستمر من إدارة تنظر إلى النتائج إلى إدارة تتفهم وتدير العمليات بشكل يحقق النتائج، إنها نتاج ممارسة الإدارة والطرق التحليلية التي تدعو إلى عملية التحسين المستمر، والتي بدورها تقود إلى تخفيض التكلفة".

يتضح من خلال التعريف أعلاه أن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية حديثة تأخذ شكل نظام إداري شامل قائم على إحداث تغييرات ايجابية جذرية لكل شيء داخل المؤسسة .

ورغم اختلاف التعاريف السابقة، إلا أنها اتفقت على أن إدارة الجودة الشاملة هي مدخل جديد يتميز عن المدخل التقليدي لإدارة الجودة .

وانطلاقا مما سبق، تعتبر إدارة الجودة الشاملة خطوة متقدمة على طريق تحسين الجودة، وهي فلسفة إدارية تستهدف التحسين المستمر لكافة العمليات في المؤسسة، وتضم كافة العاملين، وتهدف إلى تحقيق الرضا الكامل للزبون من خلال التعرف على احتياجاته وتوقعاته ومساندة الإدارة العليا ومشاركتها ودعمها لأساليب التحسين.

2- مبادئ إدارة الجودة الشاملة

ويتطلب تفعيل فلسفة إدارة الجودة الشاملة داخل مؤسسة ما سواء كانت سلعية أو خدمية توافر عدة أسس ومبادئ تتناسب وتتكامل فيما بينها لتحقيق أهدافها، والتي نعرضها في الأتي:

2 -1- مبدأ التركيز على الزبون

يشمل مصطلح العميل في إدارة الجودة الشاملة كلا من العميل الخارجي والعميل الداخلي.ويقصد بالعميل الخارجي ذلك الفرد (المستهلك) الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود من أجل تحقيق رغباته وتحفيزه في اقتناء المنتج أو السلعة المنتجة، أما العميل الداخلي فيمثل الأفراد العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة في المنظمة.

2-2- التركيز على العمليات والنتائج معا

عندما نحصل على سلعة لا تلبي حاجتنا أو تزيد من توقعاتنا، فإننا عادة ما نذهب إلى المنافس أو نشتكي إذا اعتقدنا بأن الشكوى ستؤدي إلى نتيجة. وفي ظل إدارة الجودة الشاملة، فإننا نستخدم هذه النتائج الناقصة، أو التوقعات غير الملباة،[1] كأعراض أو مؤشرات على أن شيئا ما يتم خطأ في العمليات التي أدت لإنتاج هذه المنتجات[1].

[1] جوزيف جابلونسكي، تعريب عبد الفتاح السيد النعماني ، إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة نظرة عامة، الجزء الثاني، مركز الخبرات المهنية للإدارة "بيمك"، جمهورية مصر العربية ،1996، ص56.

2-3 الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها

يسهل إعطاء الاهتمام للعمليات والنتائج معا، كما هو موضح في المبدأ الثاني، تطبيق المبدأ الثالث بسرعة وهو الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، يعني هذا المبدأ الإقلاع عن استخدام سياسة إطفاء الحرائق في إدارة الأعمال أو أسلوب الإدارة بالأزمات، والشروع في استخدام أساليب إدارية سليمة تمنع وقوع الأخطاء والمشاكل.

2-4- تدعيم و تعبئة خبرات القوى العاملة (مبدأ حشد خبرات القوى العاملة)

وأحد من أكثر الفرو قات أهمية بين إدارة الجودة الشاملة، والأفكار التقليدية في تحليل الجودة والتحسين هو قضية من يقوم بالتحليل فبمقتضى العمل بإدارة الجودة الكلية، فان العامل هو الخبير في تحليل وتحديد المعلومات التي تحول دون تحسين عمليات العمل. هذا التوجه من الممكن أن يشجع الإبداع ويرفع الروح المعنوية، ويؤدي إلى التزام وولاء أكبر نحو المنظمة والمهمة التي بين يدي العامل.

والعنصر الأخر المهم بخصوص التحليل الذاتي من قبل العامل للعمل هو أن الموظفين لا يقومون بإجراء تحليل العمل بصورة فردية، ولكن كجزء من فرص تحسين الجودة.

2-5- اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق

لابد وأن تمتاز المنشآت التي تطبق نظام إدارة الجودة الشاملة بأن قراراتها مبنية على حقائق وبيانات صحيحة وليس مجرد تكهنات أو اقتراحات أو توقع مبني على أساس الرأي الشخصي، وخاصة أن منظمات الأعمال تواجه تغيرات متسارعة في العلم والتكنولوجيا والمنافسة. إذ لابد من تقليل حالات عدم التأكد أو المجهول، وذلك بالاعتماد على الأساليب الكمية المعدة لهذا الغرض مثل شجرة القرارات وغيرها. والممكن أيضا استخدام نظام المعلومات الإدارية والحاسوبية في هذا المجال، وذلك لمساعدة المدراء في تشخيص نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات.

2-6- الاهتمام بالتغذية العكسية

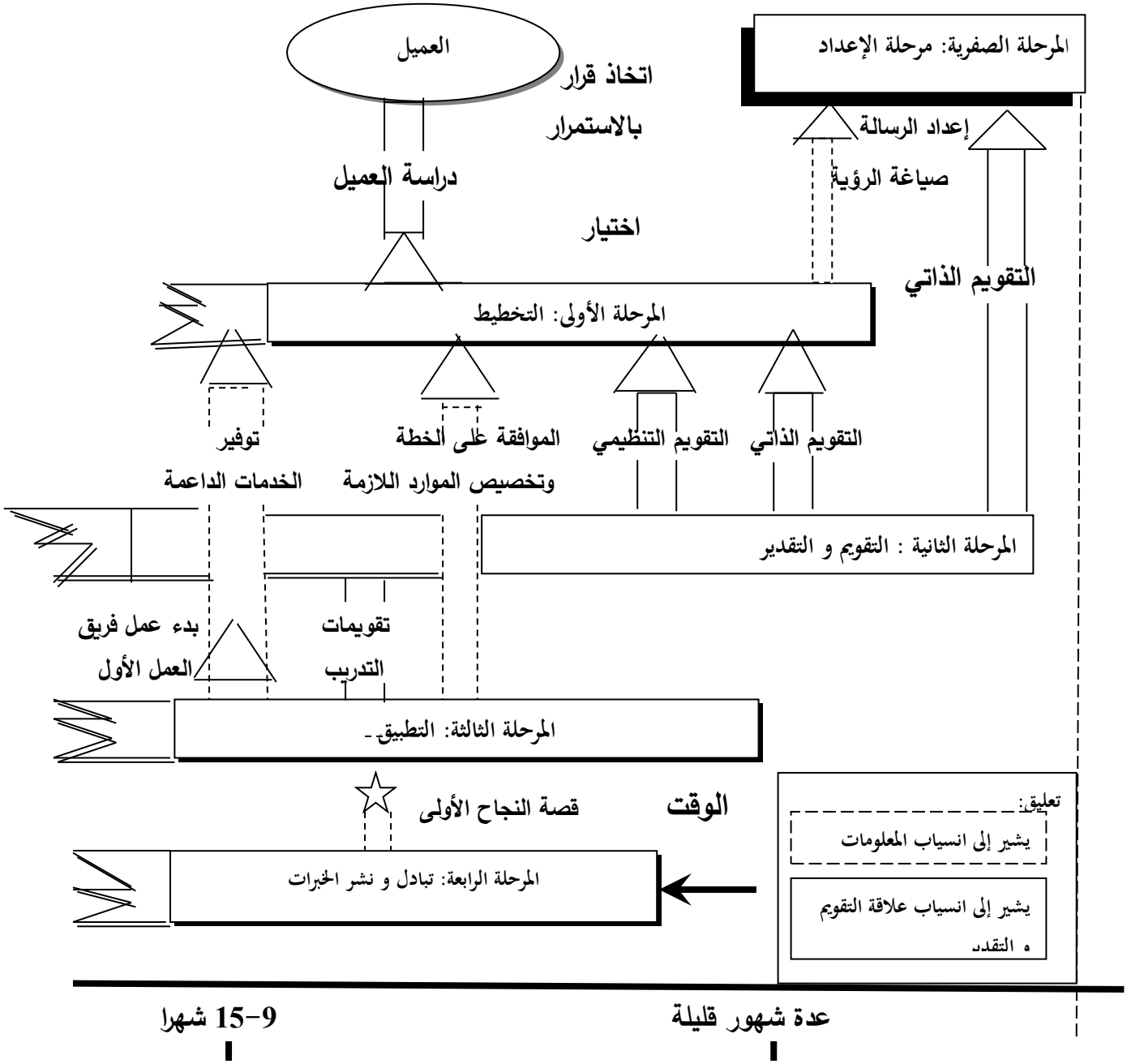
يسمح هذا المبدأ السادس من مبادئ إدارة الجودة الشاملة، للمبادئ الخمسة السابقة أن تحقق النتائج المطلوبة منها، وفي هذا المجال تلعب الاتصالات الدور الرئيسي لأي منتج. ومن ثم فان النجاح في الحصول على التغذية العكسية، والتي تتحقق في الوقت الملائم، تعتبر من العوامل الأساسية التي تسهم في تمهيد و زيادة فرص النجاح والإبداع.

3- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة

اختلف الكتاب في عدد مراحل تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة، ويرجع ذلك إلى التوسع في عرض هذه المراحل، أو قيام البعض الأخر بإدماج عدد من المراحل مع بعضها، ولكن يمكن القول أن الاختلاف كان في

العدد وليس في المحتوى. ولقد تبنينا التقسيم الذي اعتمده "جوزيف جابلونسكي"، والمتضمن خمس مراحل أساسية يعرفها الشكل التاليي:

الشكل(1.1): العلاقات بين المراحل المختلفة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة و الفترة الزمنية اللازمة للتطبيق.



المصدر: جوزيف جابلونسكي،تعريب عبد الفتاح السيد النعماني ،**مرجع سابق**، ص175

المبحث الثاني: الخدمات الصحية وجودتها في المؤسسات الصحية

يحتل قطاع الخدمات الصحية في معظم دول العالم أهمية خاصة وموقعا متميزا بحكم طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع واتصالها المباشر بصحة الأفراد، بل وبحياتهم ، جاء هذا المبحث ليركز على الخدمات الصحية وجودتها في المؤسسسات الاستشفائية الصحية.

المطلب الأول: ماهية الخدمات الصحية

اختلفت وجهات النظر حول تعريف الخدمة، باختلاف الكتاب، ومن اهم تعريف يمكن تقديمه في هذا المجال هو: الخدمة هي أداء مرتبط بتبادل المنافع بين طرفين، ويتميز هذا الأداء أساسا بفنائه السريع، عدم ملموسية وعدم إمكانية نقله، وكذا تزامن إنتاجه واستهلاكه في نفس الوقت .

1- مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية أو تقنية أو مالية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية.

وتعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى، ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص التي تؤثر في الطلب عليها، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه الخصائص.

لكن قبل هذا، نرى أنه من المفيد التطرق لمفهوم الخدمة الصحية فيما يلي:

- تعرف الخدمة الصحية بأنها "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية".

يتبين من التعريف أعلاه أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة ، كما يمكن أن نصنف الخدمات الصحية إلى ثلاث مجموعات أساسية هي:

- خدمات علاجية: موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية)، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحاليل، وإلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.

- خدمات وقائية: تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة. ومثال على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.

– خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضا العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

ويمكن عرض خصائص الخدمات الصحية في الآتي :

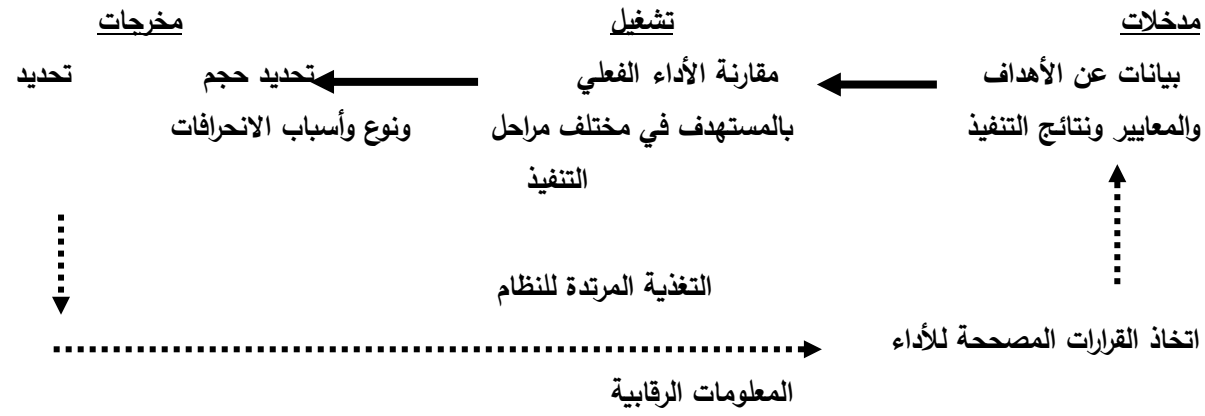
– قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية
– التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية
– الخدمة الصحية منتج غير ملموس
– الخدمة الصحية سلعة عامة
– الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل

2- تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

تحضى عملية تقييم الأداء باهتمام بالغ لدى القائمين على إدارة المؤسسات المختلفة لما لها من تأثير على النتائج النهائية لأعمالها، ويمكن تعريف تقييم الأداء بأنه« إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها، ومقارنة تلك الأهداف بالأهداف المتحققة، ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقا، مع تحديد أسباب تلك الانحرافات وأساليب معالجتها»[1] ، بمعنى آخر يشمل تقييم الأداء تمديد مؤشرات معينة ثم جمع المعطيات الأزمة لقياس تلك المؤشرات، ثم مقارنة مستوى الأداء الراهن بمستوى الأداء المرغوب.

وإذا طبقنا مدخل النظم على مفهوم تقييم الأداء، فيمكن عرض الشكل التالي:

الشكل(2.1): نظام تقييم الأداء



المصدر: محمد سيد جاد الرب، **إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة**، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996- 1997، ص 295

وإذا تعلق الأمر بتقييم الأداء في المؤسسات الصحية، فهذا المفهوم يرتبط إلى حد كبير بمدى قدرة هذه المؤسسات على تحقيق أهداف الرعاية الصحية التي تسعى إلى بلوغها من حيث إعداد البرامج الصحية (التخطيط الصحي)، ومستوى تنوع الخدمات الصحية المقدمة، وعكس إستراتيجيتها وأهدافها في النتائج المحققة من سير عملها.

إذن فتقييم الأداء في المؤسسات الصحية ينصب نحو تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة في حدود ما هو متاح من موارد، ويعتمد على نظام المعلومات ويرتبط به ارتباطا وثيقا.

3- أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية :

ترجع أهمية تقييم أداء الخدمات في المنظمات الصحية إلى الاعتبارات الاتية[1] :

- أهمية وحيوية الأدوار المتعددة التي تقوم بها المستشفيات في العصر الحديث.
- الدور الاجتماعي الذي تقوم به المستشفى في العلاج والوقاية وتنظيم الأسرة والسكان وخاصة في الدول النامية.
- إن صعوبة وضع مقاييس كمية لتقييم أداء بعض الأنشطة الطبية إتاحة الفرصة لإجراء مزيد من الدراسات والأبحاث العلمية في مجال تقييم أداء هذه المنظمات.
- تطور مفهوم إدارة وتنظيم الخدمات الطبية من التركيز على الخدمات الصحية إلى التركيز على المرضى الحاليين والمرتقبين ووضع نظام متكامل لتقديم هذه الخدمات بما يحقق إرضاء حاجات المرضى.
- الاهتمام بتفاعل المنظمات الصحية على البيئة المحيطة بها، وتحديد المشاكل الصحية التي تعاني منها البيئة. مثل الأمراض وتلوث الجو وانخفاض مستوى الصحة العامة للسكان....الخ. انعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والطبي في المنظمات الصحية، وجعل المنظمة الصحية نظاما ديناميكيا يتفاعل مع المؤثرات الخارجية والداخلية
- استخدام نتائج التقييم في إعادة تقويم برامج إدارة الموارد البشرية، وخاصة فيما يتعلق ببرامج الاختيار والتعيين والترقية والتكوين.
- يعمل نظام تقييم الأداء على إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمؤسسة.

[1] سيد محمد جاد الرب، **مرجع سابق**، ص ص 306-307

المطلب الثاني: الجودة في المؤسسات الصحية

تعتبر الصعوبة الرئيسية في موضوع جودة الخدمات الصحية في تحديدها وقياسها، لكن قبل التطرق لمفهوم جودة الخدمات الصحية، نرى من الضروري التفريق بين مفهومين وهما[1] :

- **الرعاية الطبية:** ينصب تركيز الرعاية الطبية على مراجعة العمليات الباثولوجية، وتتضمن التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الطبيعي وذلك عند الحاجة، ولذا فهي تركز على المرض والملامح الطبية لعمليات الرعاية.
- **الرعاية الصحية:** تذهب الرعاية الصحية إلى ما هو أبعد لأنها تشمل أنشطة المنع، رعاية المريض، الرعاية الطبية، إعادة التأهيل الاجتماعي. فالرعاية الصحية تركز على جودة الحياة بصفة عامة. والجدير بالإشارة أن مصطلح الرعاية الطبية والرعاية الصحية يشمل مفهوم رعاية المريض.

وبالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية، وشيوع استخدام مصطلح"الجودة" في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، فان من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع؛ ويرجع ذلك في الأساس إلى أن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد، ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم.

1- **تعريف جودة الخدمات الصحية وأبعادها** : تعرف على انها :

« جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض؛ أوهي الرعاية التي تقدم للمريض، والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجه والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته»[2] .

او هي « تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد، إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية»[3] .

---

[1] فوزي مدكور، "مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض"، **المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة**، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثالث، 1997، ص 230

[2] سهام علي أحمد القبندي، "تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية و التخطيط لتطويرها بدولة الكويت"، **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، المجلد 32، العدد3، 2004

[3] **خالد سعد عبد العزيز بن سعيد**، ، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1997، ص65

لجودة الخدمة الصحية جملة من الأبعاد تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها. ويمكن عرض هذه الأبعاد في العناصر التالية:

- **التمكن الفني:** ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدم الخدمة ومساعديهم بالدقة المطلوبة والتوافق وبصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى والمصابين والمراجعين.
- **الإمكانيات المادية للمستشفى:** ويقاس هذا البعد من خلال تقييم العميل لمباني المستشفى ومعداتها وأجهزتها، والإمكانيات والتسهيلات المادية الأخرى.
- **سهولة الوصول والحصول:** الخدمات الصحية يجب أن تكون سهلة الحصول أمام الأشخاص(محتاجيها) في الزمن(الوقت) والمكان المناسبين لهم وحال احتياجها
- **التعاطف والتفاني:** ويعبر هذا العنصر عن مدى إحساس العملاء بالتعاطف والرعاية من جانب المستشفى لهم، وحسن استقبالهم ومدى الاهتمام الشخصي لكل منهم، ويعكس هذا العنصر كذلك مدى رغبة العميل في الحصول على معاملة خاصة وخدمة متميزة من مقدمي الخدمة.
- **الأمان:** ويعني أن يشعر الفرد أنه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها، ويعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية، سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها.
- **الاستمرارية:** وتعني تقديم الخدمات الصحية دون توقف أو انقطاع.
- **الفعالية والكفاءة:** فالفعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بأن يتم الإجراء بطريقة صحيحة.

أما الكفاءة فتعني تقديم أفضل خدمة في ضل الموارد المتاحة، أي أن هذا البعد يهتم بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة

- **الاعتمادية:** وهي تعبر عن درجة ثقة العميل في المستشفى ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها.

2- قياس جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل الى تجاهلها، ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها.

وبعد مراجعة الكتابات المتعلقة بقياس جودة الخدمات الصحية، وجد أن هناك ثلاثة أنواع من المقاييس هي:

أ- المقاييس الهيكلية (قياسات البنية)[1] : إن مقاييس الهيكل للرعاية الصحية مرتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذا فان أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد، التسهيلات المتاحة في المستشفى.

ومن الملاحظ أنه يوجد افتراضية عند استخدام هذا المدخل كمؤشر للجودة وهي:

- أن الرعاية الأحسن أو الأفضل يتم إمدادها حينما يكون هناك هيئة مؤهلة وعلى مستوى عال، وتجهيزات مادية ممتازة وهيكل تنظيمي جيد وأمول متاحة.

- أنه يكون من الكاف التحديد لما هو" جيد" بشرط وجود هيئة مؤهلة، هيكل مادي، تنظيم رسمي، مع ملاحظة أن هذه العناصر ليست متساوية الأثر في علاقتها بالجودة؛ إنها فقط تتوقع أن وجود خصائص هيكلية جيدة يعني أن رعاية ذات جودة واردة- مع الاعتراف بأنه ليس هناك تأكيد لحدوثها- ولذا فان هذا المدخل بمفرده غير كاف كمؤشر للجودة.

ب- مقاييس الإجراءات: تسمى كذلك مقاييس العمليات؛ ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج (المخرجات).

وتعتمد كل المداخل المتصلة بتقويم الإجراءات على إصدار معايير مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير على حالات من المرض. ومثال ذلك قياس إجراءات رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى.

ج- مقاييس النواتج: يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كناتج للرعاية الصحية. ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي[2].

- **الحالة الصحية العامة**: والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثال معدلات الوفيات أو أحد الأمراض كمقاييس؛ويمكن ذلك في استخدام ملامح تأثير المرض.

- **مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد**: وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة. وهذا المقياس مثالي في تقييمه للجودة، فضلا عن صعوبة القياس لأنه لا يوجد تأكيد على ارتباط النواتج بعمليات التشخيص والمعالجة، حيث تتدخل عوامل اجتماعية ونفسية ومادية في هذه النواتج.

ولابد أن نوضح هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة، ولذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة من القياسات.

---

[1] فوزي شعبان مدكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، وتسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998، ص 233.

[2] فوزي شعبان مدكور ، مرجع **سبق ذكره**، ص 234

وذلك حسب الهدف من القياسات. فقياس النتائج يستخدم غالبا بغرض تقييم الأداء، بينما قياس العمليات والهيكلة يستخدم بغرض تحسين وضبط العمليات.

كما يجب الإشارة إلى أنه لابد من توافر نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية تحدد من خلال الإجراءات الفعلية لجمع وتحليل وتوزيع المعلومات للأطراف المناسبة وفي الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

المطلب الثالث : إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية، ويستند إلى المبادئ التي وضعها رواد الجودة؛ أمثال " ديمنج" و" جوران"، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية.

1- تعريف وأهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية :

إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية تعتمد على التزام القيادات العليا، والتي تعطى الطاقة والمصداقية لتطبيق عملية التحسين المستمر للجودة ضمن إستراتيجية واسعة تغطى كل المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية.

تحقق المؤسسات الصحية بعض الفوائد نتيجة تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن أن نعرضها فيما يلي:

- **تبسيط الإجراءات:** يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها.
- **تحسين الإجراءات:** يهدف نموذج إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها.
- **كفاءة التشغيل:** تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين.
- **القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية(العيادية):** من أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وماله من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية
- **الحد من تكرار العمليات:** يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن تم الحد من التكرار، وما له من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء.

2- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، فيما يلي:

- الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة: يبدأ الانجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها ، فهدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات ، يتبين مما سبق أن هذه المرحلة هي مرحلة تهيئة تنظيمية، وتتطلب مشاركة القيادات الطبية والفنية.

- نشر ثقافة الجودة الشاملة: لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ، ومهارات، وطرائق، وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين، مع مراعاة الموارد المتاحة، والثقافة السائدة، والوضع الصحي الراهن، والهياكل القائمة. وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره. ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والارتجاعية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها. وتنبغي الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في هذا الصدد، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز الطلب على الرعاية الجيدة.

- تكوين فريق عمل الجودة: تختلف المسميات التي تطلق على الفريق الذي يقود مشروع الجودة، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من المسميات.

المبحث الثالث : المدخل التكاليفي للجودة في المؤسسات الصحية

تغيرت النظرة لتكاليف الجودة، حيث كان سائدا بأنها تعني تكاليف تسيير الأمور الخاصة بقسم الرقابة على الجودة، بالإضافة إلى قيمة الفاقد والتكاليف التي تتحملها المؤسسة خلال فترة ضمان السلع والخدمات المقدمة للزبائن. إلا أن هذه النظرة امتدت لتشمل كافة التكاليف التي تتحملها المؤسسة بصدد تصميم وتنفيذ وتشغيل والمحافظة على استمرارية نظام الجودة والتكلفة.

ولقد ازدادت أهمية إنشاء أنظمة محاسبية تكاليفية ترتبط بالجودة، وذلك لأنها تساعد على تحديد مناطق الفشل والإخفاق الداخلي ومصادر حدوث العيوب، والتكلفة المالية المترتبة عن ذلك.

تعتبر المؤسسات الصحية معنية كذلك بمنهجية الجودة. فتطور المضمون الاقتصادي للمستشفيات يقيدها أكثر فأكثر على تقويم جودة خدماتها. وأمام إلحاح المريض على جودة العلاج والقيد الموازناتي، يطرح السؤال حول طبيعة العلاقة تكلفة / جودة.

تعتبر تكاليف الجودة إحدى عناصر التكاليف التي يجب الاهتمام بها وتوخي الدقة في حسابها، وأن أي إسراف أو ضياع في هذه التكاليف له أثر مباشر على تكاليف الإنتاج، ولذلك فان إخضاع تكاليف الجودة بعناصرها المختلفة للتحليل والدراسة، وإخضاعها للرقابة والسيطرة أمر مرغوب فيه وتنشده المؤسسة في مجال ترشيد قراراتها.

يمكن أن نحدد تعريفا لتكلفة الجودة على النحو التالي : " هي جميع التكاليف المرتبطة بالأنشطة اللازمة والضرورية لتوفير المنتجات(سلعا وخدمات) بالجودة التي يحددها الزبائن، سواء حدثت هذه التكاليف قبل إنتاج المنتج (الخدمة) أو خلال مراحل الإنتاج أو بعد الإنتاج أو قبل تسليم المنتجات أو بعد التسليم".

ويمكن إرجاع أهمية قياس وتحليل تكاليف الجودة للأسباب التالية[1] :

1- هي أحد أهم الأفكار الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة وهي جزء هام وتكاملي لأي برنامج جودة في المنظمات (إدارة الجودة الشاملة، المواصفات العالمية ISO9000).

2- يفيد حساب التكاليف المتعلقة بالجودة وتحويلها إلى اللغة المشتركة لدى مديري الشركات فهي مؤشر قوي لتحفيز الإدارة العليا في تطبيق وتنفيذ مفهوم تكاليف الجودة.

3- آثارها السيئة وتكاليفها الباهظة على المنشأة فعدة دراسات أشارت أن تكاليف الجودة تكلف أكثر من 30٪ من مصروفات المصانع في أمريكا .

4- أداة تحسين مستمر للجودة، فهي تساعد على تحديد وتمييز مناطق الفشل والعيوب ومصادرها المباشرة باستخدام بعض أدوات الإحصاء.

5- أداة مقارنة جيدة وواضحة من خلال فترة زمنية محددة.

المطلب الاول : نماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة.

من خلال التطرق الى أهمية قياس تكاليف الجودة وضرورة زيادة فاعلية الدور المحاسبي في هذا المجال. ومن أجل ذلك لابد من التعرف على نماذج تطوير عملية القياس المحاسبي لتكاليف الجودة من خلال هذا المطلب.

وفيما يلي بيان بنماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة:

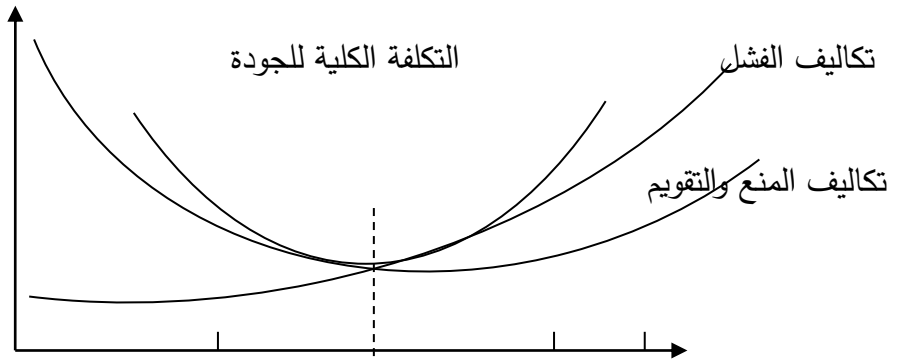
[1] عطية هاشم أحمد، محاسبة التكاليف في المجلات التطبيقية، الدار الجامعية،الإسكندرية،2000 ، ص80

1- نموذج جوران juran

طبقا لهذا المدخل، تتخذ التكلفة الكلية للجودة شكل دالة مقعرة تنخفض إلى أدنى مستوى لها عندما تتطابق الجودة الفعلية مع الجودة المعيارية، حيث تتساوى التكلفة الحدية للمنع والتقويم مع التكلفة الحدية للفشل، ويظهر المنحنى على شكل حرفU، بحيث يمثل مستوى جودة أقل من 100٪ مطابقة. حيث اعتقد المديرون لفترات طويلة بأن المستوى الأمثل لتكاليف الجودة يتحقق عند أدنى مستوى من التكاليف الكلية للجودة.

ويمكن تمثيل نموذج "جوران"، والذي يعبر عن المدخل التقليدي للعلاقة بين الجودة والتكلفة، في الشكل التالي:

الشكل(3.1) : نموذج " جوران " juran للتكلفة المثلى للمطابقة



(100% جودة) 100% 80 % 50% 30٪ (100٪عيوب)

مستوى جودة التطابق

المصدر: مصطفى راشد العبادي ، إطار مقترح لتشخيص مشكلات الجودة مع قياس وتقييم جدوى الاستثمار في مجالات تحسينها، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة ،جامعة عين شمس، القاهرة، العدد الثاني، أبريل 2000.، ص383.

ومن أكثر الملاحظات التي يمكن تسجيلها على هذا النموذج عدم اهتمامه بتكاليف الجودة الخفية لكافة وحدات الانتاج التي تقع داخل حدود المواصفات المقبولة، وحتى الوحدات المنتجة التي تقع خارج حدود المواصفات المقبولة فلا يأخد بكل التكاليف الخفية للجودة، وانما يقتصر على تلك القابلة للقياس كتكاليف اصلاح الوحدات المعيبة.

2- نموذج سيشينايدرمان (schneiderman)

يختلف هذا النموذج مقارنة بنموذج جوران في مجموعة من النقاط نعرضها فيما يلي:

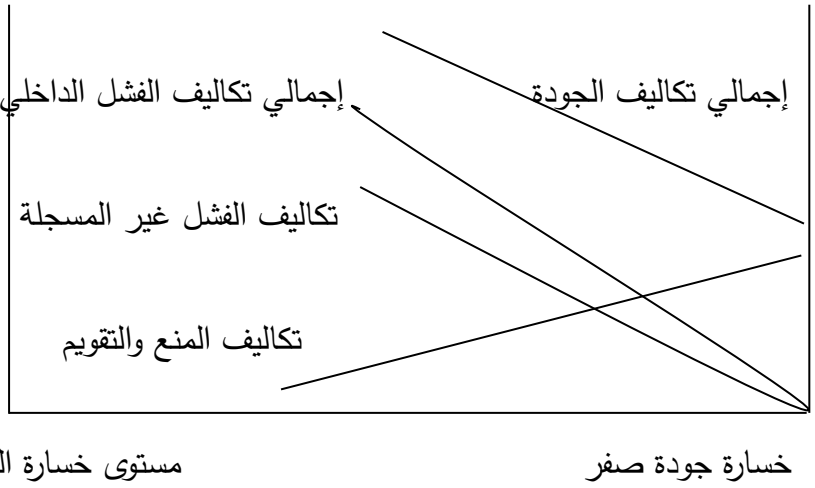
- يتم قياس التكاليف الخاصة بالجودة على أساس كلي وليس على أساس متوسط تكلفة الوحدة.

– يعالج هذا النموذج تكاليف المنع والتقويم بأنها تكلفة ثابتة نسبيا خلال الفترة موضع القياس، بدلا من الافتراض الذي كان سائدا لدى نموذج جوران التقليدي والخاص بتغير قيمتها مع التغيرات في مستوى عدم التطابق بين المواصفات الفعلية والمخططة.

– يدرج النموذج الحالي ضمن تكاليف الجودة كلا من التكاليف غير الملموسة وغير المباشرة .

ويمكن عرض هذا النموذج في الشكل التالي:

الشكل(4.1): نموذج سيشينايدرمان (schneiderman)



المصدر: السوافيري فتحي رزق ،الإطار الفكري والعلمي للمحاسبة عن تكاليف الجودة، مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية ، كلية التجارة جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، العدد الثاني، سبتمبر1995، ص 33

ومن بين الانتقادات المقدمة لهذا النموذج أنه لا يتيح وجود مبادلات بين عناصر التكلفة، كما لا يفترض إمكانية التوصل إلى مستوى تدنيه التكاليف لأقل مستوى لها قبل مستوى التطابق بين المواصفات الفعلية والمخططة.

3– نموذج "سون " و" هيسو" son young.k& hsu,lie

اعتمد هذا النموذج في قياس تكاليف الجودة على دالة التكاليف الكلية لوحدة الوقت، حيث تم تقسيم الوقت المتوقع لكل دورة إنتاج إلى أربع فترات زمنية. ويتلخص هدف هذا النموذج في تحديد القيمة المتوقعة لتكلفة الجودة لكل وحدة وقت كما يلي[1]

– تحديد الوقت المتوقع لكل دورة E(Tc) على أنه مجموع الوقت المتوقع لفترات الدورة وذلك بالمعادلة الآتية:

[1] نجاتي إبراهيم عبد العليم، القياس المحاسبي لتكاليف الجودة وأثره على استمرارية المنشأة "نموذج مقترح"، **مجلة الدراسات المالية والتجارية، جامعة القاهرة**، كلية التجارة بني سويف، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، 1992، ص189–190.

$$E(Tc) = E(T1) + E(T2) + E(T3) + E(T4)$$

– تحديد القيمة المتوقعة لتكاليف الجودة للدورة (E(C على أنها مجموع القيم المتوقعة لكل من تكلفة الوقاية للدورة (E (Cp و تكلفة الفشل للدورة E(Cf) وذلك بالمعادلة التالية:

$$E(C) = E(Cp) + E(Cf)$$

هذا ويتم تحديد القيمة المتوقعة لتكلفة الوقاية للدورة على أنها مجموع القيم المتوقعة لكل من تكلفة فحص العينة E(Cp1)، تكلفة فحص الإنذارات الخاطئة E(Cp2) ، تكلفة التصحيح E(Cp3) ، وذلك بالمعادلة الآتية:

$$E(Cp) = E(Cp1) + E(Cp2) + E(Cp3)$$

بينما تحسب القيمة المتوقعة لتكلفة الفشل للدورة على أنها مجموع القيم المتوقعة لكل من تكلفة الإصلاح E(Cf1)، تكلفة الخردة E (Cf2) تكلفة الفشل الخارجي E (Cf3)، وذلك بالمعادلة الآتية:

$$E(Cf) = E(Cf1) + E(Cf2) + E(Cf3)$$

– تحديد القيمة المتوقعة لتكلفة الجودة لكل وحدة وقت بالدورة E(Cq)، وذلك بقسمة القيمة المتوقعة لتكلفة الجودة للدورة على الوقت المتوقع للدورة، وذلك بالمعادلة الآتية:

$$E(Cq) = E(Cq)/E(Tc)$$

فرغم الإسهامات التي قدمها النموذج، والمتمثلة في تحديد القيمة المتوقعة لتكاليف الجودة ومراعاة أثر المخاطر وعدم التأكد، إلا أنه لم يأخذ معظم عناصر التكاليف المستترة في الحسبان مثل خسائر الشهرة، وفقد العملاء ونقص الحصة السوقية، وذلك نتيجة لوجود وحدات معيبة مرتجعة من العملاء[1]

4– نموذج " باسورك" و "جودفري" Godfrey j.T &Pasewark william.R

يعتبر التكاليف الإجمالية للجودة (بما فيها تكلفة اللاجودة) كأداة لمراقبة الأداء الداخلي والخارجي للمنظمة. ويسمح بمعرفة المركبة الخارجية للجودة La composante externe de la qualité.

[1] سيد أحمد أحمد حسن، **قياس تحليل تكاليف الجودة دراسة حالة بالتطبيق على المنشآت الصناعية**، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2003، ص85.

تتكون تكلفة اللاجودة من تكاليف مراقبة الإخفاقات، والتي تضم تكلفة الوقاية وتكلفة التقويم، لكن كذلك تكلفة الفشل، والتي تشمل تكاليف الإصلاح، تكلفة المنتجات المعاد ترتيبها، والمرتجعات.

وأخيرا تتكون تكلفة اللاجودة من تكلفة المبيعات المفقودة، والتي تتعلق بتقدير المبيعات غير المحققة بسبب عيوب الجودة[1].

5- نموذج "سفال" H .Savall

حدد H.Savall الجودة الخارجية، والتي تحكم من طرف المستهلك خارج المنظمة، والجودة الداخلية، والتي تحكم من طرف منتج السلع والخدمات على مستوى المنظمة.

لقد اقترح H.Savall التحليل الاجتماعي– الاقتصادي L'analyse socio-économique، والذي يترجم كميا وماليا ضبط حالات سوء أو نقص النشاط Dysfonctionnements، والتي تتجمع في خمس مؤشرات وهي : التغيب، حوادث العمل، دوران العمل، عيوب الجودة وانحرافات الإنتاجية المباشرة. تسمى هذه التكاليف بتكاليف خفية، حيث لا تظهر في أنظمة المعلومات للمحاسبة التقليدية (ميزانية، جدول حسابات النتائج...)، وهي موزعة حسب نوعين من الأنشطة: أنشطة إنسانية (بشرية)، وأنشطة استهلاك.

كما يحدد هذا النموذج التكاليف الخفية الداخلية والخارجية، بتحديد مستوى سوء (نقص) نشاط معين، وبالتالي تكاليف خفية غير قابلة للضغط.

06- نموذج تاجوشي Taguchi

نظرا للانتقادات وأوجه القصور التي تعرضت لها النظرة التقليدية، فقد قدم تاجوشي معادلة أسماها بـ" معادلة خسارة ضعف الجودة "لقياس التكاليف الخفية الناتجة عن ضعف الجودة وانحراف مواصفات الجودة الفعلية عن المواصفات القياسية سواء كان هذا الانحراف يقع داخل حدود المدى المسموح به، أو كان يقع خارجها.

07- نموذج كيم و ولياو Kim & liao

أدت الحدود المقيدة لاستخدام دالة "Taguchi" من حيث عدم ملائمتها للحالات غير المتماثلة وفي ظل اختلاف مستويات الحساسية وشكل الدالة لبعض المنتجات، إلى التفكير في استخدام عدة دوال كل منها يناسب ظروف معينة، وفي ظل مستويات مختلفة من الحساسية، لذلك سمي هذا النموذج بنموذج الدوال غير المتماثلة لخسائر الجودة.

[1]Sandra bertezene, **les démarches qualité dans les hôpitaux français**, thèse pour le doctorat en sciences de gestion de l'université lumière Lyon 2, p159

المطلب الثاني : فئات وعناصر تكلفة الجودة.

يفيد تبويب تكاليف الجودة في حصر وتحليل ورقابة تكاليف الجودة، وربطها بالأنشطة المتسببة في حدوثها، ويفيد أيضا في تيسير دراسة العلاقات التي تربط بين مكوناتها، والذي يترتب عنه ترشيد القرارات المتخذة. لكن أمام كل هذه المزايا، لا يوجد تبويب موحدا لتكاليف الجودة، فهذا الأخير يختلف باختلاف الهدف منه ومدى توافر إمكانيات التبويب.

ويمكن عرض هذا الاختلاف فيما يلي:

- فهناك من صنف تكاليف الجودة إلى تكاليف ضبط الجودة (تكاليف الوقاية، وتكاليف التقويم) وتكاليف الإخفاق في ضبط الجودة (تكاليف الإخفاق الداخلي وتكاليف الإخفاق الخارجي).
- البعض بوب تكاليف الجودة في أربعة أبواب: تكاليف المنع والوقاية، تكاليف التقويم، تكاليف الفشل الداخلي وأخيرا تكاليف الفشل الخارجي.
- البعض الآخر صنفها حسب مدى ارتباط عنصر التكلفة بالجودة (تكاليف رقابة الجودة، تكاليف الفشل) وسهولة أو صعوبة القياس(تكاليف ظاهرة وتكاليف مستترة).
- وركزت مجموعة أخرى على تكاليف اللاجودة كجزء من تكاليف الجودة الإجمالية، وقسمت تكاليف اللاجودة إلى تكاليف مباشرة (تكاليف المراقبة، وقسمت بدورها إلى تكاليف وقاية وتقويم، تكاليف ناتجة وبوبت في تكاليف الفشل الداخلي وتكاليف الفشل الخارجي، إضافة إلى تكاليف لا جودة التجهيزات) وتكاليف غير مباشرة (تكاليف يتحملها الزبون، تكاليف عدم رضا الزبون، وتكاليف فقدان الشهرة).

وسوف نتبنى التبويب أو التصنيف الذي يأخذ تكاليف الجودة من زاويتين: الأولى من حيث مدى ارتباط تكاليف الجودة برقابة الجودة، والثانية من حيث سهولة وصعوبة قياس تكاليف الجودة ومدى توافر بياناتها في سجلات المؤسسة كما يلي:

أولا: تبويب تكاليف الجودة بحسب ارتباطها برقابة الجودة

يمكن تقسيم تكاليف الجودة من حيث ارتباطها برقابة الجودة إلى مجموعتين رئيسيتين هما: تكاليف رقابة الجودة وتكاليف الفشل في رقابة الجودة، ويمكن توضيح هاتين المجموعتين على النحو التالي:[1]

1- **تكاليف رقابة الجودة** : تتضمن هذه المجموعة من تكاليف الجودة جميع التكاليف المرتبطة بالأنشطة اللازمة لضمان إنتاج السلع أو الخدمات وفق الجودة المخططة والمحددة مسبقا، والعمل على منع حدوث إنتاج تالف أو معيب منذ البداية، كما تشمل أيضا التكاليف المرتبطة بأنشطة فحص واختبار وتقويم مدى صلاحية وجود

[1] مصطفى راشد العبادي، إطار مقترح لتشخيص مشكلات الجودة مع قياس وتقييم جدوى الاستثمار في مجالات تحسينها، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة ،جامعة عين شمس، القاهرة، العدد الثاني، أبريل 2000 ، ص 254

مدخلات الإنتاج ومخرجاته والتحقق من عدم وجود إنتاج معيب، سواء تمت أنشطة الفحص والتقويم هذه بواسطة أقسام وإدارات المؤسسة، أو بواسطة مختبرات خارجية. وهذا وتعتبر تكاليف رقابة الجودة تكاليف اختيارية يمكن للإدارة التحكم فيها ورقابتها.

ويمكن تقسيم تكاليف رقابة الجودة إلى مجموعتين فرعيتين هما:

أ- **تكاليف المنع أو الوقاية**

وهي التكاليف التي تظهر عند محاولة تجنب مشاكل الفشل والأخطاء من أول مرة. وتتضمن أيضا هذه التكاليف تكلفة تدريب الأفراد من أجل وصولهم إلى المستويات المطلوبة من المهارة في الصناعة وأيضا يقع تحت طياتها كلف العمل مع الموردين قبل القيام بصنع المنتج.

ب- **تكاليف التقويم:**

تعرف تكاليف التقويم بأنها تلك التكاليف التي تتعلق بتقويم المنتج والتأكد من مدى مطابقته للمواصفات المطلوبة، وتشمل تكاليف التقويم البنود التالية:

- تكاليف فحص المواد المستلمة
- تكاليف الفحص والاختبار
- المواد الخام والخدمات المستهلكة
- تكاليف المحافظة على دقة أجهزة الاختبار

ويمكن القول بعبارة أخرى أن تكاليف التقويم تحدث لأجل فحص المدخلات والمخرجات، وتحديد المخرجات غير الجيدة وعدم شحنها للعمل، والتحقق من حدوثها مستقبلا.

2- **تكاليف الفشل في رقابة الجودة** : تسمى تكاليف الفشل في رقابة الجودة بالتكاليف الناتجة أو الناشئة، لأنها تنشأ بسبب قصور أنشطة رقابة الجودة في تحقيق الالتزام بمواصفات الجودة المخططة أو المستهدفة. وتسمى كذلك ناشئة أو مترتبة على القرارات التي تتخذها الإدارة في مجال رقابة الجودة.

وتنقسم تكاليف الفشل، وتسمى بتكاليف الإخفاق أو التشوهات، في رقابة الجودة إلى مجموعتين فرعيتين هما:

أ- **تكاليف الفشل(الإخفاق) الداخلي** : عرفت تكاليف الفشل بأنها "تشمل كل التكاليف اللازمة أساسا لتقويم، وحسم، وإما تصحيح أو استبدال توصيف المنتج أوالخدمة غير الصحيح أوغير الكامل. وعموما يشمل هذا كل مصاريف المواد والعمالة التي فقدت أو أهدرت بسبب عدم المطابقة أو العمل غير المقبول الذي أثر على جودة المنتجات أو الخدمات النهائية".

أو بعبارة أخرى، تتضمن تكاليف الفشل الداخلي التكاليف التي تتحملها المؤسسة عندما تكتشف الأخطاء قبل قبول المنتج أو الخدمة من طرف المستهلك.

ب- **تكاليف الفشل الخارجي :**

وهي التكاليف التي تحدث نتيجة لاكتشاف عيوب بالمنتج بعد تسليمه للمستهلك. ويلاحظ أن هذه التكاليف سوف تختفي في حالة عدم وجود عيوب ، ومن أمثلة هذه التكاليف نذكر[1].

شكاوى العملاء ، الكفالة ، المردودات ، فقدان السمعة.

كما يمكن إضافة تكلفة المبيعات المفقودة، أي تكلفة الفرصة الضائعة نتيجة تقليل المبيعات بسبب مشاكل الجودة، وأيضا مبالغ التخفيضات المتعلقة بالمنتجات غير المطابقة لمتطلبات الجودة.

ثانيا: تبويب تكاليف الجودة طبقا لمدى سهولة أو صعوبة قياسها، و مدى توافر بياناتها في سجلات المؤسسة:

يمكن تقسيم تكاليف الجودة من حيث مدى سهولة أو صعوبة قياسها والتعبير عنها في صورة رقمية مالية ومدى توافر البيانات المرتبطة بها في سجلات المؤسسة إلى مجموعتين.

1- **تكاليف ظاهرة:** تسمى كذلك تكاليف مرئية لتوافر بياناتها في سجلات المؤسسة، ويمكن قياسها بصورة موضوعية نسبيا، ويمكن فحصها ومراجعتها من خلال النظام المحاسبي.

ويرى "مصطفى راشد العبادي "أنها تشمل ما يلي[2]:

- كافة عناصر التكاليف التي تتحملها المنشاة للوقاية أو منع حدوث إنتاج غير مطابق للمواصفات.
- كافة عناصر التكاليف التي تتحملها المنشاة لتنفيذ أنشطة الفحص والتقييم لمنع وصول الإنتاج المعيب إلى العملاء.
- بعض عناصر تكاليف الفشل الداخلي مثل تكلفة الخردة، التكاليف الظاهرة لإصلاح الوحدات المعيبة،خسائر بيع الإنتاج المعيب.

بعض عناصر تكاليف الفشل الخارجي مثل تكاليف تلقي شكاوي العملاء، تكاليف التعديلات الميدانية للمنتج، والتي تتم بناء على هذه الشكاوي، المسموحات والضمانات التي تمنح للعملاء، تكاليف استلام مردودات المبيعات، التكاليف الظاهرة لإصلاح الوحدات المرتجعة من العملاء، تكاليف تعويضات العملاء.

[1] محفوظ أحمد جودة، جودة محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم و تطبيقات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004. ص 168-169.

[2] مصطفى راشد العبادي، **مرجع سابق**، ص 374.

2- تكاليف خفية وغير مثبتة بسجلات المؤسسة :

تتضمن هذه المجموعة التكاليف المرتبطة بضعف أو قصور الجودة خلال دورة حياة المنتج (سلعة أو خدمة)، لكنها لا تظهر في سجلات المؤسسة.

وتعرف التكاليف الخفية (المستترة) بأنها "التكاليف التي لا تظهر في أنظمة المعلومات التي تتبناها المؤسسة، والمتمثلة في الميزانية، جدول حساب النتائج، المحاسبة العامة، المحاسبة التحليلية وجداول القيادة"[1] وبالتالي فالتكاليف الخفية هي تكاليف ضمنية وهي غير محددة بطريقة موازناتية.

والجدير بالإشارة أن صعوبة قياس التكاليف غير الظاهرة والمرتبطة بالفشل الخارجي، وترجمتها بصورة موضوعية في شكل رقم أو مبلغ محدد، لا يعني أن تهمل هذه التكاليف ولا تتم دراستها وتحليلها، نظرا لما يترتب على إهمالها وعدم دراستها من آثار سلبية على المؤسسة في الأجل الطويل.

المطلب الثالث : تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية

يتطلب تبني منهجية الجودة ضرورة التحكم في تكاليف الجودة، والتي تقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي :

1- **تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج:** ويتعلق الأمر خاصة بتكاليف كل نشاط أو تدخل يهدف إلى تحسين جودة العلاج (تكوين العمال، نشاط فرق الجودة، منهجية العلاج، نشر توصيات الممارسة العيادية أو البروتوكول ،شراء العتاد والتجهيزات المخصصة للوقاية من عيوب جودة العلاج و الجدير بالذكر أن خصوصية المؤسسات الصحية هي أن المريض يتلقى الخدمة في الوقت الحقيقي، وبالتالي هذه الخدمة لم تراقب قبل التوزيع ويستقبلها المستهلك كما أنتجت. الأمر الذي يجعل مراقبة الجودة تركز أكثر على الوقاية منه على تصحيح الأخطاء.

2- **تكاليف التقويم:** تشمل هذه التكاليف الوقت والتكاليف التي تتحملها الوحدة في عملية تحديد مدى المطابقة /الموافقة بين أداء العاملين والمستوى المعياري المتفق عليه أو الواضح للرعاية/ الخدمة، والمراجعة الإدارية والسريرية، والتفتيش اليومي الظاهر(على سبيل المثال بواسطة ممرضة الجناح، أو بعض العاملين) واختبار الأجهزة[2]

3- **تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة والمعيبة:** يمكن تقسيم تكلفة الأعمال الخاطئة إلى نوعين هما:

أ- تكلفة الخطأ الداخلي: وتشمل تكلفة تصحيح الخدمات الخاطئة قبل وصولها إلى المرضى أثناء عمليات تقديم الخدمة وتمثل تكلفة الخطأ الداخلي التكلفة التي يمكن تجنبها وتشمل :

[1]Savall Henri, véronique zardet, **maîtriser les coûts et les performances caches,** 2eme édition, édition economica, paris, 1989, p105.

[2] هيوكوش، ترجمة بن عايد الأحمدي، **ادارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002، ص 223.

-الضياع بكل أنواعه:مثل طلب اختبارات أو تحاليل أو أشعة غير ضرورية لحالة المريض.
- فحص الاختبارات الخاطئة.
- إعادة تأدية الأنشطة غير الضرورية.
- وقت الأعطال والوقت الضائع بكافة أنواعه.
-إعادة الفحص والتصحيح.

ب- تكلفة الخطأ الخارجي: تحدد بعد تقديم الخدمات الخاطئة إلى المرضى، وهي تكتشف بواسطة المرضى، و تشمل تكلفة تصحيح الأخطاء أو تخفيض الشعور السلبي لمنع انخفاض المنافع في المستقبل، وتتضمن:

- تكلفة الاستجابة لشكاوى المرضى.
- تكلفة فقد العملاء.
- التكلفة المترتبة على مخاطر سوء التصرف :مثل إجراء عملية جراحية خاطئة للمريض وتعرضه بعد ذلك للنزيف أو الغيبوبة.

وانطلاقا مما سبق تمثل تكلفة الوقاية والتقويم تكلفة الاستثمار في الجودة، بينما تكلفة الفشل أو الإخفاق تشكل تكلفة اللاجودة Le coût de la Non-qualité والتي تعتبر عامل خطر يصيب ثلاثة مستويات هي:

- **خطر أمن المريض**: فالمستشفى لا يجب أن يكون مكان خطير نتيجة لوجود مناطق اللاجودة في سلسلة الإنتاج.
- خطر على المؤسسة : ويتمثل في مستويين:

. **خطر اقتصادي**: حيث أن تخفيض عدد الأسرة يجعل السلطات الوصية أن تقوم بالاختيار بين المؤسسات الصحية.و يمكن لمواصفات الجودة أن تأخذ بعين الاعتبار للحصول على ترخيص لتحديد الأسرة.

. **خطر تجاري بالنسبة للمؤسسات الخاصة**: هذه المؤسسات هدفها الربح مع احترام طلب الزبائن. فخدمات الإقامة، الاستقبال وجودة العلاج تعتبر عناصر مهمة. ويمكن لأي تغير في الطلب أن ينتج عنه ضياع الثقة من طرف المرضى مصحوبا بتشوه الذهنية للمؤسسة الصحية.

- خطر اجتماعي: بالنسبة لمريض لم يتلق العلاج بشكل جيد، ينتج عن ذلك توقفات متعددة عن العمل.

ويمكن أن نضيف إلى التوقفات عن العمل، تكاليف أخرى متمثلة في أن أفراد أسرة المريض سوف يخصصون وقتا وموارد لرعايته، وبالتالي فان هؤلاء الأفراد قد يفقدون دخولا كان من الممكن الحصول عليها.

إلى جانب ذلك قد يعاني أصحاب العمل الذين تعاني عمالتهم من سوء الصحة من انخفاض الإنتاجية، ونشير إلى أن تكلفة اللاجودة تحتوي على تكاليف مباشرة، ممثلة في النفقة الضرورية لإصلاح الأخطاء، وتكاليف خفية الناتجة غالبا من انخفاض روح الجماعة بين أفراد المؤسسة الاستشفائية أو من عدم رضا المريض.

وتضيف الوكالة الوطنية للاعتماد والتقويم في مجال الصحة عيوب جودة العلاج أواللاجودة فيما يلي:

– سوء استعمال الموارد (نقص العلاج)، والمرتبط بعدم توزيع العلاج؛ والذي كان قد سيؤدي إلى نتيجة ايجابية (مفضلة) للمريض. ويتعلق الأمر مثلا بعدم علاج المرضى الذين لديهم آلام، تأخر انطلاق العلاج قبل الولادة خلال الحمل.

– الإفراط في استعمال الموارد، والمرتبط بتوزيع علاج أين أثاره السلبية تفوق آثاره الايجابية الممكنة. ويتعلق الأمر مثلا بتوصيف مضاد حيوي عند الإصابة بالتهاب فيروسي أو استشفاء غير مناسب.

– عيوب استعمال علاج ملائم (الاستعمال المفرط أو سوء استعمال الموارد): ينتج عنه حادث غير مرغوب قابل للتجنب. ويعرف الحادث غير المرغوب بأنه حادث عيادي أو شبه عيادي غير مرغوب من طرف المريض، ومرتبط بالعلاج (التشخيص، المعالجة والمراقبة)

خلاصة :

تتميز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص هي: قلة التنميط والتوحيد، عدم ثبات الطلب، منتج غير ملموس، سلعة عامة، غير قابلة للتأجيل. إضافة إلى الخصائص السالفة، يضيف بعض الكتاب خصائص يسمونها اقتصادية، تمثلت فيما يلي: الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية، الطلب عليها يعد طلبا مشتقا، تعد إنفاقا استهلاكيا، تمثل شراء ضغط بالنسبة للمستهلك، التدخل الحكومي في سوق الخدمات الصحية، انخفاض عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير، كثافة عنصر العمل.

ويعتبر تقويم أداء الخدمات الصحية حلقة جوهرية لأهم وظائف الإدارة في المؤسسات الصحية، ويعبر عن قدرة هذه الأخيرة على تحقيق أهداف الرعاية الصحية؛ بحيث تنعكس نتائج تقويم الأداء على تحسين الأداء الإداري والطبي، كما يعمل على إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمؤسسة الصحية.

ويمكن إجمال مؤشرات نظام تقويم الأداء في أربع مجموعات رئيسية، وهي: مؤشرات تقويم أداء الموارد البشرية(أطباء، طاقم شبه طبي...)، مؤشرات تقويم أداء الموارد المادية والمالية، مؤشرات تقويم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية، مؤشرات تقويم أداء جودة الخدمات الصحية(نسبة الوفاة، معدل المكوث للاستشفاء، معدل شغل الأسرة، معدل دوران السرير،...).

وعلى ذكر جودة الخدمات الصحية، تختلف هذه الأخيرة باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي؛ حيث ينظر إلى الجودة من منظور طبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية. أما الجودة من منظور المستفيد، فتركز على طريقة الحصول الخدمة ونتيجتها النهائية. في حين تعني الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

وتتمثل أبعاد جودة الخدمة الصحية في : التمكن الفني، الإمكانيات المادية للمستشفى، سهولة الوصول والحصول، التعاطف والتفاني، الأمان، الاستمرارية، الفعالية والكفاءة، الاعتمادية.

ومن أجل قياس جودة الخدمات الصحية، وجد مدخل تقليدي ومدخل حديث؛ شمل المدخل التقليدي ثلاثة مقاييس، تمثلت في المقاييس الهيكلية، مقاييس الإجراءات ومقاييس النواتج. إلا أن المدخل الحديث رأى أنه من غير المعقول توجيه الاهتمام فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكن في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

وبهدف تحقيق جملة من المزايا، تتمثل أساسا في : تبسيط الإجراءات وتحسينها، تحقيق كفاءة التشغيل، القضاء على اختلافات الممارسة العيادية، الحد من تكرار العمليات، تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

والتي يمكن تحديد إطار تطبيقها في ثلاث مراحل أساسية هي: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة، نشر ثقافة الجودة الشاملة، تكوين فريق عمل الجودة. ومن أجل إنجاح هذا النهج لابد من توافر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، وأن تستند الإدارة العليا على نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة.

الفصل الثاني

التجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية

تمهيد

بعد عرضنا في الفصل السابق لجودة الخدمات الصحية والقياس التكاليفي لها وما يكتنفه من مشكلات، نحاول في هذا الفصل عرض التجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية، من خلال برامج الإصلاح المتبناة، بدءا بالتجارب العربية المتمثلة في مصر، ثم التجارب الغربية ممثلة في فرنسا، وذلك بغرض توضيح الاختيارات الأساسية المتاحة للجزائر، من أجل الاستفادة من هذه التجارب في تطوير نظامها الصحي.

وقبل كشف النقاب عن محتوى برامج الإصلاح في كل دولة من الدول المختارة، سيتم التعرض لتنظيم وعرض العلاج، تم مستوى الحالة الصحية، ممثلة أساسا في معدلات الولادة والوفاة، إلى جانب مؤشر توقع الحياة عند الولادة. وأخيرا سيتم التعرض لموضوع التمويل، الذي يرتبط بشكل أو بأخر بمحاولات التحسين على مستوى النظم الصحية.

المبحث الأول : النظم الصحية وأداؤها

سوف نستعرض جملة من التعاريف لمفهوم النظام الصحي كما يلي :

النظام الصحي هو " مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة للتدخلات الصحية، وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد، كما أن هذا الغرض ينقسم إلى شقين : بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة)، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة)"[1].

- كما يعرف النظام الصحي " بأنه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإداراتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها..وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة "[2].

- وعرف النظام الصحي " بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة "[3].

فانطلاقا مما سبق، يمكن تعريف النظام الصحي بأنه جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي، مراعيا في ذلك جملة من الأمور هي :

. أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة؛

. أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

المطلب الاول : مكونات النظام الصحي

ويتكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي[4]:

1- الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية، وهو ما يرمز إليه بالعنصر الشخصي. وهذا المكون أو العنصر يمثل الأشخاص والعائلات الذي يوما ما في حياتهم سيحتاجون للخدمات الصحية التي تتوافر لهم في المؤسسات والمنشآت الصحية.

2- المكون المهني والفني، وهذا يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، ومن أمثلة هؤلاء: الطبيب البشري، وطبيب الأسنان، والممرضات، والصيادلة...إلخ.

---

[1] النظم الصحية وتقييم أدائها http:// www.sgh.org.sa/fan.htm (25أفريل 2019)

[2] فالح بن زياد الفالح، تطوير النظام الصحي في المملكة،الرياض الإلكتروني، الأحد 19 رمضان 1423، العدد 12574
http:// www.planning.gov.sa/planning/all%20presentation/day1/1c-health/11 (25أفريل 2019)

[3] علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، **سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية**، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص 4.

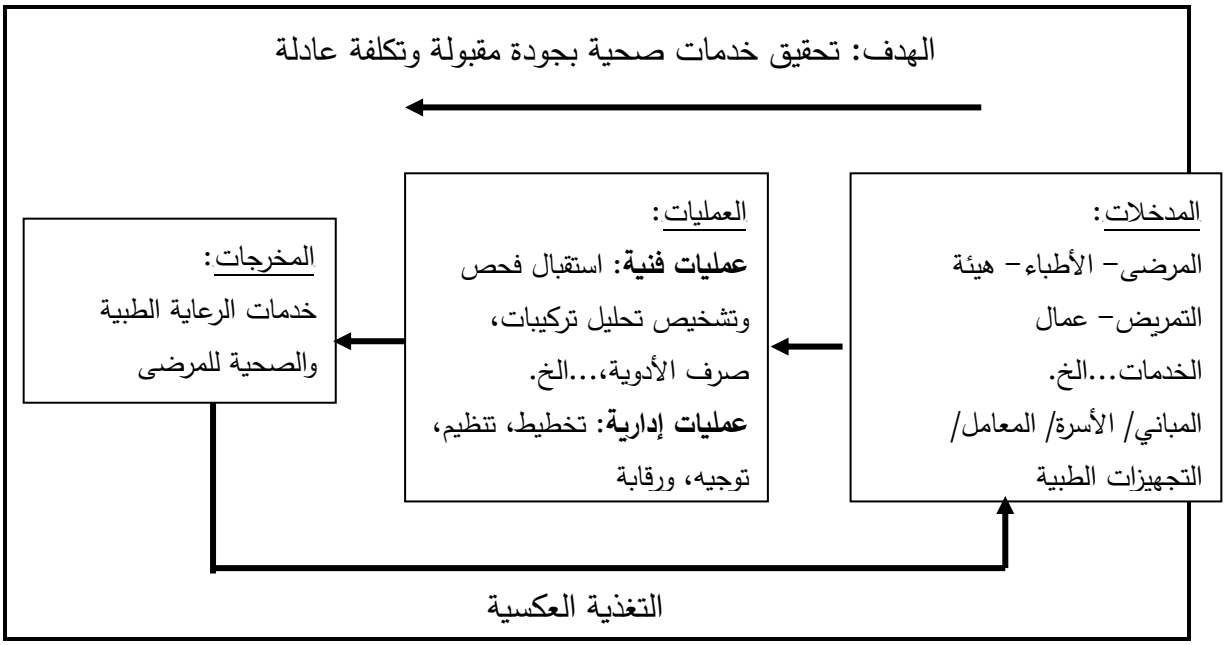
[4] علي عبد القادر علي ، **مرجع سابق**، ص ص38- 39

3- المكون الاجتماعي، وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، والدولة والشعب، والذين كل منهم يقوم بدوره أو بعمل أو أعمال معينة، حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الأعباء التي يتحملونها تشمل:

تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تمويل شراء الخدمات، تشريع وتحسين مستوى الرعاية الصحية، استقطاب وحشد وجمع التمويل اللازم وتوزيعه أو تخصيصه، وكذلك تخطيط وتنسيق العلاقات والفعاليات.

يتضح مما سبق أن النظام الصحي يتكون من العناصر التي يتكون منها النظام حسب المقاربة النظامية وهي: الهدف، المدخلات، عمليات التحويل، المخرجات والتغذية العكسية (المرتدة)، والتي نعرضها في الشكل التالي:

الشكل(1.2): مكونات النظام الصحي



المصدر- عدمان مريزق، محاولة لدراسة ظاهرة دوران العمل في المؤسسات الاقتصادية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، السنة الجامعية 1998-1999.

ولقد أورد "قدس برس" بعض أوجه القصور التي تنتاب النظم الصحية في العالم فيما يلي[1]:

- تركيز العديد من وزارات الصحة على القطاع العام والميل إلى تجاهل الرعاية الصحية للقطاع الخاص.
- ممارسة معظم الأطباء في العديد من البلدان لمهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص في الوقت ذاته، مما يعني أن الأمر ينتهي بالقطاع العام إلى إعانة القطاع الخاص.

[1] قدس برس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية، منظمة الصحة العالمية.
http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalia/namaa-45/namaa-c.asp=top(25أفريل 2019)

– إخفاق العديد من وزارات الصحة في تنفيذ اللوائح التي تضعها بنفسها أو التي يفترض أن تنفذها لما فيه المصلحة العامة.

– عجز العديد من الحكومات عن منع " السوق السوداء" في مجال الصحة، حيث يسود الفساد، والرشوة وممارسة عملين في نفس الوقت؛ وتنتشر الممارسات غير القانونية الأخرى، لا سيما أن مثل هذه السوق التي تنتعش بسبب سوء عمل النظم الصحية وانخفاض أجور العاملين الصحيين، تؤدي إلى زعزعة تلك النظم .

المطلب الثاني : محددات الأداء الصحي

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان" النظم الصحية: تحسين الأداء" الدول من ناحية الأداء الصحي وفقا لعدد من المحددات هي[1] :

1– **الاستجابة** : أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسيين، يتمثل أولهما في احترام الأشخاص، بما في ذلك صون كرامة الأفراد والأسر وحفظ أسرارهم ومراعاة حريتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم، ويكمن الثاني في توجيه المرضى وإبداء اهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي لدى توفير الرعاية وإتاحتها، وضمان جودة الخدمات الأساسية، واختيار مقدمي الخدمات الصحية. وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على إمكانية توفر الموارد.

2 – **عدالة المساهمة المالية** : احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية، واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقتطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية في الدخل، وتخصصه لنفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب والأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي وصناديق التأمين الخاصة والمدفوعات المباشرة.

3– **مستوى الصحة العام** : لأن النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام، فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول باحتساب مدد الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، وبالتالي لتقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة، حيث يتميز هذا المعيار بأنه قابل للمقارنة بمتوسط العمر المأمول بصفة مباشرة.

4– **توزيع الانتفاع** : ويرى الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة الناس أو تحسين مستواها في المتوسط إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو بقي شاسعا بسبب انتفاع الأفراد المعافين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم

[1] قدس برس، **مرجع سابق**، ص234.

الصحية أن تسعى أيضا إلى الحد من التباينات بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء وتدارك أوجه التفاوت، لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن أي النهوض بالجودة من جهة، والقضاء على التباينات بين الأفراد والجماعات أي تعزيز الإنصاف من جهة أخرى.

5- **توزيع التمويل** : نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية، إلا أنها قد تكون جيدة إلى حد ما إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لا سيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا إلى أن ذلك لا يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال.

ولا ترمي النظم الصحية إلى تحديد مستوى الإنفاق الإجمالي بصفة عامة أو بالاعتماد على الدخل نظرا لوجود طرق أخرى محتملة لاستخدام الموارد المخصصة للصحة على جميع مستويات الإنفاق، حيث يتم تحديد الموارد المخصصة لتمويل النظم الصحية بناء على خيار اجتماعي دون توفير إجابة صحيحة .

والجدير بالإشارة أن النظم الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات المواطنين وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط المواطنين.

ويمكن أن نقارن بين النظم الصحية وفق معايير محددة، يمكن أن نوردها فيما يلي[1]:

1- **نمط الحماية الاجتماعية للسكان** : وهناك نمطين:

. **نظام الحماية الاجتماعية:** نظام شامل يغطي كل السكان؛

. **نظام الضمان الاجتماعي:** مؤسس على الدفع المسبق للاشتراك، والذي يكون ذا هيمنة عمومية.

2- **حصة النفقة الصحية من الناتج الداخلي الخام:** تعبر عن الثروة الوطنية المخصصة للصحة. وهي تسمح بالمقارنة بين الدول، وذلك بقياس مرونة نفقات الصحة مقارنة بالناتج الداخلي الخام (تعبر المرونة الأكبر على أن النفقات تتزايد بشكل أسرع من الناتج الداخلي الخام).

3- **مصدر تمويل النظام:** هناك مصدران مهيمنان هما: التمويل بالضريبة والتمويل بالاشتراكات الاجتماعية المقدمة من طرف العمال أو المؤمنين. هذين النمطين يتعلقا أساسا بنوعين من الحماية الاجتماعية. ويمكن أن يسهما في التمويل باختلافات هامة في بعض الأحيان بين البلدان: التأمينات الخاصة، التعاضديات، الجماعات العمومية، المريض.

[1]A.Levy, M.Cazaban, J.Duffour, R.Jourdan, **Santé publique**, 2éme édition, édition MASSON, 1994, p 8-10

4– **منتجي العلاج**: ولدينا ما يلي:

أ- **مؤسسات العلاج**: تنتمي إلى القطاع العام أو القطاع الخاص (يهدف إلى الربح أو لا). نمط تمويلها يكون بالشكل التالي:

. الدفع باليوم الإستشفائي

. التخصيص الشامل

. الدفع حسب المرض

ب- **الأطباء**: توجد أربعة أنماط للتأجير، كل واحد منها قد يكون له معنى مختلف حسب كل بلد:

– **الدفع حسب الفعل l'acte** : يعتمد على الاختيار الحر للممارس، ويشمل الكيفيات التالية:

. مكون حصري أو تكميلي للأجر

. الدفع الفوري أو المؤجل

. قيمة معروفة قبل القيام بالفعل، أو تحدد مسبقا (في هذه الحالة ترتبط بحجم الأفعال الممارسة)

– **الدفع حسب قائمة المرضى capitation**: يتعلق الأمر أساسا بالأطباء العامين، حيث يسجل السكان في قائمة الطبيب ويتوجه إليه في حالة المرض. ويسمح عدد المرضى بحساب أجر الممارس. ويستعمل هذا النمط من الدفع لتقديم أجر أطباء الصف الأول، والذي يشكل مصفاة للولوج لمنشآت العلاج أو الأطباء المتخصصين.

– **الدفع حسب المرض**: ويكون التأجير جزافي من لأجل وضعية معينة. مثال: الولادة.

– **الدفع حسب الأجر**: يتعلق بالأطباء الذين يعملون لصالح هيكلة معينة (مستشفى، عيادة، مستوصف....). ويتناسب الأجر مع مدة العمل.

5- **دور السلطات العمومية في كل النظم**: تعتبر الدولة المسئول على تحديد السياسة الصحية، وتحديد القواعد العامة؛ لكن دور السلطات العمومية يختلف بصورة كبيرة من بلد لأخر فيما يتعلق بالمراقبة وتسيير أنظمة الصحة.

6 – المؤشرات الصحية: تتمثل المؤشرات الصحية المستخدمة لوصف الحالة الصحية لبلد معين عموما في: أمل الحياة عند الولادة، المعدل الإجمالي للوفاة، معدل وفاة الأطفال.

المطلب الثالث: إصلاح النظم الصحية

تعني كلمة إصلاح " Réforme " تغيير ايجابي؛ وهي تعتبر مسار مخطط يوجه الأبعاد الإستراتيجية للنظام الصحي، ويشمل مجموعة من المقاييس والتدخلات المستهدفة.

ويوجد اتفاق نسبي على المحاور الأساسية لأي إصلاح للنظام الصحي، والتي تشمل ما يلي[1]:

- يجب أن يكون التغيير الحادث هيكلي(Structurel) وليس سطحي (incrémental).
- يجب أن تصاحب أهداف التغيير بتغيير في المؤسسات وليس إعادة تحديد بسيط للأهداف.
- لابد أن يكون التغيير طويل المدى وله أثر دائم عبر الزمن.
- يجب أن يشمل عددا كبيرا من المقاييس المتناسقة.
- يجب أن يكون المسار موجها من طرف سلطات وطنية و/ أو جهوية.
- تكييف خصائص البلد مع التغييرات التي سوف تحدث.

والجدير بالذكر أنه من المهم أن نميز بين الإصلاحات المنبثقة من النظم الصحية وتلك المفروضة من الخارج (خاصة بعد الإصلاحات الاقتصادية والسياسية)، وذلك لأن هذه المقارنة تسمح بتقييم إصلاحات الصحة. فالتغيرات المفروضة من الإجراءات الحكومية، والتي غالبا ما تكون بمساعدة أو ضغط المنظمات الدولية، لم تكن لديها أهداف خاصة أو صريحة لتطوير النظام الصحي، لكن كانت تهدف إلى تحقيق التوازنات الكلية. ويمكن لهذا النوع من التغيير أن ينتج تحسينات في النظام الصحي أو خلق ظروف مناسبة لترقية الصحة، لكن ذلك ليس دائما هدفه الصريح أو المباشر.

ويمكن للتغيرات المفروضة من الخارج أن تكون لها مصادر متنوعة نبرزها فيما يلي:

– تغيير النظام السياسي والاقتصادي : ومثال ذلك الاتحاد السوفياتي سابقا وأوربا الشرقية مع سقوط جدار برلين.

– تغييرات القطاع الصحي الناتجة عن إصلاح المؤسسات (حالة حركة الديمقراطية السياسية في أمريكا اللاتينية): اعتبر هذا التغيير كاستجابة لأزمة الديون والحاجة لإقامة الديمقراطية بعد عشريات من الديكتاتورية والنظم العسكرية. أخذت هذه التغييرات شكل تخفيض موازنات الدولة وإعادة تخصيص السلطات والموارد إلى المجالس البلدية والمقاطعات والمناطق.

[1]Miloud Kaddar, **les reformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tires des expériences des dix dernières années**

http://www. Santé. gov.ma/sm sm/cmm_web/les_ reformes_ des_systemes.htm(26 Avril 2019)

– التغيرات في قطاع الصحة الناتجة عن سياسات التعديل الهيكلي(PAS) وإعادة الهيكلة الاقتصادية والمالية (حالة برامج التعديل الهيكلي في أمريكا اللاتينية وإفريقيا خلال الفترة الممتدة من 1980 إلى 1990).

وكانت لأشكال التغيير أعلاه نتائج على البلدان التي حدثت فيها، قام " Miloud Kaddar " بعرضها فيما يلي[1]:

في دول الاتحاد السوفياتي سابقا وأوروبا الشرقية، كان للتغييرات الهيكلية السياسية والاقتصادية وزن سلبي كبير على ظروف الحياة وعلى المصالح الصحية. فتفكك القطاع العام والتمويل الجماعي للعلاج والدخول المفاجئ لقوى السوق وانتشار الفساد، أدى إلى تراجع الحالة الصحية للسكان. إضافة إلى ذلك خوصصة عرض الخدمات والسلع، والتي عممت على قطاع الصحة، في حين القدرة الشرائية للسكان وللدول تراجعت بصورة كبيرة.

أما النوع الثاني من الإصلاح المفروض من الخارج، نتج عن إصلاح المؤسسات التي قامت به أمريكا اللاتينية، والتي ترجمت عن طريق إجراءات اللامركزية خلال الفترة الممتدة من 1980-1990.

النتيجة كانت في أول الأمر تخفيض الأموال المخصصة لقطاع الصحة من طرف الجماعات المحلية. فاللامركزية في السينغال تعتبر مثالا يجب تحليله؛ فبعد سنوات من الجهود لتحسين المناطق الصحية، قررت الحكومة لامركزية جذرية للسلطات والموارد العمومية، لكن بدون تعريف الجماعات المحلية بكيفية تخصيص رؤوس الأموال وتسييرها. وكانت النتيجة سوء تنظيم كبير للعلاج وغياب كلي للاتصال ما بين المسئولين المحلين للمصالح الصحية.

نوع أخر من الإصلاح المفروض من الخارج، وذلك عن طريق برامج التعديل الهيكلي (PAS) التي مست خاصة إفريقيا خلال سنوات الثمانينات وبداية التسعينات.

صممت برامج التعديل الهيكلي أساسا من طرف البنك العالمي (BM) وصندوق النقد الدولي (FMI)، وتشمل خفض العملات، تحرير التجارة ، تخفيض النفقات العمومية من أجل مواجهة عجز الموازنة وميزان المدفوعات، وإجراءات الخوصصة وتوسيع دور السوق.

[1] Miloud Kaddar, **op.cit**
http://www.gipspsi.org/GIP8FR/content/download/2970/25248/version/1/file/sénégal.pdf
(26 Avril 2019)

كان قطاع الصحة الضحية الأولى، حيث نتج عن ثبات النفقات العمومية والاجتماعية ارتفاع أسعار الأدوية والخدمات وتأزم مشاكل التغذية، توقف التوظيفات، وعدم تغير هيكل الأجور في الوظيف العمومي، مما أدى إلى زيادة النشاطات غير الرسمية في القطاع العام وخارجه.

لكن بعد ذلك أدمجت برامج التعديل الهيكلي بعدا اجتماعيا، يهدف إلى التنبؤ بالآثار السلبية والاحتفاظ بالخدمات الأساسية الوقائية والعلاجية.

والجدير بالإيماءة أننا بإمكاننا أن نميز بين نوعين من الإصلاح : إصلاح كلي (شامل) وإصلاح جزئي. حيث يصيب الإصلاح الجزئي جزء من النظام (مركز استشفائي جامعي، مركز صحي...) أو نوع من السكان (حضري، شبه حضري) أو نوع من الخدمات (استعجالات، تطعيم ...)؛ وبالتالي فهو يتعلق بإجراءات جزئية بدون برنامج موسع. أما الإصلاح الكلي أو الشامل، فهو ليس جمع بسيط لعمليات التجديد القليلة، وإنما هو مسار قطيعة مع النظام القديم، والسعي إلى تحقيق حركية جديدة، ويفترض وجود تحليل قبلي للمشاكل والقيود والإمكانيات المتاحة والآثار المحتملة.

المبحث الثاني : التجربة العربية في تطوير الخدمات الصحية(مصر نموذجا)

تمثلت التجربة العربية في تجربة جمهورية مصر العربية نظرا لعراقة نظامها الصحي، وكونها سباقة في مجال إصلاحه.

المطلب الأول: عرض و تنظيم العلاج

1- تنظيم العلاج

تقع مسئولية إدارة الرعاية الصحية الممولة من الدولة وتنسيق خدماتها في مصر على عاتق ثلاثة مستويات[1]:

- المستوى المركزي: وزارة الصحة والسكان وهي المسئولة دستوريا عن الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية في مصر. ويضم الهيكل التنظيمي والإداري قطاعات الرعاية الصحية الأولية والقطاع العلاجي والوقائي والإدارات المختلفة المعنية بالدواء (الصيدلة) والعلاج الحر، وغير ذلك من الإدارات علاوة على مجلس الصحة برئاسة وزير الصحة، والذي يقدم تقاريره الى رئيس مجلس الوزراء ويضم ممثلي كافة

قطاعات تقديم الخدمات الصحية في البلاد (قوات مسلحة– شرطة– وخلافه) وتشمل مسئوليته الرئيسية وضع السياسات العامة للصحة والتنسيق بين الجهات المختلفة المنوط بها تقديم الرعاية الصحية.

- المستوى الإقليمي :وتقوم فيه وزارة الصحة والمحافظات بمسئولية مشتركة في تطبيق البرامج للرعاية الصحية، وتقديم الخدمات في المستشفيات العامة بالمحافظات وادارتها، والإشراف على الوحدات والمراكز الصحية في الريف والمدن المختلفة.

[1] الحزب الوطني الديمقراطي، المؤتمر السنوي: أوراق سياسات

http://www.ndp.org.eg/2nd _confrence/health-htm.asp(26 Avril 2019)

– المستوى المحلي: ويتكون من إدارة الوحدات والمراكز الصحية على مستوى المنطقة في كل محافظة.

وتشمل قطاعات الخدمة الصحية في مصر على ثلاث مستويات إدارية، السابق ذكرها، ثلاثة قطاعات، وهي[1]:

– القطاع العام الحكومي: تمثل وزارة الصحة والسكان القاعدة الأساسية والرئيسية للخدمات الأولية الأساسية والوقائية وكذلك معظم الخدمات على المستوى الثاني, أما المستوى الثالث فيشمل وزارة الصحة، وزارة التعليم العالي من خلال مستشفيات الجامعات، وزارة الدفاع، وزارة الداخلية، وزارة الشئون الاجتماعية.كما تدير وزارة الكهرباء، ووزارة النقل ، ووزارة الزراعة أيضا بعض المستشفيات لعلاج موظفيها.

ويشمل هذا القطاع أيضا، مستشفيات التأمين الصحي والمؤسسة العلاجية والمستشفيات التعليمية وكلها تقع تحت مظلة وزارة الصحة إداريا وماليا. ويمكن لأي مواطن التمتع بخدمات هذه المستشفيات على وجه العموم الذي تصل عدد الأسرة فيها إلى أكثر من 375 ألف سرير.

أما المستشفيات المتخصصة فيتبع معظمها وزارة الصحة والسكان وهي مستشفيات الحميات والأمراض النفسية والعيون والأمراض الصدرية والقلب ومراكز الأورام.

– القطاع الخاص: يدير القطاع الخاص في مصر أكثر من 450 مستشفى بسعة حوالي عشرة آلاف سرير مريض، إلا أن العيادات الخاصة للأطباء، بعددها الذي يقدر بالآلاف تعتبر مقدم الخدمة الأولية الرئيسي في القطاع الخاص والمجتمع، حيث تتسع خدماته لكثير من المرضى في مصر. أما التأمين الصحي الخاص، فلا يغطي في الوقت الراهن سوى 120 ألف مشترك على الأكثر، وهي نسبة ضئيلة جدا بالنسبة لعدد السكان (وفقاً لبيانات وزارة الصحة).

–القطاع الخاص غير الهادف للربح :وهي مجموعات مقدمي خدمات الرعاية الصحية المسجلة في وزارة الشئون الاجتماعية كجمعيات أهلية، شاملة مستوصفات المساجد والكنائس ذات الصفة الدينية، وتقدم في الأغلب رعاية صحية أولية بأسعار رمزية أو مجانا. وتنتشر هذه المراكز والمستوصفات في الكثير من المناطق الفقيرة، بيد أنها لا تقدم خدمات الرعاية الثانية أو الثالثة.

2- عرض العلاج

ازدادت نسبة أسرة المستشفيات الى عدد السكان من 20 سريرا لكل 10.000 نسمة في عام 1981 الى 20,1 سريرا لكل 10000 نسمة في عام 1997، فقط ليرتفع سنة 2017 الى 20.8 سريرا لكل 10.000 نسمة[2].

[1] الحزب الوطني الديمقراطي، المؤتمر السنوي: أوراق سياسات

(http://www.ndp.org.eg/2nd _confrence/health-htm.asp) (26/04/2019)

[2] http://www. Emro. Who. Int/ arabic/ MNH/WHD/ country profile- mor.htm2(26/04/2019)

ويمكن عرض أسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية في الجدول التالي:

الجدول (1.2): أسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية (2017)

القطاع	وحدات	أسرة
وزارة الصحة	2363	89562
هيئة المستشفيات والمعاهد	45	5370
المؤسسات العلاجية	142	6214
المستشفيات الجامعية	93	42536
القطاع الخاص	2223	42658
الإجمالي	4866	186340

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية http: // www. mohp,gov,eg/ Sec/ Statistics/

نلاحظ انطلاقا من الجدول أعلاه أن عدد الوحدات الصحية متساوي تقريبا بين القطاع العام والقطاع الخاص (49,8%)، بينما تمثل وزارة الصحة أكبر نسبة من حيث عدد الأسرة (53,6%)، ثم يأتي بعدها القطاع الخاص (17,1%)، والمستشفيات الجامعية (16,1%).

3- مستوى الحالة الصحية :

سنتناول مستوى الحالة الصحية انطلاقا من مؤشر عدد السكان، معدل الولادة والوفاة، وتوقع الحياة عند الولادة.

أ- عدد السكان

يمكن عرض تطور عدد السكان في مصر في الجدول التالي:

الجدول(2.2): تطور عدد السكان في مصر

الوحدة: ألف

السنة	2015	2016	2017
عدد السكان	93 778	95 688	97 553

Source: world perspective, Population totale, Égypte

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد السكان في ازدياد مستمر، خلال الفترة 2015-2017.

ب- معدل الولادة ومعدل الوفاة

وسنبدأ بعرض تطور معدلات المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية في الجدول التالي:

الجدول (3.2): تطور معدلات المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية لكل 1000 من السكان خلال الفترة من 2015-2017

البيان	2015	2016	2017
معدل المواليد	27,9	27,5	26,9
معدل الوفيات	6,3	6,2	6,3

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

يتضح من الجدول أعلاه أن كل من معدل المواليد والوفيات عرف استقرار نسبيا في الفترة الممتدة من 2015 إلى 2017.

ويمكن تحليل معدل الوفيات الإجمالي كما يلي:

- تطور معدل وفيات حديثي الولادة :

سوف نقوم بعرض تطور معدلات وفيات حديثي الولادة في الجدول الآتي:

الجدول (4.2): تطور معدل وفيات حديثي الولادة لكل 1000 مولود حي 2015-2017

البيان	2015	2016	2017
الإجمالي	6.35	6.31	5.2

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

يلاحظ من خلال الجدول (4.2) أن معدل وفيات حديثي الولادة لكل 1000 مولود قد عرف انخفاض تدريجيا من سنة 2015 الى سنة 2017 .

ج- توقع الحياة عند الولادة

وفيما يخص توقع الحياة في مصر، فيمكن عرضه في الجدول التالي:

الجدول (5.2): تطور توقع الحياة عند الولادة في مصر

السنة	توقع الحياة عند الولادة
2015	75.25
2016	75.90
2017	76.50

Source.: world perspective, espérance de vie a la naissance (année), Égypte

يتضح من خلال الجدول أن توقع الحياة عند الولادة في مصر، قد عرف زيادة مستمرة خلال الفترة الممتدة من 2015 إلى غاية 2017.

المطلب الثاني : مستوى تمويل العلاج .

- **تقسم الخدمات الصحية وفقا لمصادر التمويل:**

تنقسم الخدمات الصحية وفقا لمصادر التمويل إلى قطاع حكومي وقطاع عام مؤسسي وقطاع خاص:

1- **القطاع الحكومي**: وهو ما يحصل على تمويل مباشر من وزارة المالية، ويشمل جميع الوزارات التي تقدم خدمات صحية.

2- **القطاع العام المؤسسي**: ويشمل جهات حكومية ذات طابع خاص ولها هيكل إ داري خاص وتمويلي لا يتبع وزارة الصحة مباشرة، بالرغم من تبعيتها السياسية لها(مثل المؤسسة العلاجية والهيئة العامة للتأمين الصحي)، ويأتي تمويل هذه الجهات من وزارة المالية من بنود خارج ميزانية الصحة، بالإضافة إلى اشتراكات المؤمن عليهم أوجهات عملهم، بالإضافة إلى مشاركة المواطنين في تحمل تكاليف بعض الخدمات سواء كليا أو جزئيا.

3- **القطاع الخاص**: ويمول من الأسر والأفراد، ويشمل جميع أنواع الخدمات الربحية؛ كالعيادات والمستشفيات الخاصة والهيئات غير الهادفة للربح مثل الجمعيات الأهلية والمؤسسات الخيرية.

- **مصادر تمويل الرعاية الصحية**

أما مصادر تمويل الرعاية الصحية في مصر، فتتمثل فيما يلي[1] :

1- **التمويل الخاص**(الأسر): يمثل أهم مصادر تمويل الرعاية الصحية، حيث بلغت أهميته النسبية 51 % من إجمالي التمويل في عام 1995، وارتفعت إلى 61 % سنة 2017، مما يمثل عبء إضافي على الأسر.

2- **التمويل الحكومي**: احتل المرتبة الثانية، وبلغت أهميته النسبية 31% من إجمالي التمويل في عام 1995، وارتفعت إلى 35% من إجمالي التمويل في عام 2017.

[1] مركز المعلومات واتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، مارس 2018
Htpp://www.star28.com/site/site-1318.html (26/04/2019)

3- **مصادر التمويل الأخرى**: وتشمل التأمين الصحي الاجتماعي وشركات التأمين الخاصة وجهات العمل، وقد انخفضت نسبة مساهمتها من 18% من إجمالي التمويل في عام 1995 إلى 5 % من إجمالي التمويل في عام 2017.

4- **الهيئات المانحة**: وتشمل المعونات والمنح الخارجية، والتي غالبا ما توجه لبعض المشروعات الصحية المحلية. مثل تنظيم الأسرة وبرنامج إصلاح القطاع الصحي في مصر؛ وقد انخفضت نسبة مساهمتها من 3% من إجمالي التمويل في عام 1995 إلى 1 % من إجمالي التمويل في عام 2017.

ويمكن عرض الميزانية المخصصة لوزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة في الجدول التالي:

الجدول (6.2): الميزانية المخصصة لوزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة في الفترة الممتدة من 2015 الى 2018

الوحدة: الجنيه المصري

السنة	وزارة الصحة	الدولة
2016/2015	4,330,393,750	126,852,817,000
2017/2016	5.480.000.000	143,013,494,750
2018/2017	6.180.000.000	159,602,241,000

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

http://www,mohp,gov,eg/sec/statistics/

نلاحظ من خلال الجدول(6.2) أن الميزانية المخصصة لوزارة الصحة في ارتفاع تدريجي.

أما ما تعلق بقيمة الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام، فيمكن إبرازه في الجدول التالي:

الجدول(7.2): الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في مصر (الوحدة (%))

السنة	2015	2016	2017
النسبة	5.6	5.6	5.9

Source: world perspective, Dépenses en santé (total) (% du PIB), Égypte

يتجلى من الجدول أعلاه أن الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام، قد ارتفع تدريجيا إلى غاية سنة 2017.

ولقد قدم "سمير فياض" عرضا تقييما للنظام الصحي في جملة من النقاط نعرضها فيما يلي[1]:

– ما زالت الأمراض الوبائية المعدية والمتوطنة تحمل الصفة السائدة في ريف مصر والمناطق الهامشية بالمدن والعواصم المصرية؛

– لا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعا؛

– لا يزال معدل وفيات الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات مرتفعا، وأعلى من بعض الدول المماثلة لمصر دخلا؛

– لا يزال التفاوت بين الحضر والريف قائما، فيما يتعلق بوفيات الأطفال؛

– لا يزال العمر المتوقع للفرد دون المستوى المتناسب مع الدول مماثلة الدخل؛

– لا تزال الرعاية التأمينية لا تغطي إلا 50 % من المواطنين؛

– هناك نقص في الإطارات التمريضية الماهرة؛

– هناك احتياج شديد لتطوير التعليم الطبي والتمريضي، سواء على المستوى الجامعي، أو مستويات الأداء الطبي والتمريضي في الوحدات؛

– ترقى العدوى في الوحدات الصحية إلى 5 أو 10 أضعاف معدل العدوى في وحدات دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية؛

– تضخم حصة الإنفاق الصحي من جيوب المواطنين (حوالي 57–60%)، انما يدل دلالة واضحة على ضعف وجود ممول مساند للأفراد.

المطلب الثالث : الإصلاح الصحي

تتمثل أهداف ومسارات الإصلاح الصحي في مصر في المجالات التالية:

1- **التغطية الشاملة بالخدمات الصحية ذات الطابع التأميني**:

يجب أن تكون الخدمة الصحية متاحة للكافة، طبقا لاحتياجاتهم، وفي حدود قدراتهم, وقد سار العمل في الماضي، ولا يزال يسير حتى الآن، لتحقيق التغطية الرأسية، لقطاعات سكانية، مثل العمال والطلاب, لكن آن الأوان للتوقف عن الاستمرار في مثل هذا التطبيق، وفتح الباب للتطبيق الأفقي بمفهومه الجغرافي، بحيث يغطى حيا من الأحياء، مثلا، أو محافظة من المحافظات، وذلك تلافيا لتجزئة سكان المنطقة، أو حتى تجزئة الأسرة، بحيث يتبع كل فرد فيها نظاما صحيا مغلقا، خاصا به.

[1] سمير فياض ، دراسة النظام الصحي في مصر ومشروع الإصلاح الصحي ومشروع قانون التأمين الصحي القومي الشامل ديسمبر 2017.

http:// www.al-ahaly.com/articles/06-02-01/1264-ptt04.htm (26/04/2019)

2- الانتفاع بحزمتين صحيتين: الأساسية، والشاملة[1]:

الأولى: وهي الحزمة الصحية الأساسية، وهذه الحزمة تقدم للمنتفعين بالتأمين الصحي، كجزء من الحزمة الصحية التأمينية الكاملة، التي ينتفعون حاليا بخدماتها، مع تغيير مستوى الأداء، ومستوى الانتفاع، للأفضل.

كما أن تلك الحزمة تقدم أيضا الى كل الذين سيدخلون في منطقة جغرافية، حيث يبدأ تطبيق الانتفاع بخدمات تلك الحزمة لمواطني تلك المنطقة، وحيث يتم تطبيق تلك الحزمة في تلك المنطقة للكافة بصرف النظر عن قدراتهم المادية، وبغض النظر عن القدرة المالية لأي منهم.

الثانية: هي الحزمة التأمينية الكاملة، وهي تختص بتقديم عناصر الخدمة العلاجية والتأهيلية ومتطلباتهما، بالإضافة الى خدمة الرعاية الصحية الأساسية، وتلك الحزمة الشاملة مماثلة لعناصر الخدمة الصحية، التي يقدمها التأمين الصحي حاليا كالتزام، دون قدرة على الوفاء بها، بما يرضى المريض، وحسب مواصفات الجودة. ويتزايد التوسع في تطبيق هذه الخدمة لكي تصل في النهاية الى الكافة، بدلا عن التطبيق الشرائحي الرأسي.

3- تمويل الحزمتين الصحيتين[2]:

وسيتم تناول قضية التمويل الهامة والضرورية لتمويل حزمتي الانتفاع، وهي:

- صندوق قومي تأميني بفروع بالمحافظات؛
- وموارد الصندوق المقترحة؛
- ترشيد الإنفاق الصحي؛
- التأمين الصحي الخاص؛
- أنظمة الدفع لمقدمي الخدمة.

أ-إنشاء الصندوق القومي للتأمين الصحي: إنشاء صندوق على المستوى القومي، لتمويل المشروع القومي للخدمات الصحية بدءا بحزمة الرعاية الصحية الأساسية، وامتدادا واتساعا للوصول الى جميع عناصر حزمة الرعاية الصحية الكاملة.

يتمثل المورد الأساسي للصندوق هو التمويل المخصص لمنطقة التطبيق، في المراحل الأولى، كرعاية صحية أساسية، من مخصصات تمويل وزارة المالية للصحة ووحداتها في منطقة التطبيق، أما المنتفعون بالتأمين الصحي في ذات المنطقة، فتقسم حصة التأمين المخصصة للتغطية الكاملة، بحزمة الرعاية الصحية الأساسية، ويتم تجميع تمويل المالية مع جزء من تمويل التأمين الصحي لتغطية تكلفة حزمة الرعاية الصحية الأساسية فقط، لحين امتداد التطبيق

[1] سمير فياض، **مرجع سابق**، ص 514-517

[2] سمير فياض، **الصحة في مصر: الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام 2020**، الطبعة الأولى، المكتبة الأكاديمية، مصر، 2002، ص 513

داخل النطاق الجغرافي، المشار إليه، الى عناصر الحزمة الثانية "حزمة الرعاية الصحية الكاملة"، بما تتطلبه من حصة تمويلية ثانية يمولها المشترك في التأمين، وصاحب العمل أو من يحل محله، ووزارة المالية وصناديق الادخار والمعاشات إذا لزم لتغطية زوجات العاملين.

ب– ترشيد الإنفاق الصحي: تتمثل أهم أهداف سياسات التمويل والإنفاق المالي فيما يلي[1]:

- تعظيم الاستفادة من الموارد المالية المتاحة حاليا؛
- خفض الأعباء المالية التي يتحملها المواطنين عند تلقي الخدمات الصحية؛
- تحقيق العدالة في التمويل والحصول على الخدمات بين فئات المجتمع.

وتمثلت السياسات المقترحة لزيادة كفاءة عمليات التمويل والإنفاق الصحي، فيما يلي:

– إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية وتخفيف العبء المادي عن كاهل المواطن، وذلك في ظل الإنفاق الحكومي المتاح حاليا والذي بلغ 5,8% عام 2015 من إجمالي الناتج القومي، وهي نسبة مقبولة الى حد ما مقارنة بالدول ذات الاقتصاديات المثلية، التي تراوحت نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة بها ما بين 3,7% و6%. ونسبة الإنفاق الحالية تشير الى زيادة ملحوظة في نسب الإنفاق التي كانت تتراوح في الماضي بين 3,7% -4,1%.

ويتطلب رفع الكفاءة في الإنفاق تعظيم الاستفادة من البنية الأساسية المتوفرة حاليا بقطاع الصحة الأمر الذي يستلزم التنسيق بين قطاعات الخدمة المختلفة (الحكومي والخاص) للحد من تكرار الخدمات وتمركزها في مناطق بعينها دون الأخرى وتوجيه المبالغ الكبيرة التي تنفق على إنشاء المستشفيات والوحدات والمراكز الجديدة الى بنود أخرى لها أولوية.

– وضع نظام تأمين صحي اجتماعي يشمل جميع فئات المجتمع ويضمن الحصول على حزمة أساسية من الخدمات، بالإضافة الى حماية المواطن من عبء الإنفاق الكلي على علاج الأمراض ذات التكلفة الباهظة، مع ضرورة إجراء دراسات شاملة لاقتصاديات التأمين الصحي لتفادي العجز الحالي في ميزانية التامين الصحي ورفع الكفاءة العلاجية للتأمين.

– إعادة هيكلة الدعم الحكومي بقطاع الصحة ليستهدف الفئات الأكثر احتياجا، بالإضافة الى وضع معايير للجودة ومراقبة تطبيقها.

– استمرار الدولة في تمويل البرامج الوقائية والبرامج القومية.

–إعادة النظر في سياسات العلاج على نفقة الدولة وأولوياته.

[1] مركز المعلومات واتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، مارس 2016.
http://www.star28.com/site/site-1318.html(26/04/2019)

– الاستمرار في تقديم العلاج المجاني للفقراء والاستفادة من نسبة الإنفاق الكبيرة للأفراد في وضع معايير وأسس جديدة لتلقي الخدمات الحكومية، ويساهم فيها الفرد القادر من خلال تحمله لبعض أو كل تكاليف بعض الخدمات التي يحصل عليها، وتوفر الدعم للفقير وتزيل عنه عبء المساهمة في تمويل الخدمات الصحية عنه.

– وضع الأطر المساندة للتمويل المجتمعي للخدمات الصحية، مع ترك إدارته تحت رقابة المجتمع المحلي، على أن يساهم فيه الأفراد حسب قدراتهم.

4- نظام تقديم الخدمة الصحية[1]:

إن جوهر النظام المقترح، يقوم ويتمركز، حول تقديم الخدمة المتكاملة، للأسرة الواحدة، في الإقليم الواحد، من خلال وحدات ومنظمات صحية، تخضع لنظام طبي واحد، بصرف النظر عن كون الوحدات والعاملين فيها قطاعا خاصا، أو عاما، أو حكوميا. وفي هذا النظام تتكامل خدمات الأجهزة والأفراد والوحدات للتوظيف الأقصى، وصولا الى الإنتاجية الحدية، مقابل حصول مقدم الخدمة على حقوقه، طبقا للأسس المهنية والفنية، شرط رضائه وارتياحه لمستوى الخدمة المقدمة إليه، وسلامة العمليات التشغيلية المنتجة لتلك الخدمة؛ وذلك بديلا عن النظم الرأسية المغلقة، التي تؤدي خدمة قاصرة لشريحة اجتماعية، يتحتم عليها العلاج داخل تلك المنظمة الصحية المغلقة، والتي لا يتنافس فيها مقدموا الخدمة فيها مع غيرهم من القطاعات المماثلة، حيث لا يحق للمريض الخروج من نظام مغلق، الى آخر، إلا إذا أراد أن يسدد قيمة الخدمة بمعرفته، ومن جيبه الخاص.

5- التنظيم و الإدارة:

يجب التعامل مع ثلاثة مستويات إدارية بدءا من مستوى الإدارة المركزي، وانتهاءا بمستوى الإدارة بالحي، وهو المستوى الذي يعلو الإدارة المباشرة للوحدة

أ– دور ووظائف المستوى المركزي:

يعني بالمستوى المركزي الوزارة المختصة، بالتعاون مع الوزارات الأخرى، ذات الاختصاص المرتبط بدور الوزارة المختصة، ونشير هنا أن هذا الدور في القطاع الصحي على اتساعه، تقوم به أساسا وزارة الصحة، ووزارة التعليم بدورها في المستشفيات الجامعة، وغيرها من الوزارات التي تدخل الخدمة الصحية في نطاق أعمالها.

ونشير هنا الى أن الدور المركزي سيتغير من دور قابض الى دور باسط، ومن دور المشغل للوحدات، الى دور المنظم لتشغيل الوحدات، ومن دور المتبع التفصيلي الى دور المتابع للمؤشرات، ومن دور المفتش الى دور المتابع المهني، والمتابع الإداري، حيث سينتقل دور المتابعة المالية الى الصندوق المالي، ويشترك الصندوق مع الوزارات المختصة في المتابعة الإدارية والمهنية، المتعلقة بإدارة أحوال الصندوق على مستوى المحافظات، والمستوى المركزي، كما يقوم المستوى المركزي بتوظيف ما لديه من آليات سياسية واقتصادية، لتوجيه السوق، بالإضافة، طبعا، لدوره الرئيسي في التخطيط ووضع السياسات.

[1] سمير فياض، **مرجع سابق**، ص 524-534

ب- دور ووظائف المنطقة (مجموعة محافظات) أو المحافظة

هذا الدور في حقيقته ذو طابع إشرافي وتنسيقي وتنظيمي، والمنطقة تلعب فيه دورا تخطيطيا على مستوى الإقليم, وتقدم المساندة الإدارية والتنظيمية للمستوى الهام الذي يليه(الأعلى أو الأدنى)، ويقترح أن تستبدل المنطقة بهيئة رعاية صحية، أو ذات طبيعة خدمية. ويتلخص هذا الدور في الآتي:

- الإشراف على مستوى الصحة في الأحياء التابعة لنطاق المنطقة، وعلى منظمات الإدارة الصحية بتلك الأحياء، والاهتمام بتجميع المؤشرات الصحية، والنتائج المتحققة، مترجمة الى المؤشرات، والدراسة المشتركة مع الإدارات الصحية بالأحياء، لتحليل البيانات، واستخلاص النتائج، وتجهيز الإحصاءات والتقارير على مستوى المنطقة، والإشارة الى أسباب التحسن والقصور، واقتراحات تلافيها.
- تلعب دورا أساسيا لاتخاذ القرار، والخطوات الضرورية، بناء على تفويضات وصلاحيات كانت أصلا لدى المستوى المركزي، حيث ينتفي الدور التنفيذي للمستوى المركزي، وينتقل كاملا الى المنطقة والحي، وأساسا للأداء والتشغيل، حيث أن ذلك المستوى يصبح أعلى سلطة مشرفة على الأداء والتشغيل، بمعرفة الوحدات مقدمة الخدمة.
- وهناك دور تنسيقي متعاون مع الصندوق الصحي، على مستوى المنطقة إن وجد، ممثلا للصندوق المركزي لتحقيق طلبات الصندوق (ممثل المنتفعين)، ودراسة متابعات الصندوق، والعمل على تلافي أي سلبيات، حتى ولو بنزع الاختصاص من وحدة ونقلها الى وحدة أخرى، أو بتغيير إدارة الوحدة في حالة القصور.
- التوزيع الملائم للعقود، ولحصص الوحدات كنمط تخطيطي، وليس كمستوى تنفيذي، وتوزيع القوى البشرية بالحجم المطلوب، طبقا لمعدلات التشغيل الموضوعة في المستوى المركزي، وبالخلطة المطلوبة من تمازج قوى بشرية ذات مهارات أدائية، على مستوى الفريق، وعلى مستوى الأفراد.
- دراسة إمكانية اللجوء الى شركات يتعاقد معها، لإدارة حي من الأحياء، كتجربة تخضع للتقييم، والمقارنة بالإدارة ذات الطابع المجتمعي، والصفة الحكومية الغالبة.
- التخطيط الإقليمي، ووضع السياسات الصحية، والأولويات الخاصة بالإقليم، واقتراح توزيع الموارد.
- مساندة الإدارة الصحية بالحي، والعمل على تقويتها، وتفويضها بأوسع صلاحيات، وتزويدها بالقوى البشرية ذات الخبرة للمساندة الإدارية والتنظيمية، وتعظيم قدراتها على أداء دورها المقرر في الخدمة.

ج- دور الإدارة الصحية بالحي: يتمثل هذا الدور فيما يلي:

- المتابعة المباشرة لأداء الوحدات، أيا كان مستواها، من خلال مراجعة (ماضية، جارية، مستقبلية) للأداء وجودته.
- المراجعة الانفاقية والأداءات في حدود التكلفة، ومبررات التجاوز، في المعايير الاحصائية أو المالية، طبقا لمراجعات فروع الصندوق التأميني؛ وكذلك حسابات التكاليف، والمؤشرات والبيانات الإحصائيات.

- الإدارة بالاستعانة بنظم المعلومات المتبعة في الوحدات، وتحويلها تدريجيا إلى نظم آلية من خلال محطة مركزية، ونهايات طرفية بالوحدات.
- ولتلك الإدارة دور مباشر في تنمية القوى البشرية في إطار التوجيهات والخطط المركزية، بالتعاون مع إدارة المنطقة الطبية، ودعم الأنظمة التدريبية بالأفراد المهنيين أو بالإداريين أو بالتقنيين.
- تطبيق آليات نظم الدفع، ومحاسبة الأطباء والمهنيين، طبقا لقواعد السوق، والحفز بالأجر مقابل الإنتاج المتحقق، بدرجات الملائمة والقبول.
- تجاوز إدارة الوحدة فقط إلى إدارة الخدمة الصحية المجتمعية، في نطاق الاختصاص، وبمساهمات من الجميع: أفرادا، أو منظمات، عملا محترفا، أو عملا تطوعيا، قطاعا خاصا، أو قطاعا حكوميا، بهدف السعي لتحقيق " نظام صحي مجتمعي متكامل".

6- **سياسات القطاع الدوائي**: وتتضمن ما يلي:

6-1ترشيد الاستخدام الدوائي عن طريق:

- تخليق القوائم الأساسية بأسمائها الكيميائية.
- ترشيد الأنماط المهنية للأدوية الموصوفة في التذكرة الطبية عقب الكشف العيادي.
- ترشيد أنماط الاستهلاك الدوائي بواسطة المرضى.
- مراجعة التعاقدات: مع جهات توريد الدواء، وأنظمة التوريد.

6-2 الاستمرار وتعظيم سياسات إنتاج دواء بسعر مرشد ومدعوم إذا لزم، في حدود طاقات جهات الانتفاع والمرضى، طبقا لمواصفات الجودة والمراقبة الدوائية، وكذلك بترشيد نظم توصيل الدواء لجهات الانتفاع، بأساليب أرخص ثمنا.

6-3مراجعة الصيغة الحالية المتفق عليها والتي ترفع التكلفة إلى 1,77 بدلا من 1 فقط، طبقا لمتطلبات: ربحية شركة الإنتاج الدوائي، وشركات التوزيع، وربحية صيدليات التوزيع(القطاعي)، وإجراء الترشيد اللازم للنزول بتلك النسبة، قدر الإمكان.

6-4 التحديث المستمر لقاعدة البيانات والمعلومات الدوائية، على مستوى الوحدات، وفي منازل الأطباء والصيادلة، بتوظيف قواعد المعلومات الدولية، من خلال الإنترنت، وقواعد المعلومات المحلية الالكترونية، التي لازالت حاليا موجزة وغير مفصلة.

6-5 تلافي حدوث الاختناقات بأنظمة توصيل الخدمة الدوائية، سواء بسبب الاختلال أو القصور التمويلي، أو بسبب مشاكل في إنتاج الدواء، أو بسب معوقات في إيصاله للمريض والوحدات، في التوقيت المناسب.

المبحث الثالث: التجربة الغربية في تطوير الخدمات الصحية(فرنسا نموذجا)

يمكن عرض نموذج لنظام تقديم الخدمات الصحية، ويتمثل في النموذج الفرنسي، وهي خدمة صحية ممولة أساسا عن طريق التأمين الاجتماعي. سوف نقوم بعرض النظام الصحي في فرنسا، وتجربة الإصلاح التي قامت بها.

المطلب الأول: عرض و تنظيم العلاج

1- تنظيم العلاج :

يعود الدور الأساسي لإدارة النظام الصحي الفرنسي للدولة، ضامنة بذلك المصلحة العامة وتحسين الحالة الصحية للمواطنين, فهي تتدخل مباشرة في بعض الأحيان لإنتاج وتمويل العلاج, فتمارس مراقبة على العلاقات بين منشآت التمويل، المهنيين والمرضى حسب المستلزمات الصحية والاقتصادية العامة.

بالإضافة الى ذلك تتدخل الدولة بصورة غير مباشرة، وذلك عن طريق مصالحها اللامركزية من أجل[1]:

أخذ على عاتقها المشاكل العامة للصحة العمومية: الوقاية الجماعية، اليقظة الصحية، مكافحة الأمراض المستعصية والآفات (التسمم، الإدمان الكحولي). ضمان تكوين عمال الصحة، وتسهم في تحديد شروط الممارسة، كما تحرص على مواصفات جودة المنشآت الصحية والإنتاج الصيدلاني.

ممارسة الوصاية على الحماية الاجتماعية في إطار عقود الأهداف والتسيير، وتتدخل في كيفيات تمويلها (الوعاء ومعدل الاشتراك)، في قواعد تغطية المواطنين، في العلاقات مع منتجي العلاج، في التكفل المالي للعلاج (التسعيرات ومعدلات التعويض), وتسهر على موازنة الحسابات الاجتماعية.

2- عرض العلاج:

يوجد العديد من المنشآت الاستشفائية، والمستوصفات البلدية، المستشفيات العمومية والخاصة. وفي حالة الاستشفاء، للمريض الحق في اختيار المنشأة، فكلاهما يتكاملان. فالمستشفيات الخاصة هي غالبا صغيرة وتتخصص في الجراحات الخاصة، التوليد، أو العلاجات ذات المدة الطويلة؛ بينما المستشفيات ذات حجم كبير، مجهزة لمواجهة الحوادث، الاستعجالات والأمراض الخطيرة.

[1] Haut Comité de Santé publique, Le Système de Santé en France http://www. Santé Gouv. Fr/ Htm/ minister/ 2Htm. (28/04/2019)

وما يتعلق بعدد الأسرة لكل 1000 ساكن، فيمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(8.2): عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في فرنسا

السنوات	2015	2016	2017
عدد الأسرة لكل 1000 ساكن	7,3	7,7	8.3

Source :world perspective, lits d'hôpitaux (par 1000 habitants), France

يتبين من الجدول أن عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في تزايد مستمر خلال الفترة الممتدة من 2015 إلى سنة 2017.

وبإمكاننا إظهار تطور عمالة المهن الصحية خلال الفترة 2015-2017

الجدول(9.2): تطور عمالة المهن الصحية في فرنسا خلال الفترة 2000-2017

	2015	2016	2017
أطباء	354217	362841	379235
جراحي أسنان	52830	53012	53985
صيادلة	57484	57986	71258
ممرضين	55248	68587	75482

Source: France en faits et chiffres,effectifs des professions de santé
http://www,insee,fr/fr/ffc/chifcle-fiche,asp?ref-id=NATTEF06103& tab-id=104

يتضح من الجدول أن عدد الأطباء وجراحي الأسنان لم يتغير إلا بنسبة ضئيلة جدا، بينما عدد الصيادلة والممرضين ارتفع بنسب أكبر.

3- مستوى الحالة الصحية:

يمكن عرض المعطيات الديموغرافية، والمتمثلة أساسا في عدد السكان وعدد الولادات والوفيات في الجدول التالي:

الجدول(10.2): التطور الإجمالي للوضعية الديموغرافية في فرنسا (الوحدة: بالآلاف)

السنوات	السكان	المواليد الأحياء	الوفيات
2015	66.422.0	798.9	593.5
2016	66.603.0	783.6	593.9
2017	66.768.0	769.6	606.3

Source: Bilan démographie: un excédent naturel record
http://www,insee,fr/fr/ffc/ipweb/ip1118/ip1118,html (28/04/2019)

يتبين من الجدول أن عدد الولادات انخفض ما بين 2015 إلى غاية سنة2017. أما عدد الوفيات فعرف ارتفاعا خلال الفترة السالفة الذكر.

كما يمكن تمثيل تطور **الأمل في الحياة عند الولادة** في الجدول التالي:

الجدول (11.2): تطور الأمل في الحياة عند الولادة خلال الفترة 2015–2017

	2015	2016	2017
توقع الحياة	**79.11**	**79.31**	**79.26**

Source: world perspective,
espérance de vie a la naissance (année) , France

يتضح من الجدول أن توقع الحياة عند الولادة في ارتفاع مستمر عند الرجال والنساء، وهو أكبر عند النساء.

المطلب الثاني: مستوى تمويل العلاج:

1– مصادر التمويل

أما فيما يخص مصادر التمويل فتتمثل في: مساهمة الضمان الاجتماعي، الدولة والجماعات المحلية، التعاضديات، شركات التأمين، هيئات الاحتياط والعائلات بالإضافة الى مساهمة هيئة التغطية الشاملة ضد المرض La couverture Maladie universelle (CMU)

الجدول(12.2): تطور مصادر تمويل النفقة الحالية للعلاج والمواد الطبية في فرنسا خلال الفترة 2015 – 2017 الوحدة:(%)

	2015	2016	2017
الضمان الاجتماعي	75,4	75,7	76,7
الدولة والجماعات المحلية	1,3	1,0	1,4
التعاضديات	7,4	7,5	7,2
شركات التأمين	2,6	2,7	2,9
هيئات الاحتياط	2,4	2,5	2,6
العائلات	11,0	10,6	9,3
المجموع	100	100	100

Source:

- France en faits et chiffres, dépenses de santé
http://www,insee,fr/fr/ffc/chifcle-fiche,asp?ref-id=NATFPS06303& tab-id=358(28/04/2019)

يتجلى انطلاقا من الجدول جملة من الملاحظات نوردها فيما يلي:

- شهدت مساهمة الدولة والجماعات المحلية استقرارا ما بين 2015- 2017.
- ارتفعت حصة التعاضديات من سنة 2015الى 2017.
- عرفت حصة شركات التأمين انخفاضا ما بين 2015- 2017، ثم ارتفعت بعد ذلك.
- شهدت مساهمة العائلات انخفاضا مستمرا.

ويمكن عرض تطور حصة النفقة الوطنية للصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في الجدول التالي:

الجدول (13.2): حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في فرنسا خلال الفترة 2015-2017

	2015	2016	2017
النسبة(%)	9,5	10	10,4

Source:

- http:// www, Santé,gouv, FR,/htm/ Publications/ind-Dress,htm
- France en faits et chiffres, part de la depense nationale dans le PIB

يتجلى من الجدول أن حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام قد عرفت استقرارا نسبيا خلال الفترة 2015- 2017.

وبإمكاننا إظهار تطور استهلاك العلاج والمواد الطبية في الجدول التالي:

الجدول(14.2): تطور استهلاك العلاج والمواد الطبية في فرنسا الوحدة: مليار أورو

	2015	2016	2017
علاجات استشفائية	54,8	58,0	61,5
علاجات إسعافية	33,0	35,4	38,0
أطباء	15,7	16,8	17,9
توابع طبية	6,7	7,3	7,9
جراحي الأسنان	7,3	7,7	8,2
تحاليل	3,0	3,3	3,6
نقل المرضى	2,1	2,3	2,4
أدوية	25,5	26,9	28,6
مواد طبية أخرى	6,4	6,9	7,4
استهلاك العلاج والمواد الطبية	121,7	129,5	137,9

Source: France en faits et chiffres, consommation de soins et de biens médicaux, http://www,insee,fr/fr/ffc/chifcle-fiche,asp?ref-id=CMPTEF06103&tab-id=360(28/04/2019)

يتضح من الجدول أن استهلاك العلاج والمواد الطبية في ارتفاع مستمر خلا ل الفترة الممتدة من 2015 إلى 2017، وهذا ما يمثل مشكل أساسيا، كان محور من محاور الإصلاح.

وبعد الاستعراض السابق، يمكن عرض المشاكل التي يعاني منها النظام الصحي، والسياسات والآليات التي تم تبنيها من قبل الجهات المعنية، والنتائج المنتظرة من ذلك فيما يلي[1]:

2- توصيف المشكلة :

- ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية: حيث ارتفع إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة 5,9% من الناتج المحلي الإجمالي عام 2015 ويرجع ارتفاع التكاليف إلى:

. ارتفاع معدل استخدام الأدوية (وتحتل فرنسا المرتبة الثانية بعد الولايات المتحدة من حيث متوسط قيمة الأدوية التي يستخدمها الفرد)؛

. ارتفاع متوسط عمر الأفراد؛

. ارتفاع تكاليف التقنيات الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج.

- زيادة العجز في ميزانية وزارة الصحة: حيث ارتفع العجز من 2 مليار يورو عام 2015 إلى 11 مليار يورو عام 2017 ومن المتوقع أن يصل العجز، في حالة عدم إجراء أي إصلاحات مالية ، إلى 27 مليار يورو مع حلول عام 2020.

المطلب الثالث: الإصلاح الصحي في فرنسا

سياسة و الية الاصلاح الصحي في فرنسا

1 – السياسات: (بدأ تنفيذ هذه السياسات في أواخر 2015)

- السيطرة على عجز موازنة وزارة الصحة؛
- تنمية موارد قطاع الصحة دون المساس بجانب النفقات؛
- تطوير آليات تقويم و متابعة أداء قطاع الصحة.

2- الآليات:

أولا: زيادة موارد وزارة الصحة:

- **زيادة موارد نظام التأمينات الاجتماعية:**

[1] مركز المعلومات ودعم القرار بمجلس الوزراء، تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية، http://www.star28.com/site/site-1318.html (28/04/2019)

– زيادة مساهمة العاملين:كان هناك بديلين لزيادة قيمة المتحصلات التي يساهم بها الموظفون من خلال:

. **البديل الأول** : يتمثل في زيادة نسبة التأمينات التي تستقطع من مرتبات الموظفين، من7,5% إلى 7,7% من إجمالي نسبة المرتب التي تخضع للتأمينات.

. **البديل الثاني** : يتمثل في زيادة النسبة التي تخضع للتأمينات من المرتب من 95% إلى 97% من إجمالي المرتب.

– **زيادة مساهمة أصحاب المعاشات:** تم زيادة نسبة التأمينات التي تستقطع من دخول أصحاب المعاشات أو التحويلات التي تقدم لغير القادرين على العمل من 6,2% إلى 6,6% من جمالي قيمة المعاش أو التحويلات.

– **زيادة مساهمة أصحاب العمل** : تم زيادة نسبة التأمينات الاجتماعية التي يدفعها أصحاب العمل عن الموظفين العاملين لديهم بنسبة 3% مع بداية عام 2015.

– **زيادة الاستقطاعات المطبقة على الاستثمار**: تضمنت إجراءات زيادة التأمينات الاجتماعية أيضا، زيادة نسبة التأمينات التي يدفعها المستثمرون من 1,5% إلى 8,5% من إجمالي الأرباح .

- **زيادة أسعار خدمة المبيت بالمستشفيات** : تم زيادة سعر خدمة المبيت بالمستشفيات من 10,6 يورو/اليوم إلى 13 يورو/اليوم مع بداية عام 2016، ومن المتوقع أن يزيد السعر إلى 16 يورو/ اليوم مع حلول عام 2020.
- **زيادة الضرائب المفروضة على شركات الأدوية** : بالإضافة إلى الإجراءات السابقة, قامت فرنسا بزيادة نسبة الضرائب المفروضة على مبيعات شركات الأدوية.
- **تحويل نسبة من الضرائب على التبغ إلى وزارة الصحة** : سوف تقوم الدولة بتحويل مليار يورو سنويا من متحصلات الضرائب على منتجات التبغ إلى وزارة الصحة.

ثانيا: تطوير آليات التقييم والمتابعة:

- **تطوير نظم المعلومات الطبية** : يهدف هذا النظام إلى توفير بيانات دورية عن جودة العملية الصحية و تكلفة الحصول على الرعاية الصحية.
- **الوكالة القومية للتقييم والمتابعة** : وهي هيئة مستقلة تهدف إلى تقييم أداء كل من المستشفيات العامة والخاصة ومدى كفاءة الخدمات الصحية المقدمة في هذه المستشفيات. وتتم عملية التقييم بصورة دورية، ثم تنشر نتائج التقييم على الانترنت وتكون متاحة للجميع، ومن أهم آليات التقييم:

  - **زيارات ميدانية بواسطة الخبراء والمختصين.**

  - **عمل استطلاعات لرأي المرضى والمتعاملين مع المستشفى** محل التقييم للتعرف على مدى رضا المرضى.
- **المكاتب الإقليمية للمتابعة:** تقرر إنشاء مكاتب إقليمية تتولى عملية الإشراف على أداء الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات العامة والخاصة في المناطق المختلفة.

3- النتائج :

- من المتوقع أن تؤدي زيادة مساهمة أصحاب المعاشات إلى ارتفاع موارد التأمينات بمقدار 560 مليون يورو سنويا.
- من المتوقع أن تؤدي زيادة مساهمة أصحاب العمل إلى ارتفاع موارد التأمينات بحوالي 780 مليون يورو سنويا.

خلاصة

يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول اهتماما متزايدا، حيث تبنت معظم دول العالم المتقدمة والنامية سياسات وبرامج لإصلاح النظام الصحي. وعلى الرغم من التفاوت في طبيعة المعوقات التي تؤدي إلى انخفاض أداء قطاع الخدمات الصحية من دولة لأخرى، إلا أن أهداف سياسات تطوير قطاع الصحة ترتكز عادة على الارتقاء بجودة الخدمات الصحية من ناحية وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع من جهة أخرى.

واختار الطالب مجموعة من النماذج الدولية في تطوير الخدمات الصحية من خلال برامج الإصلاح التي تم تبنيها، وكان مضمون كل تجربة كما يلي:

- مصر: لقد بني برنامج إصلاح قطاع الصحة في مصر على مجموعة من المبادئ تمثلت في: التغطية الشاملة، الجودة، العدالة، الكفاءة، والاستمرارية.

وبالنظر للمؤشرات الصحية المصرية، يمكن أن نلاحظ تفاوت بين المناطق الجغرافية فيما يتعلق بمعدلات الوفاة، كما يمكن تسجيل قصور تمويل الخدمات الصحية بصفة عامة(بلغت نفقة الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام 5.9% سنة 2017) وتحمل المواطنين للعبء الأكبر(61 % سنة2017)، إضافة إلى عدم كفاءة الإدارة في استغلال الإمكانات المتاحة للمستشفيات.

- هدف الإصلاح في فرنسا إلى السيطرة على عجز موازنة وزارة الصحة، بالإضافة إلى تنمية موارد قطاع الصحة دون المساس بجانب النفقات، إلى جانب تطوير آليات تقويم ومتابعة قطاع الصحة.

أما ما تعلق بالمؤشرات الصحية، فيلاحظ أن توقع الحياة عند الولادة في ارتفاع مستمر، وسجل أكبر مستوى في النماذج المختارة (80.6 سنة 2017). بالإضافة إلى ذلك سجلت فرنسا أقل معدل وفاة للأطفال (4.3 لكل ألف مولود حي سنة 2015). ويعتبر الضمان الاجتماعي المصدر المهيمن في تمويل الصحة، وسجلت نفقة الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام معدل 10.5 سنة 2017.

رفصل الثالث

واقع الخدمات الصحية و جودتها في الجزائر

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية

الإستشفائية بالمدية "محمد بوضياف"

تمهيد

إن موضوع الجودة أصبح أمر ضروري في قطاع الخدمات عموما وفي مجال الصحة بشكل خاص، للوصول إلى التغيير والتحسين المستمر لمواكبة التقدم بنجاحات المجتمع في المجال الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والثقافي ،إذا كان تحسين الصحة هدفا رئيسيا لأي نظام صحي فإنه ليس بالهدف الوحيد بل يجب السعي نحو تحسين جودة الخدمات الصحية وكذا تحقيق العدالة بين الأفراد من خلا تيسير حصولهم عليها.لقد تطور القطاع الصحي بالجزائر تطورا كبيرا منذ الاستقلال إلى وقتنا الحالي للارتقاء بالحالة الصحية للمواطن ،ولكن رغم ما تنفقه الدولة على هذا القطاع إلا أن الاستفادة من الخدمات الصحية لم يصل إلى المستوى المطلوب ،أين يبقى عرضة لبعض التحدياتالتي تواجهه.

المبحث الأول: النظام الصحي بالجزائر والتطور التاريخي

شهدت الصحة بالجزائر تطورا كبيرا خلال العقود الأخيرة، تزامن مع التغيرات والتطورات الاقتصادية والاجتماعية التي عاشها المجتمع الجزائري بشكل عام، حيث سنرى في هذا المبحث مفهوم السياسة الصحية وتطورها التاريخي لها ونتطرق إلى مصادر تمويل القطاع الصحي بالجزائر، ونتناول أيضا تقييم النظام الصحي بالجزائر. المطلب الأول: مفهوم السياسة الصحية و تطورها التاريخي. لقد كان من بين أوليات الدولة الجزائرية بعد استقلالها، اعتماد سياسة صحية تضمن للمواطن الجزائري الحق في العلاج والرعاية الصحية بالنظر إلى الوضع الصحي المتدهور الذي خلفته الحقبة الاستعمارية على السكان، ذلك أن السياسة الصحية المنتهجة من طرف السلطة الجزائرية آن ذاك بنيت على أسس ومبادئ تتوافق والنهج التنموي الاشتراكي، الأمر الذي جعل هذه السياسة تتميز بتطورات تاريخية يمكن يجازها في مراحل سيأتي عرضها في هذا المطلب .

المطلب الأول: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر

مكننا رصد مراحل تطور السياسة الصحية في الجزائر عبر ما يلي[1]:

1-.السياسة الصحية من 1962إلى 1965

إن السياسة الصحية برزت انطلاقابعد الاستعمار أي مرحلة الاستقلال 1962 ،فمن هذا الجانب ضرورة الاهتمام بالصحة كونها المصدر الأساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والفردي ،وقد عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها إلى جعل مبدأ حق المواطنين حماية الصحة لا يمكن نكرانه أو تجاهله.

خلف الاستعمار الفرنسي عدة مشاكل صحيةو لعل أبرزها تتجلى في

- هجرة جماعة للأطباء الفرنسيين 2200طبيب و2700 ممرض وممرضة
- حالة صحية متردية نتيجة النقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية ،حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان 8 أطباء لكل 100.000ساكن،كما يبلغ عدد الصيادلة حوالي 30 صيدلي و30 طبيب أسنان.
- **سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية** وللتخلص من هذه المشاكل سعت الجزائر إلى وضع استراتيجيات، وتتمثل في المحاور التالية:
- **الوقاية** :حيث أن أفضل طريقة لعلاج المرضى والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال حملات تلقيحية
- **علاج الأمراض**: ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاقات الضرورية إبتداءا من المراكز الصحية القاعدية، ثم التوجيه إلى المستشفيات في حالة استعصاء العلاج

[1] 1سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، **الصحة العامة و الرعاية الصحية في المنظور الإجتماعي** .ط1 ، :دار المعرفة 2004 ، ص24

- **التوزيع العقلاني للأطباء**:و ذلك بتحقيق الأهداف المرسومة في الخريطة الصحية أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية و المادية.

2- .السياسة الصحية من1965-1979

:-مع بداية المخطط الوطني و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964و بصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيادلة عام 1966أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و شبه الطبي و كذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين -1967 -1969و التي تم مضاعفتها بقاعات العلاج ما بين 1969و1979.محاولة من المسئولين منح الأولوية الأولى للعلاج عن طريق توفير قاعات العلاج و المراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي والهدف من هذه الهياكل القاعدية قبل كل شيء الوقاية ،نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب ،وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974 .

- بداية حملات التلقيح 1969-1970:التلقيح ضد الشلل و مكافحة الملاريا بداية من سنة 1965بالمناطق الوبائية و ذلك مع برامج مسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية وفي سنة 1975تم تبني البرمجة الصحية للدولة و إنشاء القطاعات الصحية و الصحية الفرعية.

- التكفل بالرعاية وعلاج الأطفال مجانيا ،من قبل الدولة سواء على مستوى مراكز حماية الطفولة أو في طار الطب المدرسي. مكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل و مرض الشلل و سوء التغذية.

3- السياسة الصحية 1980-2009

وتميزت هذه المرحلة بتطوير النظام الصحي في ظل الطب المجاني وءاشناهياكل صحية جديدة سنة 1986وهي المراكز الاستشفائية الجامعية وكذا المنشور الموازي سنة 1995المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي ،بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية 1993أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدي بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي. أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 فقد عرفت بعض التحسين دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ الموجهة للقطاع الصحي في الجزائر و المقدرة ب 9.1%من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى وذلك لعدم وجود سياسة إستراتيجية ناجعة وسوء توزيع الأطباء ،وكذلك الأموال وحدها لا تحقق الأهداف و النتائج.

وفي سنة 2007تم تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية لتصبح مؤسسات عمومية استشفائية ولمؤسسات عمومية للصحة الجوارية التي تشمل قاعات العلاج و العيادات متعددة الخدمات.

كما استفاد القطاع الصحي لسنة 2005إلى 2009من غلاف مالي قدره 244 مليار دينار جزائري تم استثماره في إنجاز 800 مؤسسة استشفائية جوارية.

المطلب الثاني : مصادر تمويل القطاع الصحي بالجزائر[1]:

تميز نظام التمويل خلال فترة 1962-1974 بضعف الوسائل وهذا راجع إلى الوضعية الصحية التي كانت تعيشها البلاد ،حيث أنها كانت تسعى إلى إعادة تنشيط الهياكل الصحية الموروثة عن الاستعمار وهذا ما يجعل من نسبة الانفاق على الخدمات الصحية ضئيلة حيث أنها لم تتجاوز 1.5 % من الناتج القومي الخام ،كما أن تطبيق مجانية العلاج سنة 1974 رافقه مواجهة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية و تحتوي على ثلاث مصادر أساسية للتمويل وهي مساهمة الدولة و مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي ومساهمة الأسرة.

1- مساهمة الدولة

تعتبر مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة مهمة جدا في السنوات الأولى لمجانية العلاج ولكن سرعان ما بدأت في التناقص خلال الفترة مابين 1979-1988 أي بحلول الأزمة الاقتصادية حيث شكلت عائق في تمويل القطاع الصحي، انخفضت نسبة مساهمة الدولة في تمويل هذا القطاع إلى أقل من 20 %سنة1989، وتشير أن هذا التناقص لم يدم طويلا فقد تراوحت نسبة المساهمة في 1993إلى 59 %ولعل ذلك سببه العجز الدائم الذي أصبح يعاني منه صندوق الضمان الاجتماعي.

كما ساهمت الوضعية المالية الجيدة التي تعيشها البلاد إلى تزايد نسبة الاعتمادات المخصصة لقطاع الصحة خاصة مع تزايد الطلب على العلاج من قبل الأفراد.

2- مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي:

لقد تأسس صندوق الضمان الاجتماعي في الجزائر سنة 1949نتيجة لتوسع شريحة العمال حيث أن التكفل منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص المؤمنين اجتماعيا وذويهم) عمال أجراء ،موظفين وغيرهم (من خلال نمط التأمين على المرض و الذي يعتمد على سعر اليوم الإستشفائي والدي كان يحدد سنويا ب 30 %من النفقات الاجمالية للهيئات الصحية العمومية.

إن مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات الصحية كان لا يفوق 23.5 %عند إحداثية الدولة لمجانية العلاج في1974 و أصبح في 1983 إلى 49 %،إلى أن وصل إلى 60 %في سنة 1989في مساهمة الضمان الاجتماعي لقطاع الصحة ،إلا أنه سرعان ما بدأ في التناقص حيث كانت مساهمة في 1993

[1] توهامي سهام ، إدارة الجودة الشاملة في الجزائر، تقسيم أداء جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالعين الصفراء) كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة د .مولاي الطاهر -سعيدة السنة الجامعية2017-2018 ص 53

بنسبة 39.6 %ووصل إلى 27.90 %لسنة 2007 وقد صار 14.88 %لسنة 2008 ،وهذا يدل على تراجع مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في القطاع الصحي.

3- مساهمة العائلات:

رغم أن مساهمة العائلات أمر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور برفع الحواجز أمام الخواص في مجال الصحة ،فهذه الحالة تفسر بالتجاوزات في التعريفات الطبية من طرف القطاع الخاص ،لأن هذا الأخير لم يحترم التسعيرة الرسمية و لا يوجد جهاز مراقبة هؤلاء الأطباء ،فهناك عائلات غير مؤمنة فبالتالي فهي مجبرة على تحمل النفقة كليا ،والبعض الآخر لا يطلب تعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي من خلال شراء أدوية بدون وصفة طبية ،وتبقى مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي بالجزائر معتبر ة ،خاصة في السنوات الأخيرة ووصلت نسبة مساهمة الأسرة في تمويل هذا القطاع إلى 24.7 %لسنة 2006 يتضح أن الممول الرئيسي لقطاع الصحة بالجزائر هو مساهمات الدولة،كما سعت الدولة للإنفاق على القطاع الصحي ،وذلك بوضع اعتمادات مخصصة لميزانية التسيير لوزارة الصحة والسكان و اصلاح المستشفيات.

الجدول (1.3)يوضح هذه الاعتمادات من 2010إلى 2018

السنوات	الاعتمادات المخصصة لميزانية التسيير لوزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات
2010	195.011.383.000دج
2011	287.859.540.000 دج
2012	404.945.348.000 دج
2013	306.925.645.000 دج
2014	365.946.753.000 دج
2015	381.972.065.000 دج
2016	379.407.269.000 دج
2017	389.073.747.000 دج
2018	392.163.330.000 دج

المصدر الإحصائيات تم أخذها من قوانين المالية لسنوات 2010-2018

رغم مما تنفقه الدولة لهذا القطاع إلا أنه مازال يعاني من نقائص بسبب عدم تلبيتها بقدر كافي لجميع المواطنين.

المطلب الثالث: تقييم النظام الصحي بالجزائر و إصلاح المنظومة الصحية، الاختلالات المميزة للنظام الصحي)

يعتبر قطاع الصحة أحد القطاعات الرئيسية في عملية التنمية الاقتصادية تتبعها الجزائر نظرا للدور الفعال الذي يقوم به من خلال ربط كل القطاعات الاقتصادية منها والاجتماعية، كما تسعى الجزائر للقيام بتطوير في مجال الصحة رغم ما تعانيه من مشاكل هذا القطاع.

1- إصلاح منظومة الصحة في الجزائر[1]:

يعتبر العنصر المميز لسنة 2002 في مجال الصحة في **الجزائر** تغير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، ويندرج هذا ضمن حركية الإصلاحات التي شهدتها **الجزائر**.

- **أهداف مشروع الإصلاح وملفاته** :تتمثل أهدافه فيما يلي :

* إحصاء عروض العلاج و الاستفتاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

* ضمان الموارد المالية للسير الحسن للمؤسسات الصحية.

* التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.

* توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤوليتهم وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية الاجتماعي.

ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين هما :التحكم في نظام المعلومات الصحي وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

- **ملفات الإصلاح** :لدينا ستة ملفات نستعرضها فيما يلي:
- **ملفات الحاجات الصحية وطلب العلاج:** يعرض هذا الملف كيفية التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع او المستشفيات الوطنية من جهة أخرى.
- **ملف الهياكل الاستشفائية:** يتمحور في إصلاح الهياكل الصحية وذلك بإدراج جملة من الأهداف نستعرضها فيما يلي:

** تعزيز رقابة التنظيم المحكم للمؤسسات العمومية اوالخاصة.

[1] زا رولية رضا، **التحضر والصحة في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية بحي بارك افرو ج– مدينة باتنة الجزائرية** رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الاسلامية،_ جامعة الحاج لخضر: باتنة 2010- 2011 ص 87

**المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بآ ا رئهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها.

** ادراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي اولخاص.

- **ملف الموارد البشرية** :اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين وذلك من خلال السهر على أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم وترقيتهم في المسار المهني، ويعتبر التكوين ضرورة بالنسبة لكل فئات المستخدمين، الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين.

- **ملف الموارد المادية** :ارتكز هذا الملف على ضرورة وجود الموارد المادية لتنظيم العلاج الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتوفير الوسائل و الهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية وتشكل جوانب مرتبطة بالصيانة و المعايير التقنية و الخاصة بالأمن وتعيين أطقم فنية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

- **ملف التمويل** :اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات وظروف إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، والسهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسير المؤسسات الصحية حاليا مع تعديلات جارية خاصة في مجال التمويل القائم على التقاعد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل مرض.

- **ملف اشتراك القطاعات** :نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة و السكان واصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي والتكوين المهني، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى ضمن إسترا تجية عامة للوزارة.

2- الاختلالات المميزة للقطاع الصحي في الجزائر[1]:

يمكن تقسيم هذه الاختلالات إلى ثلاثة أقسام :

- **اختلالات متعلقة بالتنظيم** :المؤسسة الاستشفائية هي في الحقيقة مؤسسة ذات طابع خدمي تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري والعلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة

[1] توهامي سهام ،مرجع سبق ذكره ص 60

بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة. يمكن تلخيص الاختلالات التنظيمية فيما يلي:

** غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم بسبب غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل اولأجور مقارنة مع القطاع الخاص

** عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب.

- **إختلالات متعلقة بالتسيير المالي:**

لا تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من قلة الموارد المالية، وانما سوء تسيير الموارد المالية المتاحة هو الذي ا زد من تأزم وضعية الهياكل الصحية من أجل مواجهة الطلب المتزايد للعلاج، هذا بالإضافة إلى ما يلي:

* سوء توزيع الهياكل المتاحة، فهيكلة النفقات و الإيرادات المتعلقة بميز انية قطاع الصحة غير مرتبة حسب الأولويات.

* غياب التحكم في النفقات أو التحكم في التسيير وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح و النشاطات الصحية، مما جعل محاسبة المستشفى تقريبية غير دقيقة وغير حقيقة، فوضعية المؤسسات العمومية تتميز بوضعية التسيير، هو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية وفقدان مصداقيتها.

- **اختلالات متعلقة بوسائل التسيير:**

من أهم خلل في المنظومة الصحية هو سوء التسيير، هذا عنصر ناتج عن نقائص الإعلام الصحي وكذا التكوين الصحي، بالنسبة للنقطة الأولى فالنظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي، ونوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، ويرجع هذا الخلل إلى تناول الملفات و التقارير الطبية

وعدم مرونة السجلات الإدارية وانعدام تكوين الموظفين في مجال الترميز، وترتيب الدولة للأمراض، أما النقطة الثانية، فإن النظام التكويني في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي، وبالتالي عدم توافق القطاع الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي، وكذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة.

المبحث الثاني : تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر

قسمنا هذا المبحث إلى ثلاث مطالب :نتناول في المطلب الأول أهمية تقييم أداء الخدمات في المؤسسات الصحية ومؤشراتها، والمطلب الثاني قياس جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثرة فيها، و في الأخير نتحدث عن واقع الخدمات الصحية و جودتها بالجزائر (دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية)

المطلب الأول :أهمية تقييم أداء الخدمات في المؤسسات الصحية و مؤشراتها.

يرتبط تقييم الأداء في المؤسسات الصحية إلى حد كبير بمدى قدرة هذه المؤسسات الصحية على تحقيق أهداف الرعاية الصحية التي تسعى إلى بلوغها من حيث إعداد برامج صحية و مستوى تنوع الخدمات الصحية المقدمة، وتعكس إستراتيجيتها و أهدافها في النتائج المحققة في سير عملها.

1- أهمية تقييم أداء في المؤسسات الصحية:

ترجع أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية لعدة اعتبارات منها :

. أهمية الدور الحيوي الذي يلعبه المستشفى في العلاج و تنظيم الأسرة و السكان.

. تطور مفهوم إدارة و تنظيم الخدمات الطبية عما كان.

. دور المنظمات الطبية و اهتمامها و تفاعلها بالبيئة المحيطة بها في تحديد المشاكل الصحية التي تعاني منها، والمرتبطة بالبيئة كتلوث المحيط، و انخفاض مستوى الصحة في المجتمع نتيجة سوء التغذية...الخ[1] .

. نظرا لمحدودية الموارد الصحية و عدم كفايتها لتحقيق متطلبات و احتياجات الأفراد الشيء الذي يؤدي إلى التفكير و الاهتمام بفعالية و كفاءة تلك الموارد المتاحة على أكمل وجه، كما يحقق أكبر فوائد ممكنة مثل الوقاية و النهوض بالصحة العامة و تأثير ذلك على التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في الدول النامية.

. أهمية و حيوية الأدوار التي تقوم بها المستشفيات في العصر الحديث.

. إن صعوبة وضع مقاييس كمية لتقييم أداء بعض الأنشطة الطبية تتيح الفرصة لإجراء المزيد من الدراسات والأبحاث العلمية في تقييم أداء هذه المؤسسات.

. انعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الطبي في المؤسسات الصحية و جعل المؤسسة الصحية نظاما ديناميكيا يتفاعل مع المؤثرات الخارجية و الداخلية.

. تتميز الموارد الصحية و خاصة في الدول النامية بندرتها، وعدم كفايتها للمتطلبات على أحسن وجه ممكن بما يحقق أكبر فوائد ممكنة، مثل الوقاية والنهوض بالصحة العامة، و تأثير ذلك على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدول النامية .

2- مؤشرات تقييم الأداء في المنظمات الصحية[1]:

تحتاج المؤسسات الصحية إلى مؤشرات معينة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المحقق وذلك بهدف معرفة نسبة التقدم الحاصل في أعمالها، ولكون هذه المؤشرات تقوم من خلالها عملية التخطيط والتنظيم للخدمات الصحية، وخاصة في المستشفيات و من أهم هذه المؤشرات نجد:

- **مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية** :و التي بدورها تشمل ما يلي :

. **مؤشرات خاصة بالأطباء** :و التي يمكن الاعتماد على المقاييس التالية في تحديد مستوى أدائهم منها:

$$\text{عملية / طبيب} = \frac{\text{عدد العمليات الجراحية خلال السنة}}{\text{عدد الأطباء الجراحين خلال السنة}}$$

$$\text{عملية/طبيب} = \frac{\text{عدد العمليات الجراحية خلال السنة}}{\text{عدد الأطباء الجراحين خلال السنة}}$$

$$\text{الطبيب المقيم / إجمالي الأطباء} = \frac{\text{عدد الأطباء المقيمين}}{\text{عدد الأطباء الكلي}}$$

المؤشرات الخاصة بالفريق(طاقم تمريضي أو شبه طبي)و يمكن عرضه كما يلي:

$$\text{ممرضة / طبيب} = \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الأطباء}}$$

$$\text{ممرضة / مريض} = \frac{\text{عدد الممرضات}}{\text{عدد الراقدين في المستشفى}}$$

[1] جيلالي أمير، محاولة **د ا رسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراة في العل وم الإقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط ، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير: جامعة الج ا زئر 2008-2009 .ص40

مؤشرات خاصة بالإداريين:

$$\text{اداري / عامل بالمستشفى} = \frac{\text{عدد الاداريين}}{\text{عدد العمال بالمستشفى}}$$

ب .مؤشرات خاصة بتقييم الأداء للموارد المادية و المالية :و تشمل هذه المؤشرات ما يلي :

$$\text{معدل خلو الاسرة} = \frac{\text{عدد الاسرة في المستشفى X 360 يوم - مجموعة ايام العلاج في الستشفى}}{\text{عددحلات المرضى في المستشفى (فيما فيها الموتى)}}$$

و يقاس هذا المؤشر بكفاءة استغلال أسرة المستشفى خلال مدة زمنية معينة.

$$\text{عدد الاجهزة ة الطبية العاطلة عن العمل} = \frac{\text{عدد الاجهزة الطبية الكلي}}{\text{نسبة الاجهزة الطبية العاطلة}}$$

$$\text{نسبة عدد ساعات التوقف عن التشغيل} = \frac{\text{مجموع اساعات التوقف و التعطلات في ا الاجهزة الطبية}}{\text{مجموع ساعات التشغيل الفعلية}}$$

$$\text{معدل حصة المريض من الادوية} = \frac{\text{تكلفة الادوية المستخدمة}}{\text{عدد المرضى الكلي}}$$

$$\text{نسبة التلف في قناني الدم} = \frac{\text{عدد قناني الدم د التالفة}}{\text{عدد قناني الدم}}$$

$$\text{نسبة مصاريف الصيانة} = \frac{\text{مصاريف الصيانة الفعلية}}{\text{مجموع المبالغ المخصصة للصيانة}}$$

ج .مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية :و هي تشمل المؤشرات الفرعية التالية :

$$\text{نسبة الوفيات} = \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{عدد المرضى بالمستشفى}}$$

$$\text{معدل المكوث بالاستشفاء} = \frac{\text{مجموع أيام إقامة المرضى بالمستشفى}}{\text{عدد المرضى الراقدين}}$$

.. ويقيس هذا المعدل كفاءة الأقسام العلاجية داخل المستشفى، حيث كلما انخفضت مدة بقاء المريض داخل المستشفى، كلما دل على كفاءة النظم العلاجية و الطبية المتاحة، و ذلك بشرط شفاء المريض و رضاءه عن الخدمات العلاجية المقدمة و العكس صحيح.

أ.خدمات التغذية :قد يتخللها الكثير من أوجه التصور، ويتعلق الأمر بالتخطيط وشراء واستلام الأغذية وكيفية الإعداد والطهي والطبخ، ثم مرحلة توزيع وتقديم وجبات الطعام للمرضى.

ب .خدمات النظافة :و يتعلق الأمر بنظافة الغرف والافرشة و تنظيم الأسرة أو دورات المياه وغيرها.

ج.خدمات متعلقة بالأدوية و التجهيزات :مدى توافر الأدوية و التجهيزات الطبية الضرورية .

المطلب الثاني : قياس جودة الخدمات الصحية و العوامل المؤثرة فيها.

يعتبر قياس جودة الخدمات الصحية معيار من درجة تطابق الأداء الفعلي مع توقعات العملاء لهذه الخدمة.

1- قياس جودة الخدمات الصحية:

لقياس جودة الخدمات الصحية يمكن توضيح خمسة أبعاد و هي :

أ الجوانب الملموسة :يمكن إظهارها في:

* جاذبية المباني و التسهيلات المادية.
* حداثة المعدات و الأجهزة الطبية.
* مظهر الأطباء و العاملين.

ب الاعتمادية :و تشمل المتغيرات التالية:

* الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في مواعيد محددة.
* الدقة و عدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.
* الثقة بين الأطباء و الاختصاصيين.

* الحرص على حل مشكلات المريض.

ج.الاستجابة :و ذلك ب:

* السرعة في تقديم الخدمة الصحية.
* الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
* استعداد العاملين للتعاون مع المريض.

إخبار المريض في ضبط ميعاد الخدمة و الانتهاء منها.

د.الأمان :يتميز بعد الأمان بالمؤشرات التالية:

* المعرفة و المهارة المتخصصة للأطباء.
* الأدب و حسن الخلق لدى العاملين.
* استمرارية متابعة حالة المريض.
*دعم و تأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

هـ .التعاطف :و يتجلى في:

* تفهم احتياجات المريض.
* وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة و العاملين.
* ملائمة ساعات العمل و الوقت المخصص للخدمة المقدمة.
* تقدير ظروف المريض و التعاطف معه.
* العناية الشخصية بالمريض.

كما يمكن قياس جودة الخدمات الصحية من خلال عنصرين هما:

أ .العنصر التقني :يتعلق بتطبيق المعارف والمعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم في معالجة المشكلات الطبية، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها.

ب .العنصر النفساني :ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمات الصحية و المرضى وفقا للقيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام، وفي مواقف المرضى بشكل خاص، كما تقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات المريض واحتياجات المرضى، وأيضا من ناحية مستلزمات الراحة والمتعة في الإقامة باعتبارها مكملة للجوانب الاجتماعية والنفسية.

يظهر قياس جودة الخدمات الصحية في دراسة وتحديد توقعات المريض المستفيد من خدمة المؤسسات الصحية.

* وضع مواصفات محددة ومعلنة و مدروسة على كل مستوى من مستويات المؤسسات الصحية

و كذلك كأداة رسمية لتصميم الخدمات التي تتماشى مع توقعات المريض والمترددين على المستشفى.

* تقييم الأداء الفعلي للتعرف على مدى مقابلة الخدمات لتطلعات وتوقعات طالبي الخدمة

2- العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

هناك عدة عوامل تؤثر على جودة الخدمات الصحية و تتمثل هذه العناصر في :

أ .تحليل توقعات المريض :تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض، لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، و يمكن للمرضى أن يحققوا إد ا ركا تهم من خلال التمييز بين المستويات المختلفة النوعية و هي:

* **الجودة المتوقعة** :و هي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها.
* **الجودة المدركة** :تتمثل في إد ا رك جودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى.
* **الجودة القياسية** :قياس مستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة.
* **الجودة الفعلية** :و تظهر في اعتياد المستشفى لتقديم الخدمات للمرضى.

ب .تحديد جودة الخدمة :يجب على المستشفى أن يضع التحديد المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة .

ج .أداء العاملين :عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكوادر الطبية في المستشفى، فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب للطبيين والممرضين والإداريين من أجل أن يكون أداءهم في المستوى المطلوب و المناسب.

د .إدارة توقعات الخدمة :إن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المستشفى و الترويج و الإعلان في خارجها و يكون من الضروري على إدارة المستشفى أن لا تقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها نظرا لضخامتها أو عدم تجانسها في التنفيذ أو الضعف في التدريب أو الكفاءة اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك و هذا ينعكس بالتالي على عدم رضا المستفيد من الخدمة الصحية المتوقع حصولها .

المطلب الثالث :تنظيم و هيكلة الخدمات الصحية بالجزائر

لاقت الخدمات الصحية بالجزائر اهتماما كبيرا من أجل تطوير و تحسين المستوى الصحي للأفراد ، وذلك بتطبيق نظم الجودة للوصول إلى التغيير والتحسين المستمر والحفاظ على سلامة مستخدمي الخدمات الصحية.

1- تنظيم و هيكلة الخدمات الصحية بالجزائر:

تعتبر وزارة الصحة و السكان المسئول الأول عن تقديم الرعاية الصحية و توفير الدواء والعمل على رفع المستوى الصحي للأفراد في الجزائر، و القضاء على مشاكلهم، الطبية تلبيها المستشفيات الجامعية و الجهوية، ثم القطاعات الصحية و الوحدات القاعدية التابعة لها.

نظام الخدمات الصحية بالجزائر[1]

– على المستوى المركزي وزارة الصحة والسكان

– على مستوى الولاية المركز لكل 500000 يتولى تقييم الرعاية الصحية من الاستشفائي الجامعي الدرجة الثالثة لما يتوفر عليه من هياكل ضخمة و اختصاصات عديدة

– على مستوى الدائرة مستوى لكل 100000 ساكن يتولى الرعاية الصحية القطاع الصحي من الدرجة الثانية –

– على مستوى البلدية عيادات متعددة الخدمات لكل من 12000-20000 ساكن الاستعجالات – الاستشفاء

–الوحدات الصحية القاعدية لكل 2000 إلى 1000 ساكن و هي– المراكز الصحية و القاعات العلاجية . تتولى تقديم الخدمات الصحية الاولية.

تتمثل مختلف المستويات المشكلة للنظام الصحي في الجزائر ما يلي:

أ .**على المستوى المركزي** :والذي يتمثل في زارة الصحة والسكان.

ب .**على المستوى الولائي** :حيث نجد فيه :مديرية الصحة والسكان، إضافة إلى الراكز الاستشفائية الجامعية التي أنشئت في 1974 ، وتتمثل في إتحاد مركز استشفائي جهوي (660_700)سرير. ومعهد طبي، يتولى تقديم الخدمات الصحية وتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية، فهو يشرف على ثلاث ميادين، الميدان الصحي، ميدان التكوين، ميدان الدراسة والبحث.

ج .**على المستوى المحلي**(الدائرة و البلدية :)تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية على شكل قطاعات صحية، مؤسسات استشفائية عمومية ووحدات استشفائية مخصصة ووحدات صحية قاعدية، تتولى تحقيق احتياجات الافراد للحد من الضغط على الراكز الاستشفائية.

فيما يخص الخدمات الصحية فقد تمكنت الجزائر من تحقيق نتائج إيجابية ورائعة في تطوير الخدمات الصحية كما أن معدلات الاعمار في الزائر قد بلغت مستوى عالي بالنسبة للرجال و النساء، و جاء هذا التحسن نتيجة للجهود التي بذلتها من أجل تحسين الأوضاع الصحية، و ذلك من خلال وضع برنامج صحي سارت عليه وتمثلت نتائجه فيما يلي :

- تراجع الأمراض المعدية.
- ظهور و إرتفاع بعض الأمراض غير المعدية(مزمنة و مستعصية.)

[1] توهامي سهام ،مرجع سبق ذكره ص 85

- ارتفاع في الحوادث و الصدمات الناجمة عن العنف.

أما فيما يتعلق بالتوزيع الجغرافي للخدمات الصحية فإنه يعتبر التوزيع الأمثل للخدمات في مدن العالم الثالث بشكل خاص و عليه نستنتج أن توزيع الخدمات الصحية على السكان في عموم القطر لم تحقق الأهداف المطلوبة في تحقيق الكفاءة الصحية، وعليه يمكن القول أن الجزائر لم تصل إلى الدرجة المطلوبة لكي تؤدي خدمتها الصحية بكفاءة جيدة، مما يتطلب إعادة التوزيع المكاني وفق معايير منظمة الصحة العالمية، ومعايير وزارة الصحة والعدالة في التوزيع على مستوى القطاعات الصحية .

المبحث الثالث: جودة الخدمات في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية

بعد تعرضنا في الفصل الثالث لدراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر، سوف نتناول في هذا الفصل واقع جودة الخدمات على مستوى المؤسسات الصحية في **المدية**، ممثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية "محمد بوضياف". لكن قبل الخوض في كشف النقاب عن هذا الواقع، نرى من الضروري عرض منهجية الدراسة الميدانية من خلال أداة جمع البيانات، أسلوب تحليل البيانات، ومجتمع الدراسة وعينته؛ كما يلي:

المطلب الاول : منهجية الدراسة الميدانية

1- أداة جمع البيانات

لقد تم استخدام الاستبيان كأداة لجمع المعلومات المطلوبة للبحث. وارتأينا أن نقدم الاستبيان إلى الأطراف التالية:

- المرضى: كونهم مستقبلي الخدمات الصحية، وبالتالي محاولة معرفة استجاباتهم نحو حزمة الخدمات المقدمة على مستوى المستشفى.
- الأطباء وأفراد الطاقم شبه الطبي: وذلك لأن عملهم الأساسي ينصب على القيام بالتشخيص السليم للحالة المرضية ووصف وتقديم العلاج الملائم للمرضى؛ وبالتالي معرفة العراقيل التي تحول دون القيام بالدور المذكور.

لقد تم التأكد من صدق محتوى الاستبيان باستخدام أسلوب صدق المحكمين، وذلك للوصول إلى المسودة الأولى؛ ثم عرضت هذه الأخيرة على مجموعة من المتخصصين من أعضاء هيئة التدريس بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية بالجزائر العاصمة ، وبعض رؤساء المصالح في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية و المؤسسة العمومية لصحة الجوارية بالمدية ، بالإضافة إلى مسئول الطاقم شبه الطبي ومسؤول مكتب القبول بنفس المؤسسات.

وتمت الاستفادة من ملاحظاتهم واقتراحاتهم؛ للوصول إلى المسودة الثانية من الاستبيان. كما تم تجريب هذا الأخير للتأكد من وضوح العبارات، وأن الاستبيان يقيس ما صمم لقياسه.

2- أسلوب تحليل البيانات

تحقيقا لأهداف البحث، فقد تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية المتاحة في حزمة برنامج التحليل الإحصائي المعروف بـ " SPSS ". ومن تلك الأساليب تم استخدام التحليل الوصفي وما يندرج تحته من تحليل عبر النسب المئوية، والتكرارات .

مجتمع البحث وعينته

مجتمع البحث في هذه الدراسة عبارة عن مرضى وأطباء والطاقم شبه الطبي لمؤسستين صحية، تمثلت المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية و المؤسسة العمومية لصحة الجوارية بالمدية.

واختير هذا المجال المكاني للمسوغات التالية:

- محاولة الدراسة إعطاء صورة عن واقع الجودة على مستوى المنظومة الصحية، ممثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية و المؤسسة العمومية لصحة الجوارية بالمدية.

-تعد المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية من المنشآت الصحية الهامة في الولاية ، وقد صنفت من طرف وزارة الصحة في الصنف " أ ".

لقد تم اختيار مفردات عينة الدراسة داخل كل مؤسسة صحية باستخدام أسلوب العينة الاحتمالية العشوائية البسيطة.

واعتمدنا في تحديد حجم العينة على ما اقتراحه " روسكو" في حالة بحوث المتغيرات المتعددة، بأنه يجب أن يكون حجم العينة (10) عشرة أضعاف عدد المتغيرات في البحث.

- بالنسبة للمرضى: (16) متغيرا و (6) أبعاد، فان الحد الأدنى لحجم العينة هو 96.
- بالنسبة للأطباء: (13) متغيرا و(6) أبعاد، فان الحد الأدنى لحجم العينة هو 78.
- بالنسبة لأفراد الطاقم شبه الطبي: (12) متغيرا و(5) أبعاد، فان الحد الأدنى لحجم العينة هو 60.

وقد تمت تعبئة الاستبيانات من قبل المجيب ثم استلامها منه. واستغرق جمع المعلومات للمسح الأولي وللمسح النهائي الفترة الممتدة من 02 فيفري2019 إلى غاية 21 أفريل 2019، ثم تم الاكتفاء بما توصل إليه الطالب من معلومات.

وتضمن الاستبيان الخاص بالمرضى، المرفق في ملحق البحث رقم 02، المحاور التالية:

- المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

- المحور الثاني: استجابات المرضى نحو الاستقبال
- المحور الثالث: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات الطبية
- المحور الرابع: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات التمريضية
- المحور الخامس: استجابات المرضى نحو السرعة في الحصول على الخدمات الصحية
- المحور السادس: استجابات المرضى نحو الغرفة
- المحور السابع: استجابات المرضى نحو نظام التغذية

في حين شمل الاستبيان الخاص بالطاقم شبه الطبي على المحاور التالية:

- المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث
- المحور الثاني: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الوظيفة
- المحور الثالث: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكوين
- المحور الرابع: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام
- المحور الخامس: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل
- المحور السادس: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية
- المحور السابع: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

أما الاستبيان الخاص بالأطباء، فتضمن المحاور التالية:

- المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث
- المحور الثاني: استجابات الأطباء نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية
- المحور الثالث: استجابات الأطباء نحو التكوين
- المحور الرابع: استجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل وعراقيل العمل والأجر
- المحور الخامس: استجابات الأطباء نحو النظافة والالتهابات المكتسبة في المستشفى
- المحور السادس: استجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات

المطلب الثاني : البطاقة الفنية للمؤسسة العمومية الإستشفائية .

أولت الجزائر على غرار باقي الدول اهتماما متزايداً بقطاع الصحة منذ الاستقلال حيث تسعى جاهدة في تحسين الوضع الصحي للمواطن وضمان أداء خدمات صحية جيدة، من خلال إنشاء هياكل ومؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية عبر كامل القطر .

1- تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية:

بناءاً على المرسوم التنفيذي رقم 01-140 حسب المادة الثانية تعرف المؤسسة العمومية الإستشفائية " بأنّها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي."

كما تتكون المؤسسة العمومية الإستشفائية من هيكل التشخيص والعلاج والاستشفاء و اعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات.

2- مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية:

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية في الآتي :وذلك حسب المادة الرابعة من المرسوم التنفيذي رقم 01-140.

_ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج الشفائي والتشخيص واعادة التأهيل الطبي والإستشفاء.

_تطبيق برامج وطنية للصحة

_ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

_ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

ويمكن استخدام المؤسسة الاستشفائية ميداناً للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

3- وظائف المؤسسة العمومية الإستشفائية:

تتجلى خدمات المؤسسة العمومية الإستشفائية في ما يلي :

_على مستوى المصالح الصحية بإنشاء وحدات تقنية وأخرى إدارية.

_على مستوى المستخدمين حيث تسهر على ضمان الخدمات الطبية وتوفير العلاج وتقديم الرعاية الطبية بالإضافة إلى التوجيه ونشر الوعي الصحي لدى الأفراد المترددين على المؤسسة الإستشفائية ويمكن تلخيص الوظائف التي تقوم بها المؤسسة العمومية الإستشفائية:

**** **وظائف طبية** :تندرج تحت الوظائف الطبية العديد من الخدمات التالية:

* **الإسعافات الأولية أو العلاج السريع** :تختص معالجة الحالات البسيطة التي لا تتطلب إقامة المريض في المستشفى.

***العمليات الجراحية** :يتطلب هذا النوع من الخدمة إقامة بالمستشفى لفترة معينة وهذا قبل الجراحة للإشراف على المريض طبيا وتهيئته لإجراء الجراحة.

* **العلاج تحت إشراف طبي** :تتعلق هذه الخدمة بالمرضى الذين يخضعون لعلاج طبي يتطلب إقامة بالمؤسسة الإستشفائية واشراف المستمر عليهم.

* **العلاج الطبيعي**: يقدم هذا النوع من العلاج لمرضى العظام والأعصاب في الأغلب، حيث يتم في شكل جلسات محددة على فترات زمنية، وتحتاج لأجهزة ومعدات خاصة.

**** **وظائف فندقية** :هذه الوظائف تتمثل في خدمات فندقية بطبيعتها وهي موجهة لمرض الاستشفاء وتندرج هذه الوظائف:

* **الواجبات الغذائية** :يقوم إعدادها مطبخ المؤسسة الإستشفائية وتقدم للمرضى المتواجدين مع ملاحظة إعداد الوجبات تخضع لضوابط معينة حسب حالة كل مريض.

***الغسيل** :تقوم المؤسسة العمومية الإستشفائية بخدمات الغسيل كمفروشات المستشفى، الملابس الخاصة بالأطباء، الممرضات والمرضى.

**** **الاستقبال** :تختص هذه الوظيفة باستقبال المرضى والعشق المبدئي عليهم وتوجيههم إلى القسم المختص طبقا للحالة المرضية واثبات البيانات الخاصة بهم في سجلات مبدئية.

**** **الوظائف الإدارية**: تندرج تحت هذه المجموعة الوظائف كالعلاقات العامة والموارد البشرية والمحاسبةوالتمويل المشتريات والمخازن والصيانة والتنظيف .

المطلب الثالث : الدراسة الميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية" محمد بوضياف"بالمدية

1- تعريف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف" بالمدية :

تعد المؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف بالمدية أحد أهم المؤسسات الصحية لولاية ، تم افتتاحه في تاريخ 1958 م و هي مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، تعتبر أكبر مؤسسة تقدم الخدمات الصحية في المنطقة والولايات المجاورة لها .

الجدول(2.3): يوضح المصالح والوحدات الصحية للمؤسسة العمومية الإستشفائية "محمد بوضياف"

المصالح	عدد الأسرة	الوحدات
1- الاستقبال والفرز	10	الاستقبال والفرز
2- الاستعجالات الطبية الجراحية	10	استشفاء
3- طب الأطفال	30 20	- طب الأطفال - حديثي الولادة
5- جراحة الأطفال	30	استشفاء
6- أمراض النساء والتوليد	30 30	- أمراض النساء. - التوليد
7- الجراحة العامة	30 30	استشفاء الرجال استشفاء النساء

8- الإنعاش	15	استشفاء
9- جراحة العظام والرضوض	30 30	استشفاء الرجال استشفاء النساء
10- طب أمراض الأذن، الأنف والحنجرة	15 15	استشفاء الرجال استشفاء النساء
11- الطب الداخلي	30 30	استشفاء الرجال استشفاء النساء
12- طب العيون	15 15	استشفاء الرجال استشفاء النساء
13- طب امراض الرئة والصدر	10 10	استشفاء الرجال استشفاء النساء
14- طب الأمراض المعدية	15 15	استشفاء الرجال استشفاء النساء
15- طب أمراض الكلى وتصفية الدم	30	- طب أم ا رض الكلى. - تصفية الدم
16- مصلحة علم الأوبئة	/	
17- المخبر المركزي	/	- علم الأحياء المجهرية. - الكيمياء الحيوية. - بنك الدم. - التشريح المرضي
18- طب الاورام	10	
19- الأشعة المركزية	/	
20- التأهيل الوظيفي	/	
21- الطب الشرعي	/	- التشريح
22- الصيدلية	/	- تسيير المواد الصيدلانية - توزيع المواد الصيدلانية

المصدر :المديرية الصحة والسكان بولاية المدية مكتب الهياكل الصحية

ويشتمل على ما يلي:

- ستة مصالح جراحية وتخصصات طبية ، ويتعلق الأمر بـ :

جراحة العظام، طب العيون، جراحة عامة، جراحة الأطفال ، جراحة الأذن الأنف الحنجرة ، جراحة طب أمراض النساء.

- ثمنية مصالح طبية: وتتمثل فيما يلي:

الإنعاش الطبي، طب الأطفال، طب الداخلي، ، طب الأمراض الصدرية، طب أمراض الكلى وتصفية الدم ، طب الأمراض المعدية ، مصلحة لطب النساء والتوليد.

- استعجالات طبية

- مصالح بدون استشفاء: طب الاورام ، طب العمل والطب الشرعي، مكافحة الأوبئة والطب الوقائي.

- خمسة مصالح طبية تقنية : ويتعلق الأمر بما يلي: التصوير الطبي، المخبر المركزي للبيولوجيا، مركز حقن الدم، مخبر التشريح وأمراض الخلايا، الصيدلية المركزية.

ويمكن عرض توزيع عدد الأسرة وعدد الأطباء وشبه الطبيين في الجدول التالي:

الجدول(3.3): عدد الأسرة وعدد الأطباء وشبه الطبيين في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية **في أفريل 2019**

	عدد الأسرة	عدد الأطباء	عدد شبه الطبيين
المصالح الطبية			
- الطب الداخلي	60	7	12
- طب الأمراض الصدرية	20	6	8
- طب الأطفال	45	15	18
- طب الكلى	30	6	9
- طب النساء والتوليد	60	10	32
-طب الامراض المعدية	30	9	11
- طب الانعاش	20	10	13
-طب الاستعجالات	20	17	15
المصالح الجراحية			
- جراحة عامة	60	18	18
- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء	60	8	11
- جراحة الأذن الأنف الحنجرة	30	9	10
- جراحة العيون	30	9	12
- جراحة الطفال	30	12	9
-جراحة أمراض النساء	3	13	15

المصدر: - مكتب القبول (عدد الأسرة)

- رؤساء المصالح والمراقبين الطبيين (عدد الأطباء وعدد شبه الطبيين)

يوضح الجدول أعلاه أن كل من مصلحة الطب الداخلي و لطب النساء والتوليد شكلتا أكبر نسبة من حيث عدد الأسرة، وهذا بالنسبة للمصالح الطبية. أما على مستوى المصالح الجراحية، فلاحظنا أن مصلحتي جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء ومصلحة جراحة العامة شملتا أكبر عدد من الأسرة.أما فيما تعلق بعدد الأطباء، لاحظنا أنه شكل أكبر عدد في مصلحة طب الاطفال و طب التوليد، وهذا على مستوى المصالح الطبية.

بينما على مستوى المصالح الجراحية، شكلت كل من مصلحة جراحة طب الاطفال ومصلحة جراحة العامة أكبر نسبة .

وفيما يخص عدد شبه الطبيين، فلاحظنا أن مصلحتي طب الاطفال و طب التوليد ، شكلتا أكبر نسبة على مستوى المصالح الطبية. أما على مستوى المصالح الجراحية، فيتبين أن مصلحة الجراحة العامة مثلت أكبر مصلحة من حيث عدد شبه الطبيين .

كما يمكن عرض تطور متوسط المكوث للاستشفاء في الجدول التالي:

الجدول(4.3) : تطور متوسط المكوث للاستشفاء (DMS) حسب المصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية

	2015	2016	2017	2018
المصالح الطبية				
- الطب الداخلي	11.91	10.50	09.87	17.54
- طب الأمراض الصدرية	12.03	16.04	12.53	09.80
- طب الأطفال	12.62	17.74	11.54	16.79
- طب الكلى	7.15	9.81	9.33	8.87
- طب النساء والتوليد	6.02	9.13	9.57	7.86
-طب الامراض المعدية	15.28	38.04	21.37	17.20
- طب الانعاش	22.89	15.13	15.79	07.89
-طب الاستعجالات	15.00	16.6	14.63	19.34
المصالح الجراحية				
- جراحة عامة	20.1	16.5	08.78	07.00
- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء	7.81	11.21	8.54	5.98
- جراحة الأذن الأنف الحنجرة	9.9	5.5	9.45	7.13
- جراحة العيون	6.02	8.04	7.24	5.09
- جراحة الطفال	15.33	11.13	10.04	12.23
-جراحة أمراض النساء	4.6	3.9	10.6	8.1

المصدر: خلية حساب التكاليف (مكتب القبول)

يتجلى من الجدول أن مصلحة أمراض طب الأمراض الصدرية و طب الأطفال شكلت أكبر متوسط مكوث للاستشفاء على مستوى المصالح الطبية. أما على مستوى المصالح الجراحية، فسجلت جراحة االعامة أكبر نسبة وهذا خلال سنة 2016.

كما نعرض تطور متوسط شغل الأسرة في الجدول التالي:

الجدول(5.3): تطور متوسط شغل الأسرة (TOM) حسب المصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية

	2015	2016	2017	2018
المصالح الطبية				
- الطب الداخلي	59.1	66.88	65.98	25.23
- طب الأمراض الصدرية	57.32	80.19	70.63	87.11
- طب الأطفال	83.63	92.2	74.67	92.94
- طب الكلى	51.38	71.54	67.51	71.67
- طب النساء والتوليد	61.56	69.17	54.46	67.87
-طب الامراض المعدية	54.67	57.45	53.78	69.34
- طب الانعاش	45.87	42.34	47.98	45.76
-طب الاستعجالات	31.34	30.65	30.71	32.56
المصالح الجراحية				
- جراحة عامة	56.12	74.85	73.51	71.40
- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء	79.62	80.38	76.59	72.50
- جراحة الأذن الأنف الحنجرة	60.88	51.38	51.51	42.69
- جراحة العيون	37.86	48.56	56.93	33.30
- جراحة الطفال	67.22	54.8	39.98	51.4
-جراحة أمراض النساء	32.22	36.87	43.24	34.22

المصدر : خلية حساب التكاليف

يلاحظ من الجدول أعلاه أن مصلحة طب الأطفال سجلت أكبر متوسط شغل للأسرة، على مستوى المصالح الطبية سنتي 2016 و2018 في حين سجل على مستوى المصالح الجراحية أكبر متوسط شغل للأسرة في مصلحة جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء.

2- إستجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة

تضمن هذا الاستبيان، كما أسلفنا الذكر، سبعة محاور نعرضها كما يلي:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

تمثلت الخصائص الديموغرافية في: العمر، الحالة الاجتماعية، مدة الإقامة، محل الإقامة، والجنس؛ والتي نقدمها في الجدول التالي:

الجدول(6.3):الخصائص الديموغرافية لعينة البحث(المرضى-المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة						المجموع
العمر	الفئة	15-24	25-34	35-44	45-55	أكثر من 55	
	العدد	22	31	14	26	28	121
	النسبة	%18.2	%25.6	%11.6	21.5	%23.1	%100
الحالة الاجتماعية	الفئة	متزوج		أعزب			
	العدد	72		49			121
	النسبة	%59.5		%40.5			%100
مدة الإقامة	الفئة	2-7	8-15	16-23	24-31	أكثر من شهر	
	العدد	52	33	10	15	11	121
	النسبة	%43	%27.3	%8.3	%12.4	%9.1	%100
محل الإقامة	الفئة	مدينة المدية		خارج مدينة المدية			
	العدد	61		60			121
	النسبة	%50.4		% 49.6			%100
الجنس	الفئة	ذكر		أنثى			
	العدد	54		67			121
	النسبة	%44.6		%55.4			%100

المصدر: من اعداد الباحث

انطلاقا من الجدول أعلاه، يمكن أن نسجل الملاحظات التالية:

- نسبة الإناث أكبر بـ 10.8% من نسبة الذكور.
- 43.8 % من عينة الدراسة شباب.
- تقريبا 60% من المستجوبين متزوجين .
- عينة الدراسة متساوية تقريبا من حيث محل الإقامة.
- تقريبا نصف المستجوبين (43 %) كانت مدة إقامتهم تنتمي للفئة [2-7]، ثم تأتي بعد ذلك الفئة [8-15]، بعدها ترتب الفئات تصاعديا [24-31] ، أكثر من شهر، [16-23] على التوالي.

المحور الثاني: استجابات المرضى نحو الاستقبال

يشمل هذا المحور إستجابات المرضى نحو طبيعة الاستقبال على مستوى مصلحة القبول، والمصلحة المعالجة.

1- استجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول (الدخول) يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول((**7.3**):استجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول (الدخول)

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	4	3.3
- راضي	106	87.6
- غير راض	9	7.4
- غير راض تماما	2	1.7
المجموع	121	100

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الرضا (راضي جدا وراضي) كبيرة جدا، حيث مثلت90.9%.

2- استجابات المرضى نحو نوعية الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول((**8.3**): استجابات المرضى نحو نوعية الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	10	8.3
- راضي	102	84.3
- غير راض	8	6.6
- غير راض تماما	1	0.8
المجموع	121	100

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الرضا (راضي جدا وراضي) كبيرة جدا، حيث مثلت 92.6%.

المحور الثالث: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات العلاجية

شمل هذا المحور إستجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء، ومدى حصولهم على المعلومات منهم.

1-إستجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء

بإمكاننا عرضها في الجدول التالي:

الجدول((**9.3**):إستجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء

	التكرار	النسبة
- مهتمين جدا	12	9.9
- مهتمين	39	32.2
- متوسـطو الإهتمام	47	38.8
غير مهتمين تماما	23	19.0
المجموع	121	100

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة الإهتمام (مهتمين جدا ومهتمين) (42.1%) قليلة مقارنة بنسبة متوسطو الإهتمام (38.8%)، بالإضافة إلى وجود نسبة لا يستهان بها من عدم الإهتمام الكلي، حيث شكلت (19%) .

وقد يعود عدم الاهتمام هذا، إلى الظروف التي يمارس فيها الطاقم الطبي نشاطه.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- مدة الإقامة:

	مهتمين جدا	مهتمين	متوسطو الإهتمام	غير مهتمين تماما	المجموع
7-2	5	12	21	14	52
15-8	4	15	11	3	33
23-16	2	4	2	2	10
31-24	-	4	7	4	15
أكثر من شهر	1	4	6	-	11
المجموع	12	33	47	23	121

يتضح من خلال الجدول أن نسبة عدم الإهتمام كانت كبيرة عند المرضى الذين تتراوح مدة إقامتهم من يومين إلى سبعة أيام. وقد يرجع ذلك إلى حاجة المريض للاهتمام خاصة في الأيام الأولى من الاستشفاء.

ب- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- مهتمين جدا	6	6	12
- مهتمين	20	19	39
- متوســـــــطو الإهتمام	17	30	47
غير مهتمين تماما	11	12	23
المجموع	54	67	121

نلاحظ بناءا على الجدول أن نسبة الإهتمام وعدم الإهتمام متساوية عند الذكور ، بينما عند الإناث كانت نسبة عدم الإهتمام (62.68%) أكبر من نسبة الإهتمام (37.32%) .

2- إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات (الشروحات) من طرف الأطباء

يمكن تقديم إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات في الجدول التالي:

الجدول((**10.3**) : إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات (الشروحات) من طرف الأطباء

	التكرار	النسبة
- دائما	4	3.3
- غالبا	54	44.6
- نادرا	48	39.7
- أبدا	15	12.4
المجموع	121	100

يتضح انطلاقا من الجدول أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأن الأطباء يقدمون لهم شروحات ومعلومات عن حالتهم الصحية مثلت تقريبا نصف العينة 47.9% (بين من أجابوا بـ "دائما" 3.3 % وغالبا 44.6%)، بينما هناك نسبة 39.7% من أجابوا بأنهم نادرا ما يحصلون على شروحات، وهي نسبة معتبرة، ربما تؤثر على الجانب النفسي للمرضى.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- مدة الإقامة:

	دائما	غالبا	نادرا	أبدا	المجموع
7-2	1	25	20	6	52
15-8	2	11	15	5	33
23-16	-	7	3	-	10
31-24	1	5	7	2	15
أكثر من شهر	-	6	3	2	11
المجموع	4	54	48	15	121

يتجلى من خلال الجدول أن المرضى الذين لم تقدم لها شروحات كافية عن حالتها الصحية، كانت مدة إقامتهم تنتمي للفئات التالية: [7-2] ،[15-8] ،[31-24] ، حيث مثلت نسبة من أجابوا "نادرا"على التوالي:38.46% ،45.45% ، 60% .

ب- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- دائما	6	6	12
- غالبا	20	19	39
- نادرا	17	30	47
- أبدا	11	12	23
المجموع	54	67	121

يتضح انطلاقا من الجدول أن نسبة الذين أجابوا بأن الأطباء نادرا ما يقدموا لهم شروحات حول حالتهم الصحية كانت أعلى بقليل عند الإناث(44.77%)، من تلك المسجلة عند الذكور(31.48%).

المحور الرابع: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات التمريضية

يتضمن هذا المحور إستجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي، ورضاهم على درجة التكفل بهم.

1 – استجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول((**11.3**): استجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي

	التكرار	النسبة
– دائما	5	4.1
– غالبا	52	43
– نادرا	48	39.7
– أبدا	16	13.2
المجموع	121	100

يتضح من خلال الجدول أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأن أفراد الطاقم شبه الطبي لم يكونوا متخلقين ولطفاء أبدا أو كانوا نادرا كذلك بلغت 52.9%؛ وهي نسبة معتبرة يجب الالتفات إليها، لأن طبيعة المعاملة مع المرضى قد تؤثر على الجانب النفسي ،ومن تم على فترة الاستشفاء ، خاصة أن الطاقم شبه الطبي قد يتعامل في أغلب الأحيان مع المرضى أكثر من الطاقم الطبي .

وقد يرجع ذلك إلى عدم تكوين أفراد الطاقم شبه الطبي مثل هذا الجانب السلوكي (تقنيات التواصل مع الغير).

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ– مدة الإقامة:

	دائما	غالبا	نادرا	أبدا	المجموع
7-2	–	26	20	6	52
15-8	2	16	9	6	33
23-16	1	4	4	1	10
31-24	–	3	11	1	15
أكثرمن شهر	2	3	4	2	11
المجموع	5	52	48	16	121

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسب المجيبين بأن أفراد الطاقم شبه الطبي لم يكونوا متخلقين ولطفاء أبدا أو كانوا نادرا كذلك، كانت متساوية تقريبا في جميع الفئات ماعدا في فئة مدة الإقامة [24-31]، حيث مثلت نسبة المجيبين بأن أفراد الطاقم شبه الطبي كانوا غير متخلقين وغير لطفاء نادرا (73.33%).

وقد يعود ذلك إلى أن طول فترة الاستشفاء تجعل المريض أكثر احتكاكا مع أفراد الطاقم شبه الطبي.

أ- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- دائما	4	1	5
-غالبا	24	28	48
- نادرا	18	30	52
- أبدا	8	8	16
المجموع	54	67	121

يتبين من الجدول السابق أن نسبة المجيبات (44.77%) بأن أفراد الطاقم شبه الطبي لم يكونوا متخلقين ولطفاء أبدا كانت أعلى من نسبة المجيبين(33.33%) .

3- واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي

من أجل معرفة واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي، نظرا لارتباطه الوثيق بنوعية الخدمات المقدمة للمرضى، قمنا بتحليل الاستبيان الخاص بهذه الفئة؛ والذي شمل سبعة محاور، كما يلي:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

شملت الخصائص الديموغرافية: العمر،الحالة الاجتماعية، الرتبة، الجنس. والتي يمكن أن نعرضها في الجدول التالي:

الجدول(12.3):الخصائص الديموغرافية لعينة البحث(الطاقم شبه الطبي)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة						المجموع
العمر	الفئة	25-20	31-26	37-32	43-38	أكثر من 43	
	العدد	15	11	24	13	6	69
	النسبة	%21.7	%15.9	%34.8	%18.8	%8.7	%100
الحالة الاجتماعية	الفئة	متزوج		أعزب			
	العدد	39		30			69
	النسبة	%56.5		%43.5			%100
الرتبة	الفئة	حاصل على شهادة دولة*		مؤهل*			
	العدد	61		8			69
	النسبة	%88.40		%11.60			100
الجنس	الفئة	ذكر		أنثى			
	العدد	27		42			69
	النسبة	%39.1		%60.9			%100

انطلاقا من الجدول، يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- يفوق صنف الإناث(60.9%) صنف الذكور(39.1%)
- تمثل الفئة العمرية [37-32] أكبر فئة (34.8%) تأتي بعدها الفئتين [25-20] و[38-43].
- كانت نسبة المتزوجين(56.6%) أعلى بـ 13 % من نسبة العزاب (43.5 %).
- مثلت نسبة الحاصلين على شهادة الدولة 88.40% مقابل 11.60% من المؤهلين.

* ممرض حاصل على شهادة دولة Infirmier diplômé d'état

* مؤهل Breveté

المحور الثاني: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة

يمكن تمثيل هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(13-3):استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	11	15.9
- راضي	25	36.2
- غير راض	20	29.0
- غير راض جدا	13	18.8
المجموع	69	100

يتضح من خلال الجدول أنه تقريبا نصف العينة(47.8%) غير راضين عن الوظيفة التي يقومون بها، وهذا أمر خطير قد يعتبر سبب في ارتفاع معدلات ترك العمل، وما يترتب عنها من نتائج غير محمودة.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الرتبة كما يلي:

الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
- راضي جدا	9	2	11
- راضي	22	3	25
- غير راض	19	1	20
- غير راض جدا	11	2	13
المجموع	61	8	69

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت (37.5%) عند المؤهلين، بينما شكلت (49.18%) عند الحاصلين على شهادة دولة.

المحور الثالث: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكوين

يتضمن هذا المحور إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو فرص التكوين المستمر ودرجة ملائمته.

1 – إستجابات طاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(14.3): إستجابات طاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر

	التكرار	النسبة
- نعم	19	27.5
- لا	50	72.5
المجموع	69	100

يتبين انطلاقا من الجدول أن نسبة معتبرة(72.5%) من أفراد العينة قد أجابوا بعدم استفادتهم من التكوين المستمر؛ وقد يدل ذلك على غياب مخطط تكوين واضح المعالم.

وبإمكاننا تحليل النسبتين السابقتين حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
- نعم	18	1	19
- لا	43	7	50
المجموع	61	8	69

نلاحظ من الجدول أن نسبة 70.49% من الحاصلين على شهادة دولة لم يستفيدوا من تكوين مستمر مقابل 87.5% من المؤهلين.

ب- السن:

	25-20	31-26	37-32	43-38	أكثرمن44	المجموع
- نعم	6	-	7	4	2	19
- لا	9	11	17	9	4	50
المجموع	15	11	24	13	6	69

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة الذين أجابوا بـ" لا" اختلفت حسب الفئات العمرية ، وكانت على الترتيب: [31-26] 100%، [37-32] 70.83%، [43-38] 69.23%، أكثر من 44 سنة :66.66%، [25-20] 60%.

ج- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- نعم	6	13	19
- لا	21	29	50
المجموع	27	42	69

يتبين انطلاقا من الجدول أن من بين الذين أجابوا بعدم استفادتهم من تكوين مستمر هناك 58% إناث مقابل 42% ذكور.

2- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(15.3):استجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

	التكرار	النسبة
ملائم جدا	5	7.2
ملائم	5	7.2
غير ملائم	7	10.1
غير ملائم جدا	2	2.9
عدم الإجابة	50	72.5
المجموع	69	100

يلاحظ من خلال الجدول أن عدم الإجابة، والتي تمثلت في نسبة 72.5% تشكل نسبة المجيبين بعدم استفادتهم من فرصة تكوين مستمر. أما الذين أجابوا بأنهم استفادوا من تكوين مستمر، فكانت نسبة الملائمة (ملائم جدا وملائم) (52.3%)، ونسبة عدم الملائمة (47.37%) متساويتين تقريبا.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الجنس كما يلي:

الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
ملائم جدا	1	4	5
ملائم	2	3	5
غير ملائم	3	4	7
غير ملائم تماما	-	2	2
المجموع	6	13	19

يتضح من الجدول أن نسبة الملائمة كانت تقريبا متساوية عند الذكور والإناث من نسبة عدم الملائمة.

المحور الرابع: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام

يتضمن هذا المحور إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام، كما يلي:

1- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(16.3):إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	4	5.8
- راضي	14	20.3
- غير راض	26	37.7
- غير راض جدا	20	29.0
- عدم الإجابة	5	7.2
المجموع	69	100

نلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا (غير راض وغير راض جدا) (66.7%) أكبر من نسبة الرضا (26.1%). مما يفسر أن بعض الأنشطة التي يقوم بها الطاقم شبه الطبي غير مؤطرة، وبالتالي فهي غير موجهة، مما قد يخلق العشوائية وعدم التخصص في العمل (تداخل المسؤوليات).

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
- راضي جدا	4	-	4
- راضي	12	2	14
- غير راض	23	3	26
- غير راض جدا	17	3	20
المجموع	56	8	64

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا (غير راض وغير راض جدا) مثلت (71.42%) عند الحاصلين على شهادة دولة مقابل (75%) بالنسبة للمؤهلين.

ب- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- راضي جدا	2	2	4
- راضي	5	9	14
- غير راض	11	15	26
- غير راض جدا	6	14	20
المجموع	24	40	64

يتضح من الجدول أن نسبة الإناث غير الراضيات عن التأطير (72.5%) أكبر بقليل من نسبة الذكور (70.83%) .

2- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(17.3): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام

	التكرار	النسبة
- واضحة جدا	11	15.9
- واضحة	15	21.7
- غير واضحة	26	37.7
- غير واضحة تماما	17	24.6
المجموع	69	100

نلاحظ من خلال الجدول أن أفراد العينة الذين يرون أن المهام غير واضحة (غير واضحة وغير واضحة تماما) (62.3%)، وهي نسبة جديرة بالالتفات، لأن عدم وضوح المهام قد يؤدي إلى أخطاء وتداخل في المسؤوليات، مما يؤثر على خدمة المريض إجمالا.

وقد يرجع عدم وضوح المهام إلى غياب وصف وظيفي واضح المعالم.

ويمكن تحليل النسب حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
- واضحة جدا	-	7	2
- واضحة	-	9	3
- غير واضحة	1	17	8
- غير واضحة تماما	2	8	6
المجموع	3	41	19

نلاحظ من الجدول أن نسبة المجيبين بأن المهام غير واضحة شكلت (67.21%) عند الحاصلين على شهادة دولة مقابل (25%) عند المؤهلين.

ب- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- واضحة جدا	4	7	11
- واضحة	2	13	15
- غير واضحة	14	12	26
- غير واضحة تماما	7	10	17
المجموع	27	42	69

نلاحظ من الجدول أن نسبة المجيبين بأن المهام غير واضحة كانت أعلى عند الذكور(77.77%) منه عند الإناث(52.38%).

المحور الخامس: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل

يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

الجدول(18.3):استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	3	4.3
- راضي	11	15.9
- غير راض	15	21.7
- غير راض جدا	38	55.1
- عدم الإجابة	2	2.9
المجموع	69	100

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن ظروف العمل كبيرة (76.8%) مقابل نسبة الرضا تقدر بـ 20.2% .

ويمكن تحليل النسب السابقة وفق الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
- راضي جدا	3	-	3
- راضي	10	1	11
- غير راض	12	3	15
- غير راض جدا	34	4	38
المجموع	59	8	67

نلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن ظروف العمل مثلت 77 %عند الحاصلين على شهادة الدولة مقابل 87.5 % عند المؤهلين.

ب- الجنس:

	راضي جدا	راضي	غير راض	غير راض جدا	المجموع
- ذكر	1	2	7	16	26
- أنثى	2	9	8	22	41
المجموع	3	11	15	38	67

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة عدم الرضا عند الذكور (88.46%) أعلى من تلك المسجلة عند الإناث (73.17%).

المحورالسادس: استجابات الطاقم الشبه الطبي نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية

يشمل هذا المحور علاقة الطاقم شبه الطبي فيما بينهم وعلاقتهم مع كل من الأطباء والمرضى.

1- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم

يمكن بلورة هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(19.3):استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	25	36.2
- راضي	28	40.6
- غير راض	9	13.0
- غير راض جدا	4	5.8
- عدم الإجابة	3	4.3
المجموع	69	100

يتبين من الجدول أن هناك نسبة كبيرة من الرضا بين أفراد العينة عن العلاقة بينهم وبين زملائهم تقدر بـ 76.8% مقابل نسبة عدم الرضا تقدر بـ 18.8% .

وهذا أمر ايجابي، قد يدعم روح الفريق ويؤثر إيجاب على مستوى جودة الخدمة المقدمة.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
- راضي جدا	20	5	25
- راضي	26	2	28
- غير راض	9	-	9
- غير راض جدا	3	1	4
المجموع	58	8	66

يتضح انطلاقا من الجدول أن نسبة الرضا كانت عالية على مستوى الرتبتين، حيث شكلت 79.31 % عند الحاصلين على شهادة دولة و 87.5% عند المؤهلين.

ب- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- راضي جدا	11	14	25
- راضي	9	19	28
- غير راض	5	4	9
- غير راض جدا	1	3	4
المجموع	26	40	66

نلاحظ بناءا على الجدول أن نسبة الرضا كانت أكبر عند صنف الإناث (82.5%) عنه عند صنف الذكور(76.92%) . أما نسبة عدم الرضا، فكانت عند الذكور (23.07%) أكبر منه عند الإناث(17.5%) .

2- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الطاقم الطبي

يمكن إبراز هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(20.3):استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الطاقم الطبي

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	20	29.0
- راضي	32	46.4
- غير راض	9	13.0
- غير راض جدا	7	10.1
- عدم الإجابة	1	1.4
المجموع	69	100

يلاحظ على أساس الجدول أعلاه أن نسبة الرضا عموما كبيرة (75.4%)، مقابل نسبة عدم رضا قدرت بـ 23.1%؛ وهي نسبة مشجعة قد تدعم روح التعاون والانسجام.

وبإمكاننا تحليل معطيات الجدول على أساس الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة الدولة	مؤهل	المجموع
- راضي جدا	19	1	20
- راضي	28	4	32
- غير راض	8	1	9
- غير راض جدا	5	2	7
المجموع	60	8	68

يتضح من الجدول أن نسبة الرضا كانت كبيرة من نسبة عدم الرضا، وشكلت 78.33% عند الحاصلين على شهادة دولة و62.5% عند المؤهلين.

ب-الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- راضي جدا	5	15	20
- راضي	15	17	32
- غير راض	6	3	9
- غير راض جدا	1	6	7
المجموع	27	41	68

يتبين من الجدول أن نسبة الرضا أكبر بقليل في صنف الإناث (78.04%) منه في صنف الذكور(74.07%)، بينما نسبة عدم الرضا فكانت العكس.

1- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(21.3): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى

	التكرار	النسبة
- حسنة جدا	14	20.3
- حسنة	25	36.2
- عادية	23	33.3
- سيئة	5	7.2
- سيئة تماما	1	1.4
- عدم الإجابة	1	1.4
المجموع	69	100

نلاحظ بناءا على الجدول أن 56.5% من أفراد عينة الدراسة يرون أن العلاقة بينهم وبين المرضى حسنة (حسنة وحسنة جدا)، بينما 33% يرون أنها عادية، في حين أجاب 7.2% منهم أن العلاقة سيئة.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
حسنة جدا	12	2	14
حسنة	21	4	25
عادية	21	2	23
سيئة	5	-	5
سيئة جدا	1	-	1
المجموع	60	8	68

يتضح من الجدول أن نسبة الذين أجابوا بأن العلاقة بينهم وبين المرضى حسنة، كانت(55%) عند الحاصلين على شهادة دولة، مقابل 75% عند المؤهلين.

ب- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- حسنة جدا	3	11	14
- حسنة	10	15	25
- عادية	12	11	23
- سيئة	2	3	5
- سيئة جدا	-	1	1
المجموع	27	41	68

يلاحظ من الجدول أن نسبة الإناث المجيبات (63.41%) بأن العلاقة بينهم وبين المرضى حسنة كانت أكبر من نسبة الذكور(48.14%) .

4- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(22.3):إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	13	18.8
- راضي	34	49.3
- غير راض	15	21.7
- غير راض جدا	7	10.1
المجموع	69	100

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة الراضين عن التكفل بالمرضى بلغت (68.12%)، مقابل نسبة عدم رضا تساوي (31.8%).

ونرى أن هذه الأخيرة جديرة بالدراسة والتحليل، وقد يرجع ذلك إلى ظروف العمل أو إلى غياب نظام رقابي، كما أسلفنا الذكر.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
- راضي جدا	9	4	13
- راضي	31	3	34
- غير راض	14	1	15
- غير راض تماما	7	-	7
المجموع	61	8	69

نلاحظ من الجدول أن نسبة الرضا بلغت(65.57%) عند الحاصلين على شهادة دولة، مقابل (87.5%) عند المؤهلين.

ب-الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- راضي جدا	4	9	13
- راضي	15	19	34
- غير راض	7	8	15
- غير راض تماما	1	6	7
المجموع	27	42	69

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة الذكور (70.37%) الراضون عن التكفل بالمرضى أكبر من نسبة الإناث (66.66%)، بينما نسبة عدم الرضا عند الإناث (33.33%) أكبر من الذكور(29.63%) .

5- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(23.3):إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية

	التكرار	النسبة
- نعم	47	68.1
- لا	22	31.9
المجموع	69	100

يلاحظ من خلال الجدول أن نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأنهم يتكفلون بالمرضى من الناحية النفسية (68.1%) أكبر من الذين أجابوا بالنفي (31.9%)؛ لكن تبقى النسبة الأخيرة معتبرة، وذلك أن الجانب النفسي مهم جدا ،لأنه قد يؤثر على درجة تعافي وشفاء المريض.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	حاصل على شهادة دولة	مؤهل	المجموع
- نعم	41	6	47
- لا	20	2	22
المجموع	61	8	69

يتضح بناءا على الجدول أن نسبة الحاصلين على شهادة دولة الذين أجابوا بأنهم يتكفلون بالمرضى نفسيا شكلت (67.21%)، مقابل (75%) عند المؤهلين.

ب- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- نعم	18	29	47
- لا	9	13	22
المجموع	27	42	69

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الذكور الذين أجابوا بأنهم يتكفلون بالمرضى نفسيا(66.66%) كانت أقل بقليل من نسبة الإناث(69.04%).

المحور السابع : استجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(24.3): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	3	4.3
- راضي	7	10.1
- غير راض	25	36.2
- غير راض تماما	34	49.3
المجموع	69	100

يلاحظ على أساس الجدول أن 85.5%من أفراد العينة غير راضيين عن النظافة. وبالتالي كانت الإجابات في نفس اتجاه إجابات المرضى.

الاقتراحات:

يمكن عرض الاقتراحات الخاصة بالطاقم شبه الطبي في الجدول التالي:

الجدول(25.3):الاقتراحات الخاصة بالطاقم شبه الطبي

	التكرار	النسبة
التكوين + الوسائل	16	23.2
التكوين + الأجر	8	11.6
ظروف العمل+ النظافة	3	4.3
التكوين+ النظافة	7	10.1
الوسائل+ الأجر	9	13.0
التكوين+ الوسائل+ الأجر	1	1.4
النظافة+ ظروف العمل+ الأجر	3	4.3
التكوين+ ظروف العمل+ الأجر	3	4.3
التكوين+ الوسائل+ الأجر+ النظافة	2	2.9
تحديد المهام+ النظافة	7	10.1
عدم الإجابة	10	14.5
المجموع	9	100

نلاحظ بناءا على الجدول أن الاقتراحات ركزت بشكل أساسي على (الوسائل والتكوين) ثم على (الوسائل والأجر)، بعد ذلك(تحديد المهام والنظافة)، إلى جانب ظروف العمل.

4- واقع الرضا الوظيفي لدى الأطباء

من أجل معرفة واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم الطبي، نظرا لارتباطه الوثيق بنوعية الخدمات المقدمة للمرضى، قمنا بتحليل الاستبيان الخاص بهذه الفئة؛ والذي شمل ستة محاور، كما يلي:

المحور الأول : الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

يمكن تمثيل الخصائص الديموغرافية لعينة البحث في الجدول التالي:

الجدول(26.3) الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الأطباء)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة					المجموع
العمر	الفئة	32-27	38-33	44-39	أكثر من 44	
	العدد	53	14	6	2	69
	النسبة	%70.0	%18.7	%8.0	%2.7	%100
الحالة الاجتماعية	الفئة	متزوج		أعزب		
	العدد	26		49		75
	النسبة	%34.7		%65.3		%100
الرتبة	الفئة	مقيم		أستاذ مساعد		
	العدد	55		20		75
	النسبة	%73.33		%26.33		%100
الجنس	الفئة	ذكر		أنثى		
	العدد	40		35		75
	النسبة	%53.3		%46.7		%100
محل الإقامة	الفئة	الجزائر العاصمة		خارج الجزائر العاصمة		
	العدد	61		14		75
	النسبة	%81.3		%18.7		%100

بناءا على الجدول أعلاه يمكن عرض الملاحظات التالية:

- عينة الدراسة تقريبا متساوية من حيث الجنس، بزيادة نسبة الذكور تقدر بـ 6.66% .
- تتشكل عينة الدراسة من % 65.3 أعزب و34.7% متزوج ، وبالتالي هناك هيمنة للعزاب.
- أفراد عينة الدراسة في غالبيتهم من المقيمين (73.3%).
- ينتمي غالبية أفراد العينة(70.7%) إلى الفئة العمرية [27-32] .
- غالبية أفراد العينة (81.3%) من الجزائر العاصمة.

المحور الثاني: استجابات الأطباء نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية

تمثلت الأطراف الأساسية في كل من المرضى، الزملاء (الأطباء بمختلف رتبهم) و الطاقم شبه الطبي.

1- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(27.3):استجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	23	30.7
- راضي	48	64.0
- غير راض	4	5.3
المجموع	75	100

نلاحظ أن نسبة الرضا كبيرة، حيث شكلت 94.7%؛ بينما مثلت نسبة عدم الرضا 5.3% فقط. وهذا أمر جيد قد يسهل عملية العلاج.

2- استجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(28.3):استجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	8	10.7
- راضي	57	76.0
- غير راض	9	12.0
- غير راض تماما	1	1.3
المجموع	75	100

يتضح من الجدول أن نسبة الأطباء الذين هم راضون عن التكفل بالمرضى شكلت 86%، وهي نسبة معتبرة.

3- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(29.3): استجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	33	44
- راضي	40	53.3
- غير راض	2	2.7
المجموع	75	100

يتضح من الجدول أن نسبة الرضا كبيرة،حيث شكلت 97.3%. في حين مثلت نسبة عدم الرضا 2.7% فقط؛ وهو مؤشر ايجابي.

4- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالطاقم شبه الطبي

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(30.3): استجابات الأطباء نحو العلاقة بالطاقم شبه الطبي

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	26	34.7
- راضي	43	57.3
- غير راض	5	6.7
- غير راض تماما	1	1.3
المجموع	75	100

يتبين من الجدول أن نسبة رضا الأطباء عن العلاقة بينهم وبين الطاقم شبه الطبي شكلت 92%، وهي نسبة يبدو أنها مشجعة قد تسهم في زيادة التفاعل والانسجام بين الطاقمين.

المحور الثالث: استجابات الأطباء نحو التكوين

يشمل هذا المحور إستجابات الأطباء نحو توافر إمكانيات التكوين المستمر ومدى ملائمته لاحتياجاتهم كالتالي:

1- إستجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(31.3):استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستم

	التكرار	النسبة
- راضي جدا	2	2.7
- راضي	21	28.0
- غير راض	29	38.7
- غير راض تماما	23	30.7
المجموع	75	100

نلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن إمكانيات التكوين المستمر كانت كبيرة (69.4%) مقابل(30.7%) من الذين أجابوا بأنهم راضيين؛ الأمر الذي قد يؤثر سلبا على مستوى جودة الخدمات، نظرا لغياب الاحتكاك واكتساب مهارات وتقنيات جديدة في مجال الطب.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- راضي جدا	1	1	2
- راضي	10	11	21
- غير راض	15	14	29
- غير راض تماما	14	9	23
المجموع	40	35	75

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت في صنف الذكور(72.5 %) أعلى من صنف الإناث (65.71%).

ب- الرتبة:

	مقيم	أستاذ مساعد	المجموع
- راضي جدا	2	-	2
- راضي	19	2	21
- غير راض	21	8	29
- راض تماما	13	10	23
المجموع	55	20	75

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت أعلى عند المقيمين(90%) من الأساتذة المساعدين (61.81%) .

2-إستجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(32.3):استجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

	التكرار	النسبة
- نعم	28	37.3
- لا	47	62.7
المجموع	75	100

يلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة الأطباء الذين أجابوا بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم تفوق بـ25.4% الذين أجابوا بملائمته. وهذا قد يدل على عدم وجود تخطيط مسبق للمادة التكوينية.

ويمكن عرض الجدول المزدوج بين استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر، ومدى ملائمة التكوين لاحتياجاتهم فيما يلي:

الجدول(33.3):استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر ومدى ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

	راضي جدا	راضي	غير راض	غير راض تماما	المجموع
- نعم	1	12	8	7	28
- لا	1	9	21	16	47
المجموع	2	21	29	23	75

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن حتى الذين كانوا راضين عن إمكانيات التكوين (30.7%)، هناك 43.47% منهم أجابوا بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم.

كما يمكن عرض استجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم حسب الأبعاد التالية :

أ- الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
- نعم	17	11	28
- لا	23	24	47
المجموع	40	35	75

يتبين من خلال الجدول أن نسبة الذين أجابوا بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم كانت تقريبا متساويين عند الجنسين . أما الإجابة بالملائمة، فكانت مرتفعة عند الذكور عنه عند الإناث.

ب- الرتبة:

	مقيم	أستاذ مساعد	المجموع
- نعم	21	7	28
-لا	34	13	47
المجموع	55	20	75

يتضح من الجدول أن إستجابات الأطباء بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم كانت في صنف المقيمين(61.81%) أقل بقليل من صنف الأساتذة المساعدين(65%).

المحور الرابع: إستجابات الأطباء نحو وسائل العمل وعراقيله والأجر

يشمل هذا المحور إستجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل كالتالي:

1- إستجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(34.3):استجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل

	التكرار	النسبة
- متوافرة	15	20
- متوافرة بقلة	46	61.3
- غير متوافرة تماما	14	18.7
المجموع	75	100

يلاحظ من الجدول أن 61.3% من الأطباء أقروا بأن وسائل العمل متوفرة بقلة، إلى جانب هذه النسبة التي نعتبرها كبيرة ، هناك نسبة (18.7%) من أفراد العينة أجابوا بعدم توافر وسائل العمل تماما.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

	طبيب عام	تخصص	المجموع
- متوافرة	13	2	15
- متوافرة بقلة	33	13	46
- غير متوفرة تماما	9	5	14
المجموع	55	20	75

يوضح الجدول أن ما نسبته (60%) من الاطباء عبروا عن قلة توافر وسائل العمل، مقابل (65%) من الاطباء المتخصيصين.

2- إستجابات الأطباء نحو العراقيل التي يواجهونها

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(35.3): استجابات الأطباء نحو العراقيل التي يواجهونها

	التكرار	النسبة
- قلة الوسائل	29	38.7
- قلة التنظيم	15	20.0
- قلة التكوين	1	1.3
- قلة الوسائل والتنظيم	10	13.3
- قلة الوسائل والتكوين	17	22.7
- عدم الإجابة	3	4.0
المجموع	75	100

يتضح من الجدول أن أهم العراقيل التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة، تمثلت في قلة الوسائل والتنظيم والتكوين، واحتلت قلة الوسائل المرتبة الأولى، تبعتها قلة التنظيم وأخيرا قلة التكوين.

3- إستجابات الأطباء حول الأجر

	التكرار	النسبة
- راضي	8	10.7
- غير راض	23	30.7
غير راض تماما	44	58.7
المجموع	75	100

يتضح من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا عن الأجر عالية جدا(89.4%)؛ وقد تكون سببا رئيسي في عدم الرضا الإجمالي.

وإذا أردنا أن نحلل النسب السابقة حسب الرتبة فنجد ما يلي:

أ- الرتبة:

	طبيب عام	تخصص	المجموع
- راضي	7	1	8
- غير راض	16	7	23
- غير راض تمتما	32	12	44
المجموع	55	20	75

يوضح الجدول أن نسبة عدم الرضا عن الأجر بلغت عند طب العام(95 %) مقابل (87.27%) عند المتخصيثين.

المحور الخامس: إستجابات الأطباء نحو النظافة

1- إستجابات الأطباء نحو النظافة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(36.3):استجابات الأطباء نحو النظافة

	التكرار	النسبة
- مرتفعة	1	1.3
- رديئة	48	64.0
- رديئة جدا	26	34.7
المجموع	75	100

يتضح انطلاقا من الجدول أن 98.7% من الأطباء أقروا بأن النظافة رديئة (رديئة ورديئة جدا). وبالتالي هناك إجماع بين الأطراف الثلاثة (المرضى، الطاقم شبه الطبي، الطاقم الطبي) على تدني مستوى النظافة.

خلاصة

تعد الصحة الركيزة الأساسية التي يبنى عليها تطور الأمم انطلاقا من الحفاظ على صحة المواطنين، وتعتبر الخدمات الصحية مجموعة الخدمات العلاجية و الاستشفائية أو التشخيصة التي تقدمها المؤسسات الصحية للأفراد بهدف تحقيق حاجاتهم الصحية، و ادخال مفهوم الجودة في هذا القطاع لتحقيق مستويات عالية من الخدمات الصحية لذلك سعت دول العالم، بما فيها الجزائر إلى العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة للأفراد ، حيث قامت منذ الاستقلال إلى تطوير نظمها و هياكلها الصحية.

استهدفت هذه الدراسة معرفة مستوى الرضا عن مجالات الخدمات في المؤسسات الصحية، والمشكلات التي تواجه الهيئة الطبية والطاقم شبه الطبي عند القيام بتقديم هذه الخدمات. واشتملت الدراسة على ثلاث استبيانات أولها للمرضى والثانية لشريحة الطاقم شبه الطبي والثالثة للطاقم الطبي.

وبعد تحليل مستوى الرضا عن طبيعة الخدمة المقدمة للمرضى تبينت النتائج التالية:

- كانت نسبة الرضا عن الاستقبال، سواء على مستوى مصلحة القبول أو المصلحة المعالجة، كبيرة في المؤسسة الصحية موضوع الدراسة.
- اختلفت إستجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي.
- هناك نسبة ملفتة للانتباه من عدم تكفل الطاقم شبه الطبي بالمرضى على مستوى المؤسسة الصحية محل الدراسة.
- أكدت نسبة من المرضى، جديرة بالاهتمام، بطول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة، خاصة إذا أضفنا إليها نسبة المرضى الذين يقومون بالتحاليل والأشعة خارج هذه المؤسسات.
- أكدت الدراسة على طول مواعيد إجراء العمليات الجراحية، بالرغم من أن أفراد العينة المختارة في غالبيتهم لم تجر لهم عملية جراحية.
- هناك نسبة عدم رضا، جديرة بالدراسة، على رفاهية السرير ونظافة الغرفة و جودة الأكل المقدم.

أما عند تحليل مستوى الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي، فتبينت النتائج التالية:

- أظهرت الدراسة عدم وجود فروق واضحة في مجال الرضا عن العلاقة بين أفراد الطاقم شبه الطبي والمرضى، بمعنى أن جل عينة الطاقم شبه الطبي قد أكد على وجهات نظر متقاربة.
- هناك نسبة عدم رضا معتبرة (68.87% في المتوسط) عن فرص التكوين المستمر.
- عبر أفراد الطاقم شبه الطبي عن عدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم.
- أكد أكثر من نصف العينة على عدم رضاهم عن التأطير.
- عبر تقريبا نصف العينة، في المتوسط، على عدم وضوح المهام، وهذا ما قد يخلق تداخل في المسؤوليات ويعرقل العمل.
- أقرت نسبة كبيرة (78.76% في المتوسط) عن عدم الرضا عن ظروف العمل في المؤسسة الصحية موضوع الدراسة.
- مثل أكبر نسبة عدم رضا عن مستوى النظافة في المؤسسة الصحية موضوع الدراسة.

وأخيرا عند تحليل مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة الأطباء، سجلنا النتائج التالية:

- أظهرت الدراسة وجود نسبة كبيرة من الرضا عن العلاقة بين الطاقم الطبي وبين المرضى وعن درجة التكفل بهم.
- هناك نسبة رضا كبيرة جدا عن العلاقة بين الأطباء والعلاقة بين الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي.
- عبر أكثر من نصف عينة الأطباء على مستوى عن عدم رضاهم عن إمكانيات التكوين المستمر.
- أقرت نسبة كبيرة من الأطباء بقلة توافر وسائل العمل على مستوى المؤسسة الصحية محل الدراسة.
- أجمع الأطباء أن أهم العراقيل التي تواجههم في العمل هي نقص الوسائل وقلة فرص التكوين ونقص التنظيم.
- عبر الأطباء بشكل كبير جدا على عدم رضاهم عن الأجر المقدم.
- هناك شبه إجماع من قبل الأطباء على رداءة مستوى النظافة.
- اختلفت وجهات نظر الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات.

الخاتمة العامة

انطلق هذا البحث من الإشكالية التالية: ما هو واقع جودة الخدمات على مستوى المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر ؟

ومن أجل الإجابة عن الأسئلة الفرعية المنبثقة من السؤال الجوهري، قام الباحث بتبني مجموعة من الفرضيات، التي سوف يقوم باختبارها كما يلي:

نصت الفرضية الأولى على أن المريض ليس راض عن الخدمات المقدمة له، وتبين من خلال الدراسة الميدانية أن المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة، والمتمثلة أساسا في نظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم شبه الطبي، وغيرها. في حين هو راضي عن التكفل الطبي، عن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة.

أما الفرضية الثانية، فكان محتواها أن أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل، وقد تم تأكيد هذه الفرضية لكن بشكل جزئي، إذ توجد عقبات أخرى ممثلة في عدم وضوح المهام وضعف التأطير.

في حين تضمنت الفرضية الثالثة أن العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل، وتبين من خلال المعايشة الميدانية لواقع الأطباء، أن العراقيل تمثلت، إلى جانب نقص الوسائل، في قلة التكوين ونقص التنظيم.

النتائج:

1- يمكن إجمال مؤشرات نظام تقويم الأداء في أربع مجموعات رئيسية، وهي: مؤشرات تقويم أداء الموارد البشرية (أطباء، طاقم شبه طبي...)، مؤشرات تقويم أداء الموارد المادية والمالية، مؤشرات تقويم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية(معدل الإصابة، نسب التلقيح...)، مؤشرات تقويم أداء جودة الخدمات الصحية(نسبة الوفاة، معدل المكوث للاستشفاء، معدل شغل الأسرة،...).

2 - تختلف جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي؛ حيث ينظر إلى الجودة من منظور طبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية. أما الجودة من منظور المستفيد، فتركز على طريقة الحصول الخدمة ونتيجتها النهائية. في حين تعني الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

3 - بهدف تحقيق جملة من المزايا، تتمثل أساسا في : تبسيط الإجراءات وتحسينها، تحقيق كفاءة التشغيل، القضاء على اختلافات الممارسة العيادية، الحد من تكرار العمليات، تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛ والتي يمكن تحديد إطار تطبيقها في ثلاث مراحل أساسية هي: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة، نشر ثقافة الجودة الشاملة، تكوين فريق عمل الجودة. ومن أجل إنجاح هذا النهج

لابد من توافر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، وأن تستند الإدارة العليا على نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة.

4- لقد وجدت نماذج مختلفة لتطوير عملية القياس المحاسبي لتكاليف الجودة من بينها: نموذج "جوران"، نموذج " سيشينايدرمان"، نموذج "سون" و"هيسو" ، نموذج " باسورك" و"جود فري"، نموذج"سفال"، نموذج " تاجوتشي"، نموذج "كيم" و"ولياو". وحاول كل نموذج تفسير سلوك ومكونات تكاليف الجودة، والتي ترتبط محاسبيا ببعضها البعض، والجزء الأكبر منها غير مصنف ضمن خطوط التكاليف لأنظمة المعلومات، وتسمى هذه التكاليف بالتكاليف الخفية أو المستترة. ومن أجل قياسها استخدمت عدة طرق من بينها: طريقة استخدام معامل ثابت يخضع إلى خبرة المؤسسات، طريقة بحوث السوق لتقدير تأثير اللاجودة على المبيعات، طريقة "تاجوتشي" (دالة الخسارة)، طريقة "سفال" المعتمدة على التحليل الاجتماعي والتنظيمي والمالي.

5- يواجه القياس التكاليفي في القطاع الصحي جملة من المشكلات، تتمثل في عدم وجود نظم تكاليف فعلية أو محددة مقدما، عدم وجود نظم معلومات متكاملة، عدم ملائمة الأساس المحاسبي المستخدم، عدم ملائمة المستندات والسجلات المستخدمة، تنوع واختلاف الخدمات الطبية المقدمة، عدم وجود إمكانية تأجيل تقديم الخدمات الصحية.

6- تقسم تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي : تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج، تكاليف التقويم، تكاليف الفشل أو الأعمال الخاطئة والمعيبة.

وتمثل تكاليف الوقاية والتقويم تكلفة الاستثمار في الجودة، بينما تشكل تكلفة الفشل أو الإخفاق تكلفة اللاجودة، والتي لها خطر ثلاثي الأبعاد: خطر على أمن المريض، خطر على المؤسسة(اقتصادي وتجاري)، خطر اجتماعي. وقد تظهر عيوب الجودة على شكل سوء استعمال الموارد (نقص العلاج)، الإفراط في استعمال الموارد.

7- يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول اهتماما متزايدا، حيث تبنت معظم دول العالم المتقدمة والنامية سياسات وبرامج لإصلاح النظام الصحي. وعلى الرغم من التفاوت في طبيعة المعوقات التي تؤدي إلى انخفاض أداء قطاع الخدمات الصحية من دولة لأخرى، إلا أن أهداف سياسات تطوير قطاع الصحة ترتكز عادة على الارتقاء بجودة الخدمات الصحية من ناحية وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع من جهة أخرى.

8- يواجه النظام الصحي في الجزائر عدة قيود تحد من فعاليته وأدائه، في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية، والتي نعرضها فيما يلي:

. يمتاز تسيير المصالح الصحية بمركزية مفرطة وغير مرنة.

. أنتج غياب الاستقلالية في التسيير، الإدارة وتنظيم المصالح الصحية، زيادة في التكاليف.

. حول النظام الجزافي وغياب المحاسبة، مسئولي الصحة إلى صرافين.

. لا يوجد تحكم في النفقات، ولا تقويم أثر هذه الأخيرة على تشغيل المصالح الصحية وتحسين الخدمات.

. غياب مشاركة المصالح الصحية، الضمان الاجتماعي، الجماعات المحلية، والمستعملين في التشغيل والتقويم.

. يمتاز نظام المعلومات والتقويم بجمع عدد كبير من البيانات بطريقة آلية بدون تحليل وبدون تحديد مجالات الاستفادة منها. بالإضافة إلى أن البيانات المجوعة تنصب غالبا على الوسائل والنشاطات، دون الإشارة للوضعية الصحية والنتائج المنتظرة.

. ضغط كبير على العلاجات المتخصصة، نظرا لعدم التوزيع العقلاني والعادل للأخصائيين.

. تقديم العلاجات في بعض الحالات بصورة عشوائية، نظرا لتكررها بكل أشكالها.

. غياب، وبشكل متكرر، للعلاقة بين المريض والطبيب.

. عدم رضا الأفراد العاملين في القطاع الصحي العام بالأجور المقدمة، مقارنة بالقطاع الخاص، وغياب مؤشرات واضحة المعالم لتقويم نشاط الأفراد.

كل هذه القيود، جعلت القائمين على قطاع الصحة يفكرون جديا في **إصلاحه**، من خلال مشروع الإصلاح، الذي تضمن خمس ملفات تمثلت في: ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج، ملف الهياكل الاستشفائية، ملف الموارد البشرية، ملف الموارد المادية ، ملف اشتراك القطاعات.

وفي هذا الصدد يمكن تسجيل الملاحظات:

- إشراك المتعاملين- خاصة الطاقم الطبي- في تصميم الإصلاح، من أجل تسهيل العملية، الذي تبين من خلال استجاباتهم، أنه لم يتم إعلامهم بشكل جيد.
- إشراك كل المتدخلين والاهتمام بهم، سواء على مستوى إدارة وزارة الصحة أو الدوائر الأخرى، الشئ الذي سوف يسهل عملية التطبيق لاحقا.
- تحديد، بلغة مفهومة للجميع، الأهداف السياسية، الإستراتيجية والعملية لكل برنامج إصلاح، بدءا من التصميم، ومعايير تقويم الوصول إلى الأهداف. فالتقويمات الدورية الفعالة بإمكان أن تصاحبها تصحيحات ضرورية للتغيرات غير المتوقعة من محيط الإصلاح أو أي مكون من مكوناته.
- التنبؤ مسبقا بأنماط التغيير، من أجل تحديد جيوب المقاومة.
- كل إصلاح مؤسسي يمس مقدمي الخدمات العمومية للعلاج، يجب أن يكون في نفس الوقت مع إصلاح تنظيمي للوصاية؛ حيث من الصعب إصلاح المستوى العملي دون المساس بالمستوى الإستراتيجي.

- تحديد إستراتيجية إيصال ،إعلام وتحسيس، بمجرد تصميم الإصلاح؛ وذلك بتحديد الجمهور المستهدف والوسائل، بالإضافة للموارد البشرية الواجب تجنيدها بهدف التنفيذ.
- يعتبر اختيار الرجال الذين سوف يسيرون ويتابعون وضع الإصلاحات مهم جدا. حيث يجب أن يتم هذا الاختيار على أساس معايير التعهد والتحفيز والكفاءات التقنية للتسيير.
- ضمان استقرار أدنى للفرق في الهياكل، وعلى مستوى إدارة الصحة والدوائر الأخرى المعنية.

ومن خلال الدراسة الميدانية، تمكن الباحث من حصر جملة من المشاكل، باختلاف وجهات النظر، كما يلي:

- **وجهة نظر المرضى**

. عدم تكفل الطاقم شبه الطبي بالمرضى بشكل كاف على مستوى كل المؤسسات الصحية.

. طول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة.

. عدم رفاهية الأسرة ونظافة الغرف.

. طول مواعيد إجراء العمليات الجراحية.

. عدم جودة الأكل المقدم.

- **وجهة نظر الطاقم شبه الطبي:**

. قلة فرص التكوين المستمر.

. عدم ملائمة التكوين لاحتياجات المتكونين.

. ضعف التأطير.

. عدم وضوح نسبي للمهام.

. عدم الرضا عن ظروف العمل.

. انخفاض مستوى النظافة.

- **وجهة نظر الطاقم الطبي:**

. قلة إمكانيات التكوين المستمر.

. قلة توافر وسائل العمل.

. قلة التنظيم.

. انخفاض مستوى الأجر.

. رداءة مستوى النظافة.

. وجود التهابات مكتسبة في المستشفى.

. شكل نقص النظافة السبب الأول في وجود الالتهابات المكتسبة في المستشفى.

. ضعف التوعية بمشروع الإصلاح.

الاقتراحات:

بناءا على أوجه القصور المسجلة سالفا، يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

1 – السياسات المقترحة لزيادة كفاءة عمليات التمويل والإنفاق الصحي:

– إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

ويتطلب رفع الكفاءة في الإنفاق تعظيم الاستفادة من البنية الأساسية المتوفرة حاليا بقطاع الصحة الأمر الذي يستلزم التنسيق بين قطاعات الخدمة المختلفة(العمومية والخاصة) للحد من تكرار الخدمات وتمركزها في مناطق بعينها دون الأخرى وتوجيه المبالغ الكبيرة التي تنفق على إنشاء المستشفيات والوحدات والمراكز الجديدة إلى بنود أخرى لها أولوية.

– وضع نظام تأمين صحي يشمل جميع فئات المجتمع، ويضمن الحصول على حزمة أساسية من الخدمات، بالإضافة إلى حماية المواطن من عبء الإنفاق الكلي على علاج الأمراض ذات التكلفة الباهضة، مع ضرورة إجراء دراسات شاملة لاقتصاديات التأمين الصحي لتفادي العجز الحالي في ميزانية التأمين الصحي.

– إعادة هيكلة الدعم الحكومي بقطاع الصحة ليستهدف الفئات الأكثر احتياجا.

– استمرار الدولة في تمويل البرامج الوقائية.

– إعادة النظر في سياسة العلاج على نفقة الدولة وأولوياته.

2– السياسات الخاصة بالخدمات الصحية:

– تحديد حزمة خدمات صحية أساسية كحد أدنى يتم توفيره لجميع المواطنين، وتكون ذات كفاءة عالية وتقدم من خلال نظام تأميني يضمن العدالة في الدفع والحصول على الخدمة.

– وضع وتنفيذ نظام لتحويل ومتابعة الحالات من الرعاية الصحية الأساسية إلى المستويات الأعلى للعلاج.

– وضع نظام لمتابعة الحالات المرضية على جميع مستويات الخدمة.

– إنشاء هيئة وطنية لاعتماد الجودة ووضع المعايير الخاصة بالخدمات.

– رفع مستوى وعي متلقي الخدمة للارتقاء بالحالة الصحية ولزيادة الإقبال على الخدمات المتاحة..

3 – السياسات المقترحة الخاصة بالبنية الأساسية لقطاع الصحة:

– وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتمادا على بيانات فعلية وحديثة ونظم معلومات جغرافية، لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة وتوزيعها حسب احتياجات المجتمع وتعداد السكان وتوزيعهم وفقا للفئات العمرية.

– مراجعة الخطة الاستثمارية للتوسع في المنشآت الصحية ووقف بناء أي وحدات أو مستشفيات جديدة إلا بعد إجراء دراسات وافية، مع زيادة كفاءة المنشآت الصحية المتاحة حاليا وتطويرها وتوفير سيارات إسعاف مجهزة بوحدات اتصال سريعة في مراكز تقديم الرعاية الأساسية لتسهيل نقل المرضى والمصابين.

– وضع أسس للتنظيم والتنسيق بين مصادر تقديم الخدمات الصحية.

– تفعيل دور وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في منح أو رفض تراخيص إنشاء المستشفيات أو الوحدات العلاجية.

4– في مجال النظام الغذائي:

لرفع كفاءة النظام الغذائي بوجه عام يجب :

– توفير العدد الكافي من أخصائيين الأغذية وتدعيمهم بدورات تكوينية بصفة مستمرة.

– إعادة صياغة نظم الشراء والتخزين بما يعطي مرونة للمستشفيات في الشراء من المصادر الملائمة وبالكميات المناسبة في الأوقات المناسبة، مع توفير الدعم المالي والرقابي على هذه الإجراءات.

– يجب أن يكون هناك نظام رقابي داخل كل مؤسسة صحية، مكون من الإداريين والأطباء والممرضات وأخصائيين التغذية، للرقابة على كل مراحل النظام الغذائي، بما يضمن رفع كفاءة إدارة التغذية وفاعليتها.

– يجب التركيز ليس على كمية الغذاء فحسب ولكن على جودة الغذاء المقدم، وعلى النظام أو الطريقة التي يجب أن يقدم بها الطعام للمرضى، بما في ذلك إتباع قواعد النظافة العامة وبما يحافظ على تقدم صحة المرضى.

– يجب أن يتضمن نظام التثقيف والإرشاد الطبي، إرشادات للمرضى وأهليهم وعدم إحضار أي أغذية خارجية إلا بإذن المستشفى.

– زيادة الحوافز المالية والمعنوية المقدمة لعاملات النظافة والأغذية، وإبراز الدور الحيوي لهن ضمن النظام العلاجي ككل.

5- في مجال النظافة والصيانة:

- إعادة تنظيم أقسام أو وحدات أو إدارات الصيانة والنظافة لدى المؤسسات الصحية، بما يحقق الأهداف التالية:

. توفير العمال والفنيين بالعدد المناسب وبالكفاءة المناسبة على أن تصمم لهم برامج تكوينية كل حسب وظيفته.

. توفير أدوات ومعدات الصيانة اللازمة كلما كان ذلك ممكنا.

. وجود نظام إداري لتوضيح مسئوليات واختصاصات كل فرد، والرقابة على الإنجاز بصفة دورية.

- إعادة النظر في أجور ومكافآت وحوافز عمال الصيانة، بما يرفع من مستواهم المعيشي والمعنوي، وبما يضمن استقرار العمل.

- التوعية الصحية المستمرة للمرضى والزوار والأطباء وجميع الفئات العاملة بالحفاظ على المستوى العام للنظافة الجيدة، وباعتبار أنها مسئولية الجميع وليست مسئولية فرد بذاته.

- توعية العاملين بالآثار النفسية والصحية والاقتصادية التي تترتب على نظافة الأماكن والمعدات والمكاتب.

أما ما تعلق بالاقتراحات الخاصة، للحد من الالتهابات المكتسبة في المستشفى، فيمكن إدراج ما يلي:

- تنظيم تربصات تكوينية للعمال شبه الطبيين الممارسين على مستوى جناح العمليات .
- إشراك الإدارة الإستشفائية في مكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى؛
- وضع في لجان النظافة والوقاية، أشخاص أكفاء ومعنيين بالأمر؛
- إجبار مديرية المستشفى على القيام بشكل منتظم بأخذ عينة من الهواء والماء؛
- تعليم حقيقي لمختلف الأطباء في مختلف التخصصات الجراحية المسائل المرتبطة بالتطهير والالتهابات المكتسبة في جناح العمليات ؛
- إجراءات تحفيزية (حوافز مالية) للأفراد العاملين في جناح العمليات؛
- وضع حيز التطبيق على مستوى مدارس تكوين شبه الطبيين، تكوين خاص بالطاقم شبه الطبي على مستوى جناح العمليات.

النقد الذاتي:

كان الباحث ينوي أن تكون الدراسة على كل المؤسسات العمومية الاستشفائية الموجودة في الولاية ، وأن تخص الدراسة الأقسام الداخلية والأقسام الخارجية (الطب اليومي) ، لتكون النظرة متكاملة، لكن الصعوبات الإدارية التي واجهت الباحث في الحصول على تسريح للقيام بتربص قرر الباحث أن تكون العينة ممثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية ، وكانت أهمية البحث تكون أكثر شمولا لو كانت العينة أولا أكبر، ولو تم اختيار عينة من كل التراب الوطني.

أفاق البحث:

- مؤشرات اللاجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- فرص ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- تجربة إصلاح النظام الصحي في الجزائر- دراسة تحليلية.
- إصلاح النظم الصحية- التجربة الجزائرية نموذجا.
- تطوير القياس المحاسبي للخدمات الصحية.
- تقويم الأداء في المؤسسات الصحية العمومية.

المراجع

- المراجع العربية:

أ – الكتب:

-رفاه جميل أحمد، أحمد عبد الوهاب، دور 'إدارة الجودة الشاملة في تغيير ثقافة الجودة في المؤسسات الصناعية دراسة حالة إحدى المصانع العراقية،' **مجلة التنمية الصناعية العربية**، مجلة فصلية تصدر عن المنظمة العربية للتنمية الصناعية والتعدين، المغرب، العدد43، أبريل 2001.

-جوزيف جابلونسكي، تعريب عبد الفتاح السيد النعماني جوزيف جابلونسكي، تعريب عبد الفتاح السيد النعماني، إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة نظرة عامة، الجزء الثاني، مركز الخبرات المهنية للإدارة "بيمك"، جمهورية مصر العربية ،1996.

-محمد سيد جاد الرب، **إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة**، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996- 1997.

– فوزي مدكور، "مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض"، **المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة**، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثالث، 1997.

– سهام علي أحمد القبندي، "تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية و التخطيط لتطويرها بدولة الكويت"، **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، المجلد 32، العدد3، 2004

- خالد سعد عبد العزيز بن سعيد، ، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1997.

-فوزي شعبان مدكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، وتسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998.

- عطية هاشم أحمد، محاسبة التكاليف في المجلات التطبيقية، الدار الجامعية،الإسكندرية،2000 .

– السوافيري فتحي رزق ،الإطار الفكري والعلمي للمحاسبة عن تكاليف الجودة، مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية ، كلية التجارة جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، العدد الثاني، سبتمبر1995.

- نجاتي إبراهيم عبد العليم، القياس المحاسبي لتكاليف الجودة وأثره على استمرارية المنشأة "نموذج مقترح"، **مجلة الدراسات المالية والتجارية، جامعة القاهرة**، كلية التجارة بني سويف، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، 1992.

- سيد أحمد أحمد حسن، **قياس تحليل تكاليف الجودة دراسة حالة بالتطبيق على المنشآت الصناعية**، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2003.

– محفوظ أحمد جودة، جودة محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم و تطبيقات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان–الأردن، 2004.

- فالح بن زياد الفالح، تطوير النظام الصحي في المملكة،الرياض الإلكتروني، الأحد 19 رمضان 1423، العدد12574.

- علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، **سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية**، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت.

– عدمان مريزق، محاولة لدراسة ظاهرة دوران العمل في المؤسسات الاقتصادية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، السنة الجامعية 1998–1999.

- قدس برس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية، منظمة الصحة العالمية.

–سمير فياض ، دراسة النظام الصحي في مصر ومشروع الإصلاح الصحي ومشروع قانون التأمين الصحي القومي الشامل ديسمبر 2017.

– سلوى عثمان الصديقي، السيد رمضان، الصحة العامة و الرعاية الصحية في المنظور الإجتماعي .ط1 ، :دار المعرفة 2004 .

– توهامي سهام ، إدارة الجودة الشاملة في الجزائر، تقسيم أداء جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بالعين الصفراء) كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة د .مولاي الطاهر –سعيدة السنة الجامعية2017–2018 .

– زارولية رضا، التحضر والصحة في المجتمع الجزائرية ، د راسة ميدانية بحي بارك افو ا رج– مدينة باتنة الج ا زئر (رسالة ماجستير،قسم العلوم الاجتماعية،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الاسلامية،_ جامعة الحاج لخضر: باتنة 2010- 2011 .

- جيلالي أمير، محاولة **دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الإستشفائية الجزائرية** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراة في العل وم الإقتصادية وعلوم التسيير فرع التخطيط ، كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير :جامعة الجزائر 2008–2009 .

– كوش هيو، **ترجمة الأحمدي بن عايد ، إدارة الجودة الشاملة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002.

– كوهين ستيفن، براند رونالد، ترجمة هيجان عبد الرحمان بن أحمد ، **إدارة الجودة الكلية في الحكومة دليل عملي لواقع حقيقي**، معهد الإدارة العامة،المملكة العربية السعودية،1997.

ب– الأطروحات والرسائل الجامعية :

– أحمد حسن سيد أحمد، **قياس تحليل تكاليف الجودة دراسة حالة بالتطبيق على المنشآت الصناعية**، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، 2003.

- جيلالي أمير، **تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر**، رسالة ماجستير، فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 2000-2001.

- عبد الرحمان مجدي عبد الفتاح، **دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات**، بحث مقدم لكلية التجارة، جامعة القاهرة للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، 2001.

- عدمان مريزق، **محاولة لدراسة ظاهرة دوران العمل في المؤسسات الاقتصادية**، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، السنة الجامعية 1998-1999.

- فهمي مصطفى إسماعيل محمود ، **صعوبات قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية بالمستشفيات دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بوزارة الصحة بمحافظة القاهرة**، بحث مقدم للحصول على درجة العضوية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، قسم الإدارة العامة والمحلية، جمهورية مصر العربية، 1997.

- يونس سهام مصطفى، **مؤشرات الكفاية الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة في جمهورية مصر العربية**، دراسة ميدانية بالتطبيق على مستشفى أسيوط الجامعي، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة أسيوط، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، 1981.

ت- الدوريات:

- أحمد رفاه جميل ، عبد الوهاب أحمد ، "دور إدارة الجودة الشاملة في تغيير ثقافة الجودة في المؤسسات الصناعية دراسة حالة إحدى المصانع العراقية"، **مجلة التنمية الصناعية العربية**، مجلة فصلية تصدر عن المنظمة العربية للتنمية الصناعية والتعدين، المغرب، العدد 43 ، أبريل 2001.

- حسن أمين عبد العزيز، "الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها"، **مجلة الإدارة**، مجلة علمية ربع سنوية يصدرها اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، المجلد الخامس والعشرون، العدد الثالث، يناير 1993.

- زين الدين فريد عبد الفتاح ، حلقات الجودة كمدخل لتحسين مستوى خدمات وحدات الجهاز الحكومي المصري، **مجلة "الإدارة"**، مجلة علمية ربع سنوية يصدرها اتحاد جمعيات التنمية الإدارية،المجلد السابع والعشرون، العدد الثالث، جانفي 1995.

- السوافيري فتحي رزق، "الإطار الفكري والعلمي للمحاسبة عن تكاليف الجودة"، **مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية**، كلية التجارة جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، العدد الثاني، سبتمبر 1995.

- العبادي مصطفى راشد، "إطار مقترح لتشخيص مشكلات الجودة مع قياس وتقييم جدوى الاستثمار في مجالات تحسينها"، **المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة** مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة ،جامعة عين شمس، القاهرة، العدد الثاني، أبريل 2000.

- عبد العليم نجاتي إبراهيم، "القياس المحاسبي لتكاليف الجودة وأثره على استمرارية المنشأة "نموذج مقترح""، **مجلة الدراسات المالية والتجارية**، جامعة القاهرة، كلية التجارة بني سويف، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، 1992.

- علي عبد القادر علي، "اقتصاديات الصحة"، **سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية**، العدد الثاني والعشرون، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، أكتوبر 2003،

- فتات فوزي ، داني الكبير أمعاشو، "الجودة عامل أساسي لتعزيز القدرة التنافسية للمؤسسة"، **مجلة "إدارة "** تصدر عن مركز التوثيق والبحوث الإدارية، المجلد 11، العدد21، الجزائر، 2001.

- فؤاد محمد محمد نشأت، "نموذج رياضي لقياس التكاليف المستترة للجودة:دراسة تطبيقية"، **مجلة البحوث التجارية المعاصرة**، جامعة أسيوط، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، العدد الأول،1995.

- مدكور فوزي، "مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض"، **المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة**، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثالث، 1997.

ث- التقارير:

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات**، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي .2003

ح- الجرائد الرسمية:

- الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 73-65 ، الصادر في03 ذو الحجة 1393هـ الموافق لـ 28 ديسمبر1973م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

- الجريدة الرسمية، العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 97 -466 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها.

- الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-465، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

خ- مواقع الأنترنت

- النظم الصحية وتقييم أدائها http:// www.sgh.org.sa/fan.htm

http:// www.sgh.org.sa/fan.htm

- الفالح فالح بن زياد ، تطوير النظام الصحي في المملكة،الرياض الإلكتروني، الأحد 19 رمضان 1423،العدد12574، السنة38.

- برس قدس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية، منظمة الصحة العالمية .

http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalia/namaa-45/namaa-c.asp=top

- الحزب الوطني الديمقراطي، المؤتمر السنوي: أوراق سياسات

http://www.ndp.org.eg/2nd _confrence/health-htm.asp

- وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

http: // www. mohp,gov,eg/ Sec/ Statistics/

- مركز المعلومات واتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، مارس 2005

http://www.star28.com/site/site-1318.html

- فياض سمير، دراسة النظام الصحي في مصر ومشروع الإصلاح الصحي ومشروع قانون التأمين الصحي القومي الشامل ديسمبر 2005.

http:// www.al-ahaly.com/articles/06-02-01/1264-ptt04.htm

- مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع المتابعة الخارجية، دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص، ابريل 2005 .

http://www.star28.com/site/site-1318.html-14k-25mai2007

- مركز المعلومات ودعم القرار بمجلس الوزراء، تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية، فبراير2005.

http://www.star28.com/site/site-1318.html

خ- المراجع باللغة الأجنبية:

−Daniel Duret , Maurice Pillet**, qualité en production**, éditions d'organisation, Paris, 1998

-Bertrand Louapre, **La qualité s'il vous plaît !,** les éditions d'organisations, Paris, 1992

-Sandra bertezene, **les démarches qualité dans les hôpitaux français**, thèse pour le doctorat en sciences de gestion de l'université lumière Lyon 2, p159

T-Savall Henri, véronique zardet, **maîtriser les coûts et les performances caches,** 2eme édition, édition economica, paris, 1989, p105.

-A.Levy, M.Cazaban, J.Duffour, R.Jourdan, **Santé publique**, 2éme édition, édition MASSON, 1994, p 8-10

-Miloud Kaddar, **les reformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tires des expériences des dix dernières années**

الملاحق

الملحق رقم 01

إستمارة موجهة للأقسام الداخلية

أخي المريض /أختي المريضة

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء دراسة ميدانية حول واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية. أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

ملاحظة : عند الإجابة على أسئلة الاستبيان، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المناسبة .

الطالب : سعداني محمد

1- ما انطباعكم عن كيفية الاستقبال عند مكتب القبول ؟

( ) راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

2- ما انطباعكم عن كيفية الاستقبال عند دخولك المصلحة ؟

( ) راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

3- ما رأيكم في مدى اهتمام الطبيب المعالج ؟

( ) مهتم جدا ( ) مهتم ( ) متوسط الاهتمام ( ) غير مهتم تماما

4- خلال إقامتكم، هل حصلتم على معلومات و شروحات حول حالتكم الصحية ؟

( ) دائما ( ) غالبا ( ) نادرا ( ) أبدا

5- ما انطباعكم عن لطف واحترام أفراد الطاقم شبه الطبي؟

( ) دائما ( ) غالبا ( ) نادرا ( ) أبدا

6 - ما انطباعكم عن تكفل أفراد الطاقم شبه الطبي ؟

( ) راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

7- إذا قمتم بتحاليل أو أشعة، ما مدى سرعة مخبر التحاليل الطبية في استخراج نتائج التحاليل ؟

( ) لم أنتظر ( ) معقولة ( ) طويلة ( ) طويلة جدا ( ) خارج المستشفى

8- ما انطباعكم عن مواعيد إجراء العمليات الجراحية ؟

( ) لم أنتظر ( ) معقولة ( ) طويلة ( ) طويلة جدا ( ) لم أقم بالعملية

9- هل التجهيزات الصحية الموجودة في الغرفة كافية ؟

( ) نعم ( ) لا ( )

10- ما رأيكم في مدى رفاهية السرير؟

( ) مريح جدا ( ) مريح ( ) مريح نوعا ما ( ) غير مريح تماما

11- ما انطباعكم عن نظافة الغرفة ؟

( ) نظيفة جدا ( ) نظيفة ( ) غير نظيفة ( ) غير نظيفة تماما

12 - هل يتم الاعتناء بالغرفة يوميا ؟

( ) نعم ( ) لا

13- ما رأيكم في مدى ملائمة درجة حرارة الغرفة ؟

( ) ملائمة جدا ( ) ملائمة ( ) غير ملائمة ( ) غير ملائمة تماما جدا

14 - ما رأيكم في مدى ملائمة درجة الإضاءة في الغرفة ؟

( ) ملائمة جدا ( ) ملائمة ( ) غير ملائمة ( ) غير ملائمة تماما جدا

15- ما رأيكم في الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى ؟

( ) ممتازة ( ) جيدة ( ) عادية ( ) رديئة ( ) رديئة جدا

16- ماذا تقترحون لتحسين مستوى جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى ؟

.....

.....

.....

.....

.....

المعلومات العامة

- السن : - الجنس:

- الحالة الاجتماعية : - المصلحة التي تعالج فيها:

- مدة الإقامة :

الملحق رقم 02

إستمارة موجهة للطاقم شبه الطبي

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء دراسة ميدانية حول واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية. أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

ملاحظة : عند الإجابة على أسئلة الاستبيان، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المناسبة .

الطالب : سعيداني محمد

1- هل أنتم راضون عن وظيفتكم ؟

( ) راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

2- هل تحصلتم على فرصة للتكوين المستمر ؟

( ) نعم ( ) ( ) لا

3- هل التكوين كان ملائما لاحتياجاتكم ؟

( ) راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

4 –كيف ترون تحديد المهام ؟

( ) واضحة جدا ( ) واضحة ( ) غير واضحة ( ) غير واضحة تماما

5- ما رأيك في ظروف العمل ؟

( )راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض( ) غير راض تماما

6- هل أنتم راضون عن العلاقة بالزملاء ؟

( ) راض جدا ( ) راض ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

7- هل أنتم راضون عن العلاقة بالطاقم الطبي ؟

( ) راض جدا ( ) راض ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

8- كيف تقيمون علاقة المعالج بالمعالج ؟

( ) جيدة جدا ( ) جيدة ( ) عادية ( ) سيئة ( ) سيئة جدا

9- هل تقدرون أن المرضى تم التكفل بهم بصورة ؟

( ) مرضية جدا ( ) مرضية ( ) غير مرضية ( ) غير مرضية تماما

10- ما هو مستوى رضاكم عن مستوى النظافة ؟

( ) راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

11- ماذا تقترحون لتحسين مستوى أداء الخدمات التي يقدمها المستشفى ؟

.....

.....

.....

.....

....

المعلومات العامة

- السن : - الجنس:
- الحالة الاجتماعية : - المصلحة التي تعمل بها:
- الرتبة :

الملحق رقم 03

استمارة موجهة للطاقم لطبي

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء دراسة ميدانية حول واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية. أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

ملاحظة : عند الإجابة على أسئلة الاستبيان، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المناسبة .

الطالب : سعيداني محمد

1- حددوا مستوى رضاكم عن العناصر التالية :

	راضي جدا	راضي	غير راض	غير راض تماما
علاقتكم مع المرضى				
- علاقتكم مع الزملاء				
- علاقتكم مع الطاقم شبه الطبي				

2- كيف هو رضاكم عن إمكانيات للتكوين المستمر ؟

( ) راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

3- هل التكوين كان ملائما لاحتياجاتكم ؟

( ) نعم ( ) لا

4 – كيف ترون تحديد المهام ؟

( ) واضحة جدا ( ) واضحة ( ) غير واضحة ( ) غير واضحة تماما

5- ما هو انطباعكم عن توافر وسائل العمل ؟

( )متوافرة جدا ( ) متوافرة ( ) متوافرة بقلة ( ) غير متوفرة تماما

6- ما هي العراقيل الأساسية التي تواجهونها، والتي تحول دون القيام بعمل ذا جودة ؟

.....

.....

..

7- ما هو مستوى رضاكم عن الراتب المقدم ؟

( ) راض جدا ( ) راض ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

8- ما هو تقديركم لمستوى نظافة المستشفى ؟

( ) مرتفع جدا ( ) مرتفع ( ) رديء ( ) رديء جدا

9- ما هو مستوى رضاكم عن التكفل بالمرضى على مستوى مصلحتكم ؟

( ) راضي جدا ( ) راضي ( ) غير راض ( ) غير راض تماما

10- ما هو رأيكم في إصلاح المستشفيات ؟

.....

11- ماذا تقترح لتحسين مستوى أداء الخدمات التي يقدمها المستشفى ؟

.....

.....

.....

.....

.....

المعلومات العامة

- السن: - الجنس:
- الحالة الاجتماعية: - المصلحة التي تعمل بها:
- الرتبة: - محل الإقامة: