أسباب تدنى مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء –دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري–

د. ريمة أوشن أ.د. إيمان بن زيان د. همامة بن عمومة

جامعة باتنة 1 الحاج لخضر

ملخص:

تواجه المؤسسات الصحية في الجزائر تحديات عديدة، تم تصنيفها إلى عدة مستويات منها ما تعلق بالنظام الصحي، ومنها ما هو مرتبط بالخدمات الصحية وأخرى تتعلق بالمراكز الاستشفائية، وقد لوحظ من خلال هذه العوائق قصور النظام الصحي الجزائري وتدني مستوى الخدمات بشكل كبير.

هدفت هذه الدراسة البحث عن أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء وتم الاعتماد على استبيان استهدف عينة من أطباء المراكز الاستشفائية للشرق الجزائري بلغ عددهم 286 طبيب. توصلت الدراسة إلى أن بعدي العاملين والإدارة من أكثر الأبعاد المسببة لتدني مستوى الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: النظام الصحي، المؤسسات الصحية، جودة الخدمات الصحية.

Abstract:

The health institutions in Algeria are facing many challenges, which have been classified into several levels, some of them are included in the health system, and some other are related to health services and hospitals facilities. It's noticed through these obstacles a shortcomings of the Algerian health system and severe low level of services.

This paper aims to investigate the reasons for the low level of health services from physicians point of view, and rely on a questionnaire targeting a sample of Algerian doctors in hospital centers of the eastern Algerian, numbering 286 doctors. the study found that workers and management dimensions are the mainly causes of the low level of health care services.

Key words: health system, health institutions, health services quality.

مقدمة:

أصبح للمؤسسات التي تتولى تقديم الخدمات الصحية في الجزائر دورا بارزا في الحياة الاقتصادية، حيث لم يعد نشاطها يقتصر على تقديم خدمات علاجية وإنما امتد ليشمل الجانب الوقائي والمشاركة في البرامج التي تكفل التوعية والوقاية، البحث والتطوير، ومختلف الجوانب المتعلقة بصحة وسلامة المجتمع، في ظل تأثير القوانين والأنظمة الحكومية فيما يتعلق بتحديد آليات ونطاق عملها والخدمات الواجب توفيرها وتقديمها، مما يخلق ضغوطا عليها تجعلها مسؤولة بحكم القانون أولا وبمكانتها الاجتماعية ثانيا من أجل تأمين العلاج المطلوب للزبائن وفق المعايير الدولية والتي حددتها منظمة الصحة العالمية، لترتقي للمكانة التي تطلع إليها في ظل الحق في الصحة للجميع وذلك في نظام صحي يكفل السير الحسن لعملية تقديم الخدمات الصحية.

إلا أن الجزائر ورغم الاهتمام المتزايد والجهود المبذولة لتحقيق هذه الأهداف لا تزال تواجه العديد من التحديات والمعوقات التي حالت دون تحقيقها، وكذا تصاعد الانتقادات الموجهة إلى النظام الصحي بسبب عجزه عن تلبية الطلب المتزايد على خدماته مما نتج عنه تفاقم حالة عدم رضا المواطنين عن مستوى ونوعية الخدمات المقدمة. وعليه مما سبق يمكن طرح الاشكالية التالية:

ما هي أهم أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية؟

ولمعالجة هذه الاشكالية تم تقسيم الدراسة إلى محورين:

1. المحور النظري: تحديات النظم الصحية في الجزائر.
2. المحور التطبيقي: أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء.

المحور النظري: تحديات النظم الصحية في الجزائر.

قبل التطرق للمشاكل التي تعاني منها النظم الصحية في الجزائر، سيتم تقديم العوامل الأساسية للسير الحسن للنظام الصحي حسب تصنيف المنظمة العالمية للصحة.

أولا: العوامل الأساسية للسير الحسن للنظام الصحي.

تتمثل أهم العوامل الأساسية للسير الحسن للنظام الصحي في: [1]

1. القيادة والإدارة gouvernance: يتم تحديد القيادة والإدارة عن طريق القوانين والنصوص التي يتم سنها، ويمكن تحديد بعض الخصائص للسير الحسن في مجال الإدارة كما يلي:

- ضمان أن الجهات الوصية لا تقدم ولا توفر الخدمات الصحية في القطاع العمومي فقط، بل أن تكون جاهزة لمواجهة التحديات المستقبلية (الأحداث غير المتوقعة، الكوارث) وأن تكون قادرة على ايجاد حلول للمشكلات الحالية؛
- التحديد في إطار عمليات تتسم بالشفافية ومشاركة السياسات والاستراتيجيات، والخطة الصحية التي تظهر التوجه الواضح للنظام الصحي؛
- تطوير استراتيجية تسمح بترجمة الخطط والأهداف ذات الصلة، عن طريق خطوط توجيهية بهدف تحديد آثار هذه الأهداف على خطة التمويل، الموارد البشرية اللازمة، المنتجات الصيدلانية، التكنولوجيا، والهياكل، وكذا تقديم الخدمات الصحية.

2. أنظمة المعلومات الصحية: كي تتمكن الجهات الوصية من التسيير الفعال للنظام الصحي يتوجب أن تتوفر لها معلومات ذات جودة حول التحديات والمشكلات في السياق الذي يعمل فيه النظام الصحي وكذا فعاليته، لذا يتوجب أن تتوفر المعلومات التالية في الوقت المناسب:

- التقدم المنجز في حل المشكلات الصحية وتحقيق الأهداف الاجتماعية خاصة العدالة والإنصاف، التي يتم الحصول عليها عبر الدراسات الاستقصائية، les ménages، الحالة المدنية، المتابعة والمراقبة الوبائية؛
- التمويل الصحي عن طريق دراسة الميزانيات الوطنية للصحة، تحليل الإنفاق، المعوقات المالية، الإنتاجية للفئات الفقيرة؛
- الاحتياجات على مستوى الموارد البشرية الصحية، وتطورها، استهلاك المنتجات الصيدلانية والدوائية وإمكانية الحصول عليها، عائد فائدة وتكلفة التكنولوجيا، توزيع وخصائص البنى التحتية الصحية والعلاقات الموجودة فيما بينها.

لذا يجب توفير ميكانيزمات تسمح بتوفير هذه المعلومات يذكر منها:

- مخطط وطني للمتابعة والتقويم، يحتوي معايير ومؤشرات قاعدية وأساسية وتحديد الهدف منها، وتحديد آليات وطرق تتعلق بجمع، تسيير وتحليل الاتصال واستعمال البيانات؛
- نظام يعمل على إتاحة المعلومات لكل الجهات الفاعلة والمعنية بما فيها، المجموعات، المجتمع المدني، المهنيون الصحيون، ورجالات السياسة.

3. الموارد البشرية الصحية: يعتبر المهنيون الصحيون عاملا أساسيا ومهما لصحة السكان، المعالجون الأكفاء هم معالجون يملكون القدرة على الاستجابة لاحتياجات وتوقعات الأفراد المعرضين للإصابة، لذا يجب العمل على تحسين مستوياتهم ومهاراتهم عن طريق تحسين التوظيف، التعليم والتكوين، الأداء، الولاء، وكذا آليات توزيعهم وهذا يفرض:

- اتخاذ ترتيبات وإجراءات من أجل الحصول على نسب صحيحة (العدد، التنوع في التخصصات، الكفاءات) من القوى العاملة؛
- وضع أنظمة أجور تحتوي معايير ومقاييس ذات صلة بالحوافز المتعلقة بالكفاءات؛
- إنشاء آليات تنظيمية وقانونية على المستوى الكلي للنظام لضمان نشر وتوزيع العاملين بما يتناسب مع الاحتياجات؛
- تحديد معايير متعلقة بالعمل، نشر أنظمة الدعم، وخلق بيئة عمل مساعدة وملائمة للعمل؛
- وضع آليات تسمح بتعاون الأطراف المعنية (المجموعات الاستشارية من الوكالات الصحية، مجموعات التنسيق الخاصة بالمتبرعين والمانحين، القطاع الخاص، الجمعيات والتنسيقيات المهنية، المجموعات، جمعيات المرضى/ المستهلكين).

4. المنتجات التكنولوجية، الصيدلانية والدوائية: يعكس هذا العامل الحصول على الأدوية الأساسية، اللقاحات، تجهيزات التشخيص بأسعار معقولة، وكذا التكنولوجيا والتقنية الصحية ذات الجودة المضمونة، واستعمالها بطريقة عقلانية، علمية، ومربحة.

من وجهة نظر اقتصادية تحتل المنتجات الصيدلانية في أغلبية الحالات المركز الثاني في الميزانيات الصحية من حيث النسبة بعد الأجور. والنقاط التالية أساسية لعمل النظام الصحي في هذا الجانب:

- وضع نظام للمعايير التي تحدد القوانين التي تمنح تراخيص للأدوية التي تباع في السوق المحلي ومراقبة السلامة عند الاستعمال، وإنشاء أنظمة تفتيش وتوفير مخابر لمراقبة جودة الأدوية المطروحة؛
- توفير قوائم وطنية للأدوية الأساسية، بروتوكولات وطنية للتشخيص والعلاج، معدات تخضع لمعايير محددة حسب مستويات الرعاية الصحية بهدف توجيه وتحديد المشتريات، التعويضات، والتكوين؛

- نظام للتموين والتوزيع، يضمن الحصول على المنتجات الطبية والتكنولوجيات الصحية الأساسية عن طريق وسائط عمومية وخاصة؛
- برنامج وطني يدعم الوصف العقلاني والرشيد للأدوية.

5. تقديم الخدمات: تقاس فعالية النظام بفعالية الخدمات التي يقدمها والتي تعتمد على:

- وجود شبكات رعاية تكون قريبة من السكان محددة ومدعمة في إطار المناطق الصحية، أو أنظمة صحية محلية، توفر خدمات مختصة، واستشفائية؛
- عرض باقة خدمات تغطي النطاق الكامل وتوفر تدخلات اكلينيكية متكاملة، وخدمات الصحة العمومية، والتي تستجيب لمجموعة المشاكل الصحية التي يواجهها السكان، بما فيها أهداف الألفية من أجل التنمية؛
- توفير معايير ومبادئ توجيهية لضمان الحصول على الخدمات التي تعرض رعاية تتميز بأبعادها الأساسية الخاصة بالجودة (السلامة، الفعالية، التكامل، الاستمرارية، رعاية تركز على المريض)؛
- وجود آليات تضمن أن مقدمي الخدمات يكونون مسؤولين عن إتاحة وجودة الخدمة الصحية، وأن يكون صوت المستفيدين مسموعا.

ثانيا: التحديات التي تواجه النظام الصحي الجزائري.

لقد شهدت الجزائر قفزة نوعية في مجال الارتقاء بالحالة الصحية للمجتمع، حيث لوحظ تحسن في العديد من المؤشرات الصحية من خلال تراجع معدل الوفيات بصفة عامة وارتفاع في معدل الأمل في الحياة لدى الأطفال عند الولادة. إلا أن هذا التحسن بالإضافة إلى الأساليب التي كانت تستعمل في تقديم وتوزيع الخدمات، وكيفية استخدام الموارد المالية والمادية المتاحة لقطاع الصحة لم يرقى إلى تحقيق العوائد المستهدفة منها، مما استوجب إعادة النظر في السياسة الصحية، من خلال تبني مشروع جديد لإصلاح المستشفيات بهدف إرساء مبدأ العدالة في تقديم الخدمات الصحية، والترشيد في النفقات الصحية لضمان الاستمرارية في توزيع الخدمات؛ وكذا الاعتماد على الطب الوقائي، لكن ما ينفق في هذا المجال لا يمثل سوى 5%[2] من الميزانية.

بالإضافة إلى أن ضعف التنظيم الصحي أدى إلى بروز ظاهرة التبذير في العلاج واستهلاك الأدوية علما بأن العديد من المواطنين لا يمتلكون دفاتر صحية، كذلك التوزيع السيء للمصالح

الصحية عبر الوطن أثر على مردودية هذه المصالح، بحيث يعاني السكان في المناطق الكثيفة نقصا في الهياكل الصحية على عكس مناطق أخرى التي تتوفر فيها هياكل ضخمة بينما الكثافة السكانية قليلة، ولمعرفة هذا الخلل يعتمد على نسبة تشغيل الأسرة من طرف المرضى، وكذا عدد الذين تداولوا على السرير في مدة معينة.

لذلك سيتم السعي لحصر أهم المعوقات والتحديات الي يواجهها النظام الصحي والتي يمكن تقسيمها إلى المجالات التالية:

1. مشاكل في التخطيط: تمثلت أهم مشاكل التخطيط في:

- عدم وجود خريطة صحية؛
- غياب شبه كلي لمعايير تسمح بتخطيط الموارد والوسائل، وحتى إن وجدت لا يتم أخذها بعين الاعتبار أو لا يتم تطبيقها بالدقة المطلوبة؛
- لا يتم الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الابيديميولوجية للمحيط الديموغرافي الذي تنشأ فيه البنى التحتية بهدف تقديم خدمات صحية ملائمة لها. [3]
- تتوجه أعداد كبيرة من السكان نحو المنشآت ذات المستوى العالي EPH, EHS, CHU، ويتم تجاوز المنشآت الأخرى التي تتكفل بالوقاية والعلاج القاعدي وذلك بسبب انتقال المريض من منشأة صحية إلى أخرى دون أي توجيه واضح وبدون أن يتلقى التكفل المناسب والصحيح؛
- يتوجب على قاعات العلاج وعيادة متعددة الخدمات، تغطية احتياجات الوقاية والعلاج القاعدي إلا أنها لا تستجيب دائما إلى المهام الموكلة لها؛
- الحملات الوقائية والتحسيسية تكون منعزلة وفردية وليست جزءا من نظام وتنسيق بين مختلف المنشآت والجهات من أجل إنجاحها مما يضعف أثرها؛ [4]
- عدم وجود الخبرات المتخصصة في مجال التخطيط؛
- عدم وجود وعي تخطيطي لدى القائمين على إدارة القطاع وكذا غياب الكفاءات القادرة على التخطيط العلمي والسليم وذلك يرجع إلى أن تولي الوظائف التخطيطية والقيادية يتم على اساس الأقدمية في التعيين وليس وفق الكفاءة والخبرة؛

- غياب الرؤية الاستراتيجية للخدمة الصحية في الجزائر، وعدم التنسيق والتكامل بين جهات تقديم الخدمة الصحية؛
- عدم وضوح الأدوار المنوطة بكل جهة من جهات تقديم الخدمة وغياب التكامل فيما بينها مما يؤدي إلى تداخلات ينتج عنها اهدار الموارد وعدم تحديد المسؤوليات؛[5]

2. مشاكل في التنظيم: تمثلت أهم المشاكل التنظيمية في:

- عدم إدراج القطاع الخاص في التنظيم العام للخدمات الصحية وبالتالي لا يتم التركيز على المراقبة الدورية والمستمرة لأدائه؛
- الضغط الكبير على مصالح الاستعجالات سواء من حيث ضعف التنظيم، وبعد المنشآت، بالإضافة إلى العجز المسجل في دور الولادة من حيث عدم وجود أسرة كافية للتكفل؛
- صعوبة الحصول على استشارة متخصصة وخاصة في ولايات الجنوب؛
- انقطاع الاتصالات والروابط التنظيمية بين المؤسسات الصحية البعيدة والمستشفيات. [6]
- ضعف في مجال تنظيم الحملات الخاصة بمواجهة الأمراض غير المعدية منها الأمراض السرطانية، أمراض القلب والأوعية الدموية. [7]
- عدم توازن الموارد والوسائل والمناطق الموزعة عليها، مما أفرز معه عدم فعالية الهياكل الصحية، إذا لا يزال تركيز معظم المراكز الصحية في الشمال، وكلما تم الانتقال إلى الجنوب والمناطق الداخلية لا يتم ايجاد تغطية إلا بنسبة 10-15 % حيث تبقى مهمتهم الرئيسية في تحويل المريض نحو الشمال لتبقى بذلك 50% من الهياكل غير عملية؛[8]
- انتظار طويل للمريض في قسم الاستعجالات، وسوء التكفل والاستقبال؛ [9]
- عدم قيام وزارة الصحة بدورها التنسيقي بين جهات تقديم الخدمة الصحية؛[10]

3. مشاكل في التنفيذ: تمثلت أهم المشاكل التنفيذية في:

- غياب العامل الإنساني في المنشآت الصحية؛
- ضعف مردودية المنشآت المتواجدة في الضواحي بالإضافة إلى التوقف المبكر للأنشطة وعدم احترام مواقيت العمل؛
- عدم ملائمة وحدات الاستعجالات للمهام المسندة إليها؛

- إعطاء مواعيد على فترات بعيدة دون مراعاة الظروف الخاصة بالمريض والحالة التي يمر بها؛
- برنامج زراعة الأعضاء يشهد فترات انقطاع غير معروفة الأسباب. [11]
- عدم وجود سياسة واضحة لصيانة الأجهزة والمعدات مما يؤدي إلى انخفاض معدل عمر الأجهزة؛[12]
- جمود الأجهزة التنفيذية وعدم قدرتها على تلبية المطالب التي اتسع حجمها وتغير جوهر احتياجاتها. [13]

4. مشاكل في التسيير: تمثلت أهم المشاكل التسييرية في:

- نقص غير مبرر في الأدوية والمواد الصيدلانية؛
- مديونية المؤسسات الاستشفائية بحيث أصبحت غير قادرة على تسديد حقوق الموردين؛
- عدم تطبيق الإجراءات والبرامج المحددة في مختلف المؤسسات الصحية؛
- عدم استقرار عمل المؤسسات الصحية والذي ساهم فيه الكثير من القائمين على المؤسسات الصحية (مسؤولون إداريون، أطباء، شبه طبيين)؛
- حدوث أعطال مستمرة للتجهيزات والمعدات الطبية بسبب ضعف سياسة واستراتيجية الصيانة؛
- عدم إنشاء اللجان المشتركة في المؤسسات الصحية. [14]
- معاناة الموارد البشرية الصحية وغياب التحفيز الملائم، وانتشار الإضرابات لأسباب اجتماعية ومهنية (المسار المهني، امتحانات الجدارة...). [15]
- عدم التركيز على رضا العملاء رغم أنه أهم معيار لجودة الخدمات، وهذا في ظل انتشار ظاهرة التغيب، الاستقبال غير الجيد للعملاء، ومشاكل متعلقة بتوفير المعلومات والاتصال مع العملاء؛
- تخلي الأطباء المتخصصين خاصة منهم الاستشفائيين الجامعيين عن القطاع العام، الذي يعتبر بمثابة العمود الفقري للنظام الوطني للصحة والتوجه سواء نحو الخارج أو نحو القطاع الخاص، حيث توفر لهم كل الامتيازات خاصة المادية منها، وهذا يؤثر سلبا على مساهمة

الهياكل الصحية العمومية، سواء في تقديم العلاج ونوعية الخدمات الصحية، أو في أنشطة التكوين والبحث العلمي.[16]

5. مشاكل متعلقة بأخلاقيات العمل: تمثلت أهم المشاكل المتعلقة بأخلاقيات العمل في:

- غياب ونقص المختصين الصحيين المدركين لطريقة سير عمل الخدمات الصحية وطرق التكفل بالمرضى؛
- اللامسؤولية في تطبيق النشاطات المكملة لتقديم الرعاية الصحية. [17]

6. مشاكل متعلقة بالمعلومات والاتصال: تمثلت أهم المشاكل المتعلقة بالمعلومات والاتصال في:

- غياب نظام معلومات وطني رغم وجود العديد من المبادرات لإنشاء نظم فرعية منها EPIMAT, EPISTAT, EPIPHARM، وأيضا يلاحظ عدم تكاملها، مما أدى إلى غياب واجهة إلكترونية كلية للمعلومات الصحية مع أنظمة معلومات فرعية للمؤسسات الموثوقة الموجودة؛
- تتعامل المؤسسات الصحية بصورة ضيقة مع الاتصال وذلك في المجالات التالية: معالجة الشكاوى، معلومات المريض، طرق وأساليب حل المشاكل، وغيرها من المجالات؛
- غياب الحوار والتعامل الاجتماعي مع الشركاء الاجتماعيين. [18]

7. مشاكل قانونية وتشريعية: تتمثل أهم المشاكل القانونية والتشريعية في:

- غياب قانون خاص بالصحة؛
- عدم العمل أو تنفيذ العديد من النصوص التنفيذية الخاصة بالقانون 05-85 (متعلق بحماية الصحة وترقيتها) ؛
- عدم تنفيذ العديد من النصوص التي تنظم امتحانات التقدم الوظيفي للمختصين في الصحة؛ [19]
- تعدد الأجهزة الرقابية التي يخضع لها قطاع الخدمات الصحية في الجزائر وعدم التنسيق بينها نفسها لتحقيق المصلحة أو الفائدة المرجوة من أدائها. [20]

القطاع الصحي يفتقر في جانبه التنظيمي إلى الفعالية والانسجام بين مختلف وحداته ومصالحه وبدرجة أكبر إلى نقص التسيير الاقتصادي وعامل الاحترافية والعلمية المعتمدة على التخطيط المحكم والمراقبة المستمرة عند التنفيذ، فعملية التسيير في غالب الأحيان إما أن يقوم بها أفراد يفتقدون إلى

التكوين الجيد أو يقوم بها أطباء يفتقرون كلية إلى أبجديات وأساليب التسيير والإدارة وذلك بحكم تخصصهم وهذا النقص في التسيير والتنظيم

يجب إعادة الاعتبار للمهام الأساسية للمستشفى العمومي لكي يتكفل بالمرضى، والاستعجالات، والاستقبال بصفة دائمة، وأن يكون المستشفى متفتحا، ومفتوحا على محيطه، إذ أنه ذلك المكان المفضل للبحوث العلمية والطبية والاجتماعية والاقتصادية.

المحور التطبيقي: أسباب تدني جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء.

لمعالجة موضوع الدراسة من الجانب التطبيقي على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية تم الاعتماد على:

أولا: إجراءات الدراسة الميدانية.

1. مجتمع وعينة الدراسة: تم حصر مجتمع الدراسة في كل من الأطباء العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري والتي يقدر عددها بأربعة مستشفيات من أصل ثلاثة عشر مركز استشفائي جامعي موجودة في الجزائر وهي:

1. المركز الاستشفائي الجامعي باتنة
2. المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة
3. المركز الاستشفائي الجامعي سطيف.
4. المركز الاستشفائي الجامعي عنابة.

وقد اجريت الدراسة باستعمال أسلوب المعاينة العشوائية حيث شملت 286 طبيب، وذلك لمعرفة أهم الأسباب المؤدية إلى تدني جودة الخدمات الصحية.

2. حدود الدراسة: امتد المجال الزمني لهذه الدراسة من أفريل 2016 إلى جانفي 2017. كما تم تحديد أربعة محاور رئيسية تؤثر على جودة الخدمات الصحية تمثلت في:

- محور العاملين ويشمل كل من التكوين، التحفيز والتمكين
- محور الإدارة.
- محور الجودة ويشمل المواصفات والمقاييس، طرق العمل، موقع وتصميم المستشفى.
- محور الاتصال ونظام المعلومات

3. أداة الدراسة: بغرض التعرف على الأسباب المؤدية إلى تدني جودة الخدمات الصحية تم اعتماد الاستبيان كأداة للدراسة وذلك لاستقاء المعلومات مباشرة من العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية ولمعرفة آراءهم ووجهات نظرهم ليتم تجميعها في شكل تكرارات ونسبة مئوية بهدف ابراز كيفية توزيع الأسباب على مختلف محاور الدراسة.

4. تحليل نتائج الدراسة: تم جمع إجابات الأطباء في الأربع محاور الأساسية المذكورة أعلاه، أي محور العاملين، الإدارة، الجودة، الاتصال ونظام المعلومات. كما نتجت عن آراء المستجوبين أسباب أخرى لتدني مستوى الخدمات الصحية.

يعطي الجدول الموالي النسب المئوية لمختلف الإجابات عن المحاور.

جدول رقم (01): الأسباب التي أدت إلى تدني جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء

البعد	التكرار	النسبة المئوية%
العاملين	166	32
الإدارة	186	35
الجودة	70	13
الاتصال ونظام المعلومات	45	9
أخرى	59	11

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

أ. العاملين: يتضح من الجدول السابق أن بعد العاملين لا يزال يواجه العديد من الصعوبات وهذا ما تعكسه النسبة المئوية 32%، وتمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت الى تدني جودة الخدمات الصحية نحو بعد العاملين في:

- نقص الموارد البشرية سواء من حيث التعداد أو التخصص والكفاءة (الطاقم الطبي، الطاقم الشبه الطبي، الطاقم الاداري) وقد سجلت أكبر نسبة بـ 23.6%.
- نقص التكوين المستمر الملائم سواء تعلق الأمر بالطاقم الطبي، الشبه الطبي والطاقم الإداري. وعدم إتاحة فرصة التكوين للجميع وذلك بنسبة 26.2%.
- ضعف أنظمة تحفيز، تشجيع وتقدير الطاقم الطبي والشبه الطبي سواء تعلق الأمر بالإدارة أو الطبيب رئيس المصلحة (M.chef) مع المرؤوسين بنسبة 11.24% من مجموع

الأسباب الخاصة بمحور التسيير غير الملائم للموارد البشرية: عدم متابعة ومراقبة العاملين من حيث الكم والنوع، غياب نظام لتقييم أداء العاملين...

- عدم ملائمة ظروف العمل بنسبة 3.51% : ضغط العمل (surcharge) والطلب المستمر على الخدمة دون انقطاع والعجز في تغطيته من قبل العاملين، غياب العمل الجماعي والتنسيق بين مختلف الفرق، وجود مسؤوليات كثيرة على عاتق الطاقم الطبي، عدم توفير الظروف الملائمة المساعدة على طرح الاقتراحات من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية، نقص في أماكن العمل (المكاتب)...
- عدم تقبل التغيير.

ب. الادارة: يتضح من الجدول رقم (01) أن نسبة بعد الادارة هي 35% وهي أعلى نسبة **وقد** تمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت الى تدني مستوى الخدمات الصحية في بعد الإدارة في:

- نقص وعدم ملاءمة الموارد المادية (وسائل، معدات، تجهيزات، الكواشف réactifs. أدوية): سوء توزيعها، وعدم الاهتمام بها من أجل تحسين وتطوير العمل، وذلك بنسبة 27.77% من مجموع الأسباب المدرجة في بعد الإدارة...
- التسيير والتنظيم غير الملائم لمناخ العمل والمصالح من حيث الهيكلة والتصميم، وذلك بنسبة 16.6%: عدم ملاءمة الهيكل التنظيمي، الصراع القائم بين الإدارة والأطباء فيما يخص نطاق الصلاحية والسلطة، تهميش الأطباء في القرارات الخاصة بالمستشفى ووضع الأهداف، غياب التنظيم في العمل بين مختلف المصالح وعلى مختلف المستويات، سوء تنظيم أنشطة ومهام المصلحة، ضعف في تخطيط برامج العمل، وجود بعض التخصصات التي لا تملك مصلحة خاصة بها...
- غياب الكفاءة الادارية وغياب الدعم لتقديم خدمات ذات جودة وقد سجلت نسبة 10.5% من مجموع نسب الأسباب المتعلقة ببعد الإدارة: غياب نظام للتسيير ذي جودة، غياب تحديد المشاكل الحقيقية من أجل حلها ما تعلق منها بالمريض أو العاملين، الاختيار غير المناسب للمسيرين وعدم امتلاكهم الثقافة المطلوبة في مجال الصحة، نقص في مشاركة الإداريين...

- غياب انظمة فعالة المتابعة والمراقبة وذلك بنسبة 7.4%.
- العجز في القدرة الاستيعابية.

ج. الجودة: يظهر الجدول رقم (01) أن نسبة بعد الجودة احتلت المرتبة الثالثة بنسبة 9% وقد تمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت الى تدني مستوى الخدمات الصحية في بعد الجودة في:

- غياب سياسية واضحة حول مستوى الجودة الواجب توفيرها وذلك بنسبة 10.46% : غياب مختصين في الجودة على مستوى المستشفى، عدم ملاءمة المنشآت والبنى، غياب المعلومات حول الجودة وسط الأطباء والعاملين، غياب بروتوكولات واضحة للتكفل على مستوى مختلف المصالح، غياب القوانين، غياب الإجراءات المنظمة لتطبيق واحترام الجودة...
- نقص في تحديد معايير العمل ومعايير الجودة بنسبة 16.27% من مجموع الأسباب المتعلقة بمحور الجودة: عدم اهتمام المسيرين بالجودة والتركيز على الكم، نقص التقويم الدوري للجودة ومردودية العمل، غياب ثقافة الجودة...
- نقص أنظمة السلامة والنظافة والوقاية داخل المراكز الاستشفائية الجامعية.

د. الاتصال ونظام المعلومات: تمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت الى تدني مستوى الخدمات الصحية في متغير الاتصال في:

- ضعف الاتصال بين مختلف المصالح وداخل المصلحة الواحدة بنسبة 33.33 %: صعوبة تحديد وتبادل المعارف بين مختلف المصالح...
- نقص في المعلومات بنسبة 28.9%.
- ضعف التنسيق والاتصال بين الإدارة والعاملين وذلك بنسبة 13.33%: غياب الآليات والبروتوكلات التي تسهل الاتصال في مختلف المستويات، ضعف الاستماع والإصغاء...
- غياب نظام معلومات مركزي بنسبة 11.2%.

هـ. أسباب أخرى: تمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت إلى تدني مستوى الخدمات الصحية خارج متغيرات الدراسة في:

- مجانية العلاج بنسبة 18.64%.

- توافد أعداد كبيرة من المرضى بالمقارنة مع إمكانيات المنشآت بحيث لم يتغير عدد الأسرة (عجز في القدرة الاستيعابية) بنسبة 21.7%.
- غياب الوعي والضمير وحب المهنة والصدق في العمل والافتقار إلى الإنسانية.
- عائق الأمن بالنسبة للطاقم الطبي (التعرض لتهديدات ومضايقات).
- المريض في آخر سلم الأولويات.
- نقص الحرية المهنية.
- نقص المهنية على كل المستويات.
- غياب التكفل بالمرضى خارج المستشفى.
- التنسيق بين مختلف الفاعلين في النظام.

الخاتمة:

رغم كل أشكال التقدم الذي تشهده النظم الصحية إلا أن النظام الصحي الجزائري لا يزال يواجه العديد من النقائص والتحديات التي تعيق عملية الاصلاح التي يشهده في السنوات الأخيرة من أجل تحقيق تنمية صحية رغم تسخيره لمختلف الموارد مما يفرض ضرورة العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية بصورة عادلة عن طريق توفير عدة شروط وآليات وكذا تدخل مختلف الأطراف الفعالة والمؤثرة في العملية سواء كانت الوزارات، أو المؤسسات الصحية أو الجمعيات المدنية. لذا على الاصلاحات أن تركز على النقاط التالية:

- الأخذ بعين الاعتبار ترشيد نفقات الصحة من خلال إدارة رشيدة وفعالة؛
- إعادة النظر في الخريطة الصحية من أجل تحقيق التوازن في توزيع الخدمات الصحية على مختلف المناطق الجغرافية التي يخدمها النظام الصحي؛
- تطوير نماذج تسييرية جديدة تتماشى مع المعطيات الجديدة، وتوضيح السياسة الصحية الواجب اتباعها من أجل مواكبة المتطلبات الاجتماعية وضمان وجود انظمة متابعة ومراقبة للخطط وآلية تنفيذها؛
- توفير الموارد المادية والبشرية من حيث الكم والنوع بما يتماشى وحاجات المؤسسات الصحية في ظل توفير ظروف عمل ملائمة؛

- تحسين أنظمة السلامة والصيانة وذلك بسبب النسب المعتبرة للاعطال التي تؤثر على معدلات أعمار الأجهزة والمعدات التي تعتمد عليها المؤسسات الصحية بدرجة كبيرة؛
- تفعيل النظام الصحي القائم على التدرج في تقديم العلاج من المنشآت الصحية الوقائية إلى المستويات المتخصصة من أجل تخفيف الضغط الذي تشهده هذه الأخيرة؛
- تنظيم الحملات التحسيسية والوقائية عبر برامج وطنية لضمان التنسيق بين مختلف مؤسسات النظام الصحي؛
- توفير قاعدة بيانية صحية وطنية يمكن الاعتماد عليها من أجل تخطيط وتنظيم العلاج.

ويجب التركيز على أن هذه الإصلاحات تشكل في مجموعها كلا متماسكا، ولا يمكن تحقيق اصلاح واحد في معزل عن تحقيق بقية الاصلاحات.

قائمة المراجع:

[1] Rapport "**Eléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé**", organisation mondiale de la santé, 2010, P1-3.

[2] عدمان مريزق، عدمان محمد، **التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية**، مداخلة في الملتقى الدولي الابداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، البليدة، 2011 ص03.

[3] **Les réformes en santé évolution et perspectives**, rencontre d'évaluation, Alger, 2015 www.**sante**.dz/Rencontre_evaluation_alger_2015/, consulté le 07/4/2016, P 73-81.

[4] L. Abid, **Organisation actuelle du système de santé et perspectives**, intervention au Colloque International sur les Politiques de Santé, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, Alger 18-19 Janvier, 2014

[5] علي سنوسي، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر03، الجزائر، 2010/2009، ص 284-289.

[6] **Les réformes en santé évolution et perspectives**, op.cit, P 73-81.

[7] عدمان مريزق، عدمان محمد، مرجع سابق، ص04.

[8] نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص 155-164.

[9] عدمان مريزق، عدمان محمد، مرجع سابق، ص04.

[10] علي سنوسي، مرجع سابق، ص 284-289.

[11] **Les réformes en santé évolution et perspectives**, op.cit, P 73-81.

[12] نور الدين حاروش، ، ص 155-164.

[13] عدمان مريزق، عدمان محمد، مرجع سابق، ص 4.

[14] **Les réformes en santé évolution et perspectives**, op.cit, P 73-81.

[15] عدمان مريزق، عدمان محمد، مرجع سابق، ص03.

[16] نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 177.

[17] Ibid, P 73-81.

[18] Ibid,, P 73-81.

[19] **Les réformes en santé évolution et perspectives**, rencontre d'évaluation, op.cit, P 73-81.

[20] علي سنوسي، **مرجع سابق**، ص 284-289.