

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 1

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات

تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة

اطرحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علوم التسيير، شعبة تسيير المنظمات

إشراف الأستاذة الدكتورة:

- إلهام يحيايوي

إعداد الطالبة:

- وفاء سلطاني

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
د/ خلوط علاوة	أستاذ محاضر أ	جامعة باتنة	رئيسا
أ.د يحيايوي الهام	أستاذة التعليم العالي	جامعة باتنة	مقررا
أ.د/ مقري زكية	أستاذة التعليم العالي	جامعة باتنة	عضوا
أ.د/ براهيمية ابراهيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة	عضوا
أ.د/ قايد تليلان نواره	أستاذة التعليم العالي	جامعة بجاية	عضوا
أ.د/ بوعظم كمال	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف	عضوا

# إهداء

إلى من احببت كل حياتي الى شمعة انارت دربي وكانت رفيقة حياتي حفظك الله واطال  
في عمرك الى امي العزيزة فتيحة.

الى اغلى الناس من كان سندا ودعما لي ولم يينخل علينا بأي شيء حفظك الله ورعاك  
دوما الى ابي العزيز مجيد.

الى اخي الوحيد والعزيز حسام وزوجته وابنه الغالي ادم.

الى اخوتي البنات العزيزات: هدى وابنها الكتكوت لؤي، خولة ومنار.

الى زوجي العزيز والغالي الذي كان انسي وسندي في هذه الحياة جمال.

وفاء سلطاني

# شكر وتقدير

الشكر لله عز وجل الذي أثار دربي، وفتح لي أبواب العلم

وأمدني بالصبر والإرادة.

ثم الشكر للأستاذة المشرفة: الأستاذة الدكتورة إلهام يحياوي على قبولها الإشراف على هذا العمل، على سعة صدرها وعلى توجيهاتها ونصحها السديد.

الشكر موصول أيضا لجميع أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه الأطروحة.

وأشكر كذلك كل الإداريين والعاملين في قطاع الصحة والأستاذة سهالي على كل ما قدموه لي من تسهيلات ومعلومات قيمة كان لها الدور الفعال في إنجاز هذه الأطروحة. كما اشكر الأستاذة الدكتورة قايد نواره على دعمها ومساعدتها.

دون أن يفوتني شكر كل أساتذتي وكل العمال بالكلية وكل من ساعدني من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل.

لكم مني جميعا كل الشكر والامتنان

وفاء سلطاني

# فهرس المحتويات

إهداء.....	
شكر.....	
I.....	فهرس المحتويات
XIV.....	فهرس الجداول
XVII.....	فهرس الأشكال
XVIII.....	فهرس الملاحق
أ.....	مقدمة
ب.....	مشكلة الدراسة
ب.....	فرضيات الدراسة
ج.....	أسباب اختيار الموضوع
ج.....	أهمية الدراسة
د.....	أهداف الدراسة
د.....	منهج الدراسة
د.....	الدراسات السابقة
م.....	هيكلة الدراسة
1.....	الفصل الأول: ماهية الخدمات الصحية
2.....	مقدمة
3.....	المبحث الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية
3.....	1. مفهوم الخدمات الصحية
3.....	1. مفهوم الخدمة والصحة
5.....	2. مفهوم الخدمات الصحية

7	I . 3 التطور التاريخي للخدمات الصحية.....
9	I . 4 خصائص الخدمات الصحية.....
11	II . انواع الخدمات الصحية.....
12	II . 1 الخدمات الصحية التعليمية.....
12	I . 2 الصحة المهنية.....
12	II . 3 الخدمات الصحية الصيدلانية.....
13	II . 4 خدمات التأهيل والرعاية الصحية.....
13	II . 5 خدمات الصحة الرياضية.....
13	II . 6 الطب عن بعد (الطب الالكتروني).....
15	III . مستويات الخدمات الصحية.....
15	III . 1 الخدمات الصحية الأولية.....
16	III . 2 الخدمات الصحية الثانوية (العلاجية).....
17	III . 3 الخدمات الصحية الثالثة او التخصصية.....
17	IV . جودة الخدمات الصحية.....
17	IV . 1 مفهوم جودة الخدمات الصحية.....
19	IV . 2 اشكال جودة الخدمات الصحية.....
20	IV . 3 اهداف جودة الخدمات الصحية.....
21	V . ابعاد جودة الخدمات الصحية.....
21	V . 1 بعد الاستجابة.....
22	V . 2 بعد الاعتمادية.....
22	V . 3 بعد الضمان.....
23	V . 4 بعد الملموسية.....
24	V . 5 بعد التعاطف.....
26	المبحث الثاني: النظام الصحي .....
26	I . مفهوم النظام الصحي ومكوناته.....

26.....	1. ا مفهوم النظام الصحي.....
26.....	2. ا مكونات النظام الصحي.....
28.....	II. محددات اداء النظام الصحي.....
28.....	1. II مؤسسات عرض الخدمات الصحية.....
29.....	2. II محددات الاداء الصحي.....
30.....	III. اصلاح وتغيير النظام الصحي.....
31.....	1. III دوافع التغيير في المؤسسات الصحية.....
32.....	2. III ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية.....
33.....	3. III ميادين وانواع التغيير في المؤسسات الصحية.....
36.....	IV. ادارة التغيير في المؤسسات الصحية.....
37.....	1. IV استراتيجيات التغيير في النظام الصحي.....
39.....	2. IV معوقات تنفيذ التغيير.....
42.....	<b>المبحث الثالث: الضمان الصحي وتمويل الخدمات الصحية.....</b>
42.....	1. ا ماهية التأمين الصحي.....
42.....	1. ا مفهوم التأمين الصحي.....
43.....	2. ا التطور التاريخي لتأمين الصحي.....
43.....	3. ا انواع الضمان الصحي.....
44.....	4. ا اهداف الضمان الصحي.....
45.....	5. ا فوائد الضمان الصحي.....
49.....	II. برامج الضمان الصحي وطرق تقديمها.....
49.....	1. II برامج الضمان الصحي.....
50.....	2. II طرق تقديم الخدمات في ضمان الصحي.....
50.....	3. II اسباب عزوف شركات التأمين الربحية عن الضمان الصحي.....
51.....	III. تمويل الخدمات الصحية.....
51.....	1. III اسباب ارتفاع تكاليف التمويل الصحي.....

52.....	III 2. اعادة النظر في نظم تقديم وتمويل الخدمات الصحية.
53.....	III 3. السياسات الجزئية التدريجية.
55.....	IV .1 سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي.
55.....	IV 1. نظام الصحي التعاوني.
56.....	IV 2. ادخال نظام رسوم مقابل الخدمات.
57.....	IV 3. خصخصة الخدمات الصحية.
58.....	IV 4. تنويع مصادر تمويل الخدمات الصحية.
58.....	IV 5. ترشيد الانفاق واحتواء التكاليف.
60.....	خاتمة الفصل الاول.
<b>61.....</b>	<b>الفصل الثاني: اساليب تقييم مستوى الخدمات الصحية وآليات تحسينها.</b>
62.....	مقدمة.
63.....	المبحث الاول: تقييم الأداء الصحي.
63.....	I. مفهوم عملية تقييم الاداء واهدافها.
63.....	I. 1. مفهوم تقييم الاداء.
64.....	I. 2. اهداف تقييم الاداء.
65.....	II. الكفاءة.
65.....	II. 1. مفهوم الكفاءة.
67.....	II. 2. مؤشرات قياس الكفاءة.
68.....	III. الفعالية.
68.....	III. 1. مفهوم الفعالية.
69.....	III. 2. الاساليب المستخدمة في قياس الكفاءة.
70.....	III. 3. الفرق بين الكفاءة والفعالية.
71.....	IV. مؤشرات تقييم الاداء الصحي.
72.....	IV. 1. مؤشرات الصحة العامة.
74.....	IV. 2. مؤشرات تقييم اداء المستشفى.

81	المبحث الثاني: أساليب تقييم الخدمات الصحية
81	1. لوحة القيادة وبطاقة الأداء المتوازن
81	1. 1 ماهية لوحة القيادة
83	2. 1 تقييم وقياس أداء مقدمي الخدمة الصحية
84	3. 1 لوحة قيادة مقدمي الخدمة الصحية
85	4. 1 بطاقة الأداء المتوازن وقياس أداء مقدمي الخدمات الصحية
86	5. 11 قياس الأداء على مستوى محور التعلم التنظيمي (القياسات المتعلقة بالموارد البشرية)
87	11. أسلوب التحليل التطويقي للبيانات DEA
87	11. 1. مفهوم أسلوب التحليل التطويقي للبيانات
90	11. 2. أهم نماذج أسلوب التحليل التطويقي للبيانات
90	11. 3. مبدأ عمل أسلوب DEA
93	111. نموذج تقييم الخدمات الصحية SERVQUAL
93	111. 1. مفهوم نموذج SERVQUAL
94	111. 2. ابعاد نموذج SERVQUAL
98	111. 3. مبدأ عمل نموذج SERVQUAL
99	المبحث الثالث: آليات تحسين الخدمات الصحية
99	1. التغيير في المنظمات الصحية
99	1. 1 ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية
100	1. 2 ميادين وأنواع التغيير في المنظمات الصحية
102	1. 3 استراتيجيات التغيير في المنظمات الصحية
103	1. 4 معوقات التغيير في المنظمات الصحية
105	11. إدارة الجودة الشاملة (TQM) كآلية لتحسين الخدمات الصحية
106	11. 1 مفهوم جودة الخدمة الصحية
107	11. 2 نبذة عن التطور التاريخي للجودة الشاملة Total Quality



110.....	II 3. إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.
112.....	II 4. متطلبات الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.
115.....	III الكايزن كأسلوب لتحسين مستوى الخدمات الصحية.
115.....	III 1. مفهوم الكايزن.
117.....	III 2. مبادئ وأهداف الكايزن.
119.....	III 3. استراتيجية "الكايزن".
120.....	III 4. مقارنة باستراتيجية (الكايزن) مع إستراتيجية (6 سيحما).
121.....	IV. التسيير التقديري للموارد البشرية كآلية لتحسين الخدمات الصحية.
122.....	IV 1. ماهية الإدارة التقديرية للموارد البشرية.
124.....	IV 2. أبعاد الإدارة التقديرية.
128.....	IV 3. مراحل الإدارة التقديرية للموارد البشرية.
132.....	خاتمة الفصل الثاني.

## الفصل الثالث: تشخيص واقع الخدمات بالمنظومة الصحية

### الجزائرية.....133

134.....	مقدمة.
----------	--------

### المبحث الاول: المنظومة الصحية في

### الجزائر.....135

135.....	I. مفهوم المنظومة الصحية ومكوناتها.
135.....	I.1. تعريف المنظومة الصحية.
136.....	I.2. مكونات المنظومة الصحية.
137.....	II. التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر.
138.....	II 1. مرحلة ما قبل الاستقلال.
138.....	II 2. المرحلة من سنة 1962 إلى سنة 1965.
139.....	II 3. المرحلة من سنة 1965 إلى سنة 1979.
141.....	II 4. المرحلة من سنة 1979 إلى 1995.

142.....	5. المرحلة من سنة 1996 إلى 2007	II
142.....	6. المرحلة ما بعد سنة 2007	II
143.....	تنظيم النظام الصحي بالجزائر وهيكله	III
143.....	1. تنظيم المنظومة الصحية	III
143.....	1.1. المستوى المركزي	III
144.....	2.1. المستوى الجهوي	III
144.....	3.1. المستوى الولائي	III
145.....	2. الهياكل والمؤسسات بالمنظومة الصحية	III
145.....	1.2. المؤسسات الصحية العمومية	III
146.....	2.2. المؤسسات الصحية الخاصة	III
147.....	IV. دوافع التغيير في المنظومة الصحية الجزائرية	IV
147.....	1. IV. دوافع وأسباب التغيير	IV
148.....	2. IV. أهداف التغيير	IV
150.....	المبحث الثاني: مؤشرات تقييم الخدمات الصحية في الجزائر	II
150.....	1. مستوى الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية	I
150.....	1. الجانب التنظيمي	I
150.....	2. عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية:	I
151.....	3. الجانب المالي والمحاسبي	I
151.....	4. الصيانة	I
151.....	5. منافسة القطاع الخاص	I
152.....	II. الاختلالات والعراقيل التي تواجه المنظومة الصحية	II
152.....	1. اختلالات متعلقة بالتنظيم	II
152.....	2. اختلالات مرتبطة بعملية التمويل	II
153.....	3. اختلالات متعلقة بالوسائل المادية والموارد البشرية	II
153.....	4. اختلالات المتعلقة بالإعلام والتكوين	II

154.....	III. مؤشرات تقييم الخدمات الصحية بالدول المغاربية - دراسة مقارنة -
154.....	III.1. تعداد إجمالي السكان.....
155.....	III.2. الزيادة السكانية (% سنوياً) .....
156.....	III.3. إجمالي معدل المواليد (لكل 1000 شخص).....
156.....	III.4. إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد.....
157.....	III.5. العمر المتوقع للإناث عند الميلاد (بالسنوات).....
157.....	III.6. العمر المتوقع للذكور عند الميلاد، (بالسنوات).....
158.....	III.7. معدل الوفيات الأولي (لكل 1000 شخص).....
159.....	III.8. معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي).....
159.....	III.9. معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي).....
160.....	III.10. نسبة وفيات الأمهات (لكل 100 ألف مولود حي) .....
161.....	III.11. نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي.....
161.....	III.12. نسبة الإنفاق القطاع العام على الخدمات الصحية (من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية).....
162.....	III.13. نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي).....
162.....	IV. التدابير والحلول المتعلقة بالمنظومة الصحية.....
165.....	المبحث الثالث: سياسات اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.....
165.....	I. التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر.....
165.....	I.1. التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر من الاستقلال حتى سنة 1990.....
166.....	I.1.1. من الاستقلال سنة 1962 إلى 1973.....
167.....	I.1.2. فترة 1973 - 1980.....
168.....	I.1.3. الفترة من 1980-1990.....
168.....	I.2. السياسة الصحية في الجزائر في فترة الانتقال السياسي والاقتصادي.....
168.....	I.2.1. الفترة من 1990-2002: غياب التوافق بين التحول التنظيمي للنظام الصحي والتحول الديمغرافية والوبائية في الجزائر.....

173.....	I. 2.2. الفترة ما بين 2002-2010 ومحاولة إعطاء دفع للسياسة الصحية في غياب رؤية استشرافية واضحة.
173.....	II. النمط التعاقدي كأساس لإصلاح المستشفيات في الجزائر.
174.....	II. 1. أطراف التعاقد في الجزائر.
176.....	II. 3. أهداف النظام التعاقدي.
177.....	II. 3. مسار النهج التعاقدي في الجزائر.
180.....	III. السياسات البديلة لتسيير قطاع الصحة العمومي.
180.....	III. 1. سياسات جزئية لإصلاح النظام الصحي.
181.....	III. 1.1. رفع كفاءة الأداء واحتواء التكاليف.
181.....	III. 2.1. التنسيق والتعاون بين القطاع العام والخاص لتفعيل الأداء.
182.....	III. 3.1. تفعيل الوصول إلى الأدوية الأساسية.
182.....	III. 4.1. خلق مصادر تمويل جديدة.
183.....	III. 2. سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي.
183.....	III. 1.2. نظام الضمان الاجتماعي الإجباري.
184.....	III. 2.2. تفعيل دور الضمان الاجتماعي في التأمين على المرض.
184.....	III. 3.2. موارد الضمان الاجتماعي.
184.....	III. 4.2. تنظيم عمل الضمان الاجتماعي.
186.....	III. 5.2. التنسيق بين أطراف التعاقد.
188.....	IV. الأدوات والقواعد التي تمكن تسيير عصري للمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.
191.....	خاتمة الفصل الثالث.
192.....	الفصل الرابع: دراسة ميدانية لتقييم مستوى الخدمات الصحية بولاية باتنة.
193.....	مقدمة.
194.....	المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية لولاية باتنة.
194.....	I. مدخل لولاية باتنة.
194.....	I. 1. الوضعية الجغرافية لولاية باتنة.

195.....	2. الوضعية الإدارية لولاية باتنة.....
197.....	3. تعداد وتوزيع سكان ولاية باتنة حسب التقسيم الإداري.....
198.....	II التعريف بالمنظومة الصحية لولاية باتنة.....
198.....	1. الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية باتنة.....
199.....	2. الهياكل العمومية والشبه عمومية والخاصة بالمنظومة الصحية لولاية باتنة.....
203.....	III. التجهيزات الطبية والموارد البشرية بالمنظومة الصحية لولاية باتنة.....
204.....	2. III التجهيزات الطبية بالمنظومة الصحية لولاية باتنة.....
205.....	IV. مشاريع وهياكل المنظومة الصحية لولاية باتنة.....
<b>207.....</b>	<b>المبحث الثاني: تقييم الامكانيات المادية والبشرية بالمنظومة الصحية لولاية باتنة.....</b>
207.....	1. المؤشرات الرئيسية للصحة.....
207.....	1. ا. مجموع الولادات.....
208.....	2. ا. عدد الولادات الحية.....
208.....	3. ا. عدد الولادات الميتة.....
208.....	4. ا. عدد الاطفال المولودين احياء ثم ماتو بعد عام.....
209.....	5. ا. عدد الولادات العمليات القيصرية والولادات المبكرة.....
209.....	II. توزيع الأسرة حسب المصالح الاستشفائية بالمؤسسات الصحية لولاية باتنة.....
209.....	1. II. توزيع الأسرة حسب مصالح المركز الاستشفائي الجامعي.....
211.....	2. II. المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد مريم بوعتورة.....
211.....	3. II. المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر.....
212.....	4. II. المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة مستشفى الأمراض الصدرية سابقا.....
213.....	5. II. المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة.....
213.....	6. II. المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف -بريكة-.....
214.....	7. II. المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات -بريكة-.....
214.....	8. II. المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس.....
215.....	9. II. المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة.....

216.....	10. المؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة.	II
216.....	11. المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1	II
217.....	12. المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2	II
217.....	III. توزيع الموارد البشرية حسب الوظائف بالمؤسسات الصحية لولاية باتنة.	III
217.....	1. المركز الاستشفائي الجامعي	III
218.....	2. المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد مريم بوعتورة.	III
219.....	3. المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر.	III
220.....	4. المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة مستشفى الأمراض الصدرية سابقا.	III
220.....	5. المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة.	III
221.....	6. المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف -بريكة-	III
222.....	7. المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات -بريكة-	III
223.....	8. المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس.	III
223.....	9. المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة.	III
224.....	10. المؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة.	III
225.....	11. المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1	III
226.....	12. المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2	III
227.....	المبحث الثاني: المنهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية.	III
227.....	I. مجتمع وعينة الدراسة.	I
227.....	1. مجتمع الدراسة.	I
228.....	2. عينة الدراسة.	I
229.....	II. آليات جمع البيانات.	II
229.....	1. الأسلوب المستخدم لجمع البيانات.	II
230.....	2. استمارة البحث.	II
231.....	III. أدوات التحليل الإحصائي.	III
231.....	1. تحديد ثبات أداة القياس.	III

232.....	اختبار ليكرت	2. III
233.....	المعالجة الإحصائية	3. III
<b>234.....</b>	<b>المبحث الثالث: معالجة البيانات</b>	
234.....	معالجة البيانات الشخصية	I. 234
234.....	1. طبيعة التواجد في المؤسسة الصحية	I. 234
235.....	2. الجنس	I. 235
236.....	3. السن	I. 236
237.....	4. الحالة المدنية	I. 237
238.....	5. المستوى التعليمي	I. 238
239.....	6. الدخل الشهري	I. 239
240.....	7. مكان الإقامة	I. 240
241.....	II. معالجة بيانات استبيان تقييم الخدمات الصحية	I. 241
241.....	1. معيار الملموسية	II. 241
242.....	2. معيار الاعتمادية	II. 242
244.....	3. معيار الاستجابة	II. 244
245.....	4. معيار الثقة	II. 245
246.....	5. معيار التعاطف	II. 246
248.....	6. النتائج الإجمالية	II. 248
249.....	III. معالجة بيانات استبيان آليات تحسين الخدمات الصحية وتحليل فوارق أجوبة أفراد العينة	III. 249
249.....	1. معالجة بيانات استبيان آليات تحسين الخدمات الصحية	III. 249
250.....	2. تحليل الفوارق بين أفراد العينة حسب مواصفاتهم الشخصية بالنسبة للإستمارة الموجهة لمتلقي الخدمة	III. 250
253.....	3. تحليل الفوارق بين أفراد العينة حسب مواصفاتهم الشخصية بالنسبة للإستمارة الموجهة لمقدم الخدمة	III. 253
<b>258.....</b>	<b>المبحث الرابع: اختبار الفرضيات، عرض النتائج وتفسيرها</b>	

258.....	I. اختبار الفرضيات.....
259.....	II. عرض النتائج وتفسيرها.....
262.....	خاتمة الفصل الثالث.....
264.....	خاتمة.....
271.....	قائمة المراجع.....
281.....	الملاحق.....
293.....	ملخص باللغتين العربية والاجنبية.....



## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
127	أبعاد الخطة الاستراتيجية	1
155	تعداد اجمالي السكان للدول المغربية.	2
155	نسبة الزيادة السكانية للدول المغربية	3
156	إجمالي معدل المواليد (لكل 1000 شخص) لدول المغربية	4
156	اجمالي العمر المتوقع عند الميلاد لدول المغربية.	5
157	العمر المتوقع للإناث عند الميلاد (بالسنوات) لدول المغربية	6
158	العمر المتوقع للذكور عند الميلاد	7
158	معدل الوفيات الاولي للدول المغربية	8
159	معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات لدول المغربية	9
160	معدل وفيات الرضع للدول المغربية	10
160	نسبة وفيات الامهات - لكل 100 الف مولود حي - في الدول المغربية	11
161	نسبة الانفاق على الخدمات الصحية من اجمالي الناتج المحلي لدول المغربية	12
162	نسبة انفاق القطاع العام على الخدمات الصحية لدول المغربية	13
163	نصيب الفرد من الانفاق على الرعاية الصحية بالدول المغربية	14
195	دوائر وبلديات ولاية باتنة	15
197	توزيع سكان ولاية باتنة حسب نوع المناطق السكنية	16
200	الهياكل العمومية لقطاع الصحة بولاية باتنة	17
202	الهياكل الشبه عمومية والخاصة بقطاع الصحة ولاية باتنة	18
203	الموارد البشرية الطبية بالقطاع الصحي لولاية باتنة	19
205	العمليات المنجزة بمديرية الصحة لولاية باتنة (2011/2005)	20
207	مجموع الولادات والولادات بالوسط الاستشفائي لولاية باتنة	21
208	عدد الولادات الحية	22
208	عدد الولادات الميتة	23
208	عدد الولادات احياء لولاية باتنة	24
209	عدد الولادات العمليات القيصرية والولادات المبكرة	25
210	عدد الاسرة لمصالح المركز الاستشفائي الجامعي	26
211	عدد الاسرة لمصالح مؤسسة امراض النساء والتوليد مريم بوغتورة	27
212	عدد الاسرة لمصالح مؤسسة الامراض العقلية بالمعذر	28
212	عدد الاسرة لمصالح مستشفى الأمراض الصدرية سابقا	29
213	عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة	30

213	عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف -بريكة-	31
214	عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية عميرات -بريكة-	32
215	عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس	33
215	عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة	34
216	عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية زيزة مسيكة مروانة	35
216	عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1	36
217	عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2	37
217	توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي	38
218	توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد مريم بوعتورة	39
219	توزيع الموارد البشرية بمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر	40
220	توزيع الموارد البشرية بمستشفى الأمراض الصدرية سابقا باتنة	41
221	توزيع الموارد البشرية المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة	42
221	توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف -بريكة-	43
222	توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات -بريكة-	44
223	توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس	45
224	توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة	46
225	توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية زيزة مسيكة مروانة	47
226	توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1	48
227	توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2	49
228	عدد الأسرة والموارد البشرية العاملة بالمؤسسات الصحية الممثلة لمجتمع الدراسة	50
232	معامل ألفا كروناخ	51
234	توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة التواجد في المؤسسة	52
235	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	53
236	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	54
237	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة المدنية	55
238	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	56
239	توزيع أفراد العينة حسب متغير الدخل الشهري	57
240	توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان الإقامة	58
241	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الملموسية	59
243	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الاعتمادية	60

244	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الاستجابة	61
245	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الثقة	62
247	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار التعاطف	63
248	تقييم الأبعاد الخمسة للخدمات الصحية	64
249	تحليل أجوبة أفراد العينة حول آليات تحسين مستوى الخدمات الصحية	65
250	فوارق أجوبة افراد العينة حسب معيار الجنس للإستمارة 1	66
251	فوارق أجوبة افراد العينة حسب خاصية الحالة المدنية للإستمارة 1	67
252	فوارق أجوبة افراد العينة حسب خاصية مكان الإقامة للإستمارة 1	68
253	اختبار فيشر للإستمارة 1	69
253	فوارق أجوبة افراد العينة حسب معيار الجنس للإستمارة 2	70
254	فوارق أجوبة افراد العينة حسب خاصية الحالة المدنية للإستمارة 2	71
255	فوارق أجوبة افراد العينة حسب خاصية مكان الإقامة للإستمارة 2	72
256	اختبار فيشر للإستمارة 2	73

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
66	مصادر الكفاءة	01
82	لوحة القيادة حسب "Michel Leroy"	02
88	التطويق بالتوجه المخرجي	03
125	أدوات الإدارة التقديرية	04
129	مراحل وخطوات عملية تخطيط الموارد البشرية على مستوى المنظمة	05
194	الخريطة توضح موقع الولاية في الجزائر	06
196	موقع البلديات والدوائر بولاية باتنة	07
197	توزيع سكان ولاية باتنة حسب نوع المناطق السكنية	08
204	التجهيزات الطبية بقطاع الصحة لولاية باتنة	09
234	توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة التواجد في المؤسسة	10
235	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	11
236	توزيع أفراد العينة حسب السن	12
237	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة المدنية	13
238	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	14
239	توزيع أفراد العينة حسب متغير الدخل الشهري	15
240	توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان الإقامة	16
241	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الملموسية	17
243	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الاعتمادية	18
245	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الاستجابة	19
246	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الثقة	20
247	تقييم الخدمات الصحية وفق معيار التعاطف	21

## فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
281	استبيان تقييم الخدمات الصحية	01
286	استبيان آليات تحسين مستوى الخدمات الصحية	02
291	الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية باتنة	03

# مقدمة

## مقدمة

تعتبر الخدمات الصحية من أهم متطلبات الإنسان فهي تتعلق بحالته الصحية وعافيته، ما جعلها تحتل مكانة بارزة في اهتمامات الجميع، ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الفرد بل أيضا لزيادة قدرته على البناء والتنمية، وفي هذا المعنى تمثل الخدمات الصحية أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، وهي إن كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على تقديم الأداء الأفضل في مختلف مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

إن الاهتمام بالخدمات الصحية، والعمل على جعلها في المستويات المطلوبة التي تنال رضا المتلقين لها وتحقق احتياجاتهم هي أولوية يجب أن يسهر على تحقيقها أي نظام مؤسسي سواء على المستوى الكلي أو الجزئي، غير أن إصدار الأحكام عن مستويات الأداء وجودة الخدمات لا يتم إلا باتباع أساليب علمية ومنهجية تمكن من دراسة دراجات الفعالية والإحاطة بمختلف حيثياتها لتكوين صورة واضحة ودقيقة تؤدي إلى تحديد جوانب القوة ومكامن الخلل ومحاولة تحسينها وتصحيحها. وعلى الرغم من ذلك، يعد موضوع قياس مستوى الخدمات من بين المواضيع الحديثة نسبيا، خاصة في المجال الصحي، ولا يزال تقييم الخدمات الصحية وتحديد مستويات أدائها موضوع نقاش وجدل بين الباحثين وأصحاب الاختصاص.

ومما لا شك فيه أن الخدمات الصحية هي من أكثر الخدمات التي يكون على عاتق الدولة توفيرها وبالمستويات المطلوبة والمستهدفة، ولذلك فهي تسعى دوما إلى تحسينها وتطوير مستويات جودتها بالبحث في مختلف الأساليب والآليات التي تمكن من تحقيق ذلك، وبالتالي تحقيق المنفعة للفرد بصورة خاصة والمجتمع والدولة بصورة عامة.

وفي ظل اهتمام معظم الدول بالخدمات الصحية بأساليب وأنظمة مختلفة، فالجزائر من بينها فقد اهتمت بتحسين مستوى خدماتها الصحية من خلال برامج وسياسات اصلاحية مختلفة. مرت سياسة اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر بعدة مراحل منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، كانعكاس للظروف التي سادت في كل مرحلة على حدى، سواء الظروف السياسية والاقتصادية وحتى الاجتماعية والبيئية، ولكل سياسة عناصرها وأهدافها، إلا أن الهدف الرئيسي هو تطوير نوعية الخدمات الصحية باعتبار ان الصحة هي اهم ما يملكه الفرد.

رغم كل الاصلاحات والمحاولات فقد اتضح في الآونة الاخيرة أن المنظومة الصحية في الجزائر لا تزال بعيدة من ناحية تطوير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطن مقارنة بمعايير دولية رغم الجهود المبذولة في سبيل ذلك من طرف السلطات العمومية.

### مشكلة الدراسة:

نظرا لما تكتسبه الخدمات الصحية من أهمية بالغة بالنسبة للدولة بصورة عامة والفرد بصورة خاصة، وباعتبار المستوى الصحي للمجتمع مقياسا لدرجة تقدمه، تبقى الخدمات الصحية دوما بحاجة إلى تقييم دوري ومستمر يكون الهدف منه اكتشاف الانحرافات السلبية عن المستوى المطلوب والمستهدف للخدمة وتحديد أمثل الأساليب وأكثرها تلاءما مع المشاكل والتحديات التي يجب تصحيحها ومواجهتها. وفي هذا الإطار تكون الإشكالية الرئيسية لموضوع بحثنا كالاتي:

كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر، وماهي آليات تحسينها ؟

ومن خلال الإشكالية الرئيسية يمكن صياغة التساؤلات الفرعية كما يلي:

- ما هو الإطار النظري والمفاهيمي للخدمات الصحية؟
- ما هي أساليب تقييم الخدمات الصحية وآليات تحسينها؟
- ما هو واقع الخدمات بالمنظومة الصحية في الجزائر؟
- كيف يمكن تقييم مستوى الخدمات الصحية في ولاية باتنة باستخدام نموذج SERVQUAL ؟ وما هي آليات تحسينها ؟

### فرضيات الدراسة

في إطار انجاز الدراسة موضوع البحث؛ وللإجابة عن الإشكالية الرئيسية والتساؤلات تم صياغة الفرضيات التالية:

- الفرضية الأولى: وفقا لنموذج SERVQUAL لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل بعد على حدى.
- الفرضية الثانية: وفقا لنموذج SERVQUAL لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل الأبعاد معا.



- الفرضية الثالثة: وفقا لنموذج SERVQUAL فإن تقييم الخدمات الصحية يشير إلى وجود فوارق ذات دلالة احصائية حسب المتغيرات الشخصية لكل فرد.

### أسباب اختيار الموضوع

- هناك عدة أسباب تدفعنا لاختيار هذا الموضوع، ويمكن إيجاز أبرزها في ما يلي:
- الميول الشخصي نحو البحث في المجال الصحي وفهم مختلف حيثياته، وآليات تسييره، كيفية تقييم الخدمات الصحية ودراسة آليات تحسينها.
- الاستمرارية في المجال العلمي والبحث الأكاديمي في ميدان تسيير المنظمات.
- الرغبة في معرفة مدى نجاعة الإصلاحات التي تقوم بها الوزارة الوصية على القطاع الصحي، ومدى تطبيق المنظمات الصحية لها.
- إثراء المحتوى المكتبي بموضوعات تتطرق للخدمات الصحية وأساليب تقييمها.

### أهمية البحث

تتبع أهمية البحث بالدرجة الأولى من الأهمية البالغة للخدمات الصحية في حد ذاتها، سواء بالنسبة للفرد، المجتمع أو الدولة، وذلك لما للخدمات الصحية من انعكاسات على عافية الفرد وسلامته الجسمانية والعقلانية من جهة وآثارها على الجوانب التنموية الاجتماعية واقتصادية لأي بلد من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك فإن للخدمات الصحية جانبا وقائيا توعويا يهدف إلى تجنب وقوع الأوبئة والأمراض أو انتشارها. يضاف إلى ذلك النمو الديمغرافي، كثرة الأمراض والحوادث مما يتطلب مضاعفة للجهود سواء البشرية، المادية وحتى المعنوية والبحثية.

فتح المجال للقطاع الخاص، وتزايد انتشار المنظمات المقدمة للخدمات الصحية ما يستوجب تكثيف الرقابة وإيجاد أساليب فعالة لتقييم الخدمات الصحية ومحاولة تحسينها.

من جانب آخر فإن البحث يعتمد في تقييمه لمستوى الخدمات الصحية على المعايير النوعية والكمية معا، من خلال اعتماد عدة مؤشرات لتقييم مستوى الخدمات الصحية وتحديد مدى تلاؤمها مع الأهداف المسطرة ومدى توافقها مع توقعات المتلقين للخدمات الصحية وإدراكاتهم الفعلية لها.

## أهداف البحث

- يهدف هذا البحث بصورة عامة إلى تقييم مستوى الخدمات الصحية في ولاية باتنة والمساهمة في تحسينها، من خلال كشف الغموض عن عدة نقاط أهمها:
- توضيح الإطار النظري للخدمات الصحية وطرق تقييمها.
  - تسليط الضوء على واقع الخدمات بالمنظومة الصحية في الجزائر عامة وفي ولاية باتنة بصفة خاصة.
  - الكشف عن ظروف عمل مقدم الخدمات الصحية (الطاقم الإداري، الطبي والشبه طبي) ومختلف العراقيل التي تواجهه؛ خاصة مع الاضرابات المتعددة والمستمرة التي باشرها عمال القطاع.
  - تقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسات الصحية بولاية باتنة.
  - معرفة موقف المؤسسات الصحية في ولاية باتنة من آليات التقييم ومدى استعمالها أو العمل بنتائجها.
  - المساهمة في الإثراء المعرفي في مجال الخدمات الصحية.
  - المساهمة في تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية بولاية باتنة.

## منهج الدراسة

- يتمثل منهج الدراسة في مجموع الإجراءات والعمليات التي تمكن الباحث من الإجابة على اشكالية البحث واختبار فرضياته؛ وفي هذا الإطار قمنا باتباع المنهج الوصفي التحليلي في إعداد عملنا هذا:
- ففي جانبه النظري اعتمدنا على مصادر المعلومات الثانوية كالكتب والمجلات العلمية والمقالات سواء باللغة العربية أو باللغات الأجنبية.
  - أما في الجانب التطبيقي فقد تم اللجوء للاستبيان بغية تقييم مستوى الخدمات الصحية بولاية باتنة؛ وقد تم تجميع المعلومات ومعالجتها باستخدام برنامج الإعلام الآلي SPSS "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية نسخة 19".

## الدراسات السابقة

- حضي موضوع "تقييم الخدمات الصحية وأساليب تحسينها" باهتمام بالغ؛ فأتتجت العديد من الأعمال البحثية في هذا المجال نذكر منها ما يلي:

## 1. دراسة تليلان نواراة: النظام الصحي الجزائري بين الفعالية والانصاف محاولة تقييم الوضع الصحي للأطفال دراسة بولاية بجاية(2004)<sup>1</sup>

تهدف هذه الدراسة الى تقييم النظام الصحي الجزائري انطلاقا من صحة الطفل و صحة الام باعتبار ان الصحة احدى الحقوق الاساسية لطفل وهي ليست في متناول الجميع خصوصا في المناطق الريفية والقرى والمناطق البعيدة والصحة تمثل احد شروط التقدم الاقتصادي والاجتماعي والفردى ولكل دولة نظامها الصحي الخاص والمهيكل.

وكانت هناك تساؤلات مطروحة تتعلق بصحة الطفل في الجزائر وتتمحور اهمها فيما يلي:

هل النظام يلبي حاجياته الصحية؟

ماهي الحالة التي يعانيها هؤلاء الاطفال المتواجدين بالمناطق الريفية؟

حيث ميزت هذه الدراسة بين صنفين من الاطفال : اطفال ما قبل سن التمدرس واطفال متمدرسون

وبخصوص هذا الصنف الاخير تم طرح اشكالية حول المكانة المخصصة للصحة المدرسية في النظام الصحي

الوطني

منذ 1996 تم الاستغناء عن الطب المجاني فماهي الانعكاسات التي قد تنتج عن هذا سواء كان الامر يتعلق

بتسوية المشاكل المالية لهذا القطاع من جهة او تعلق الامر بالوضعية الصحية للفئات المعوزة وخاصة الاطفال

من جهة اخرى.

ومن هنا انطلقت الدراسة كبحت لاستجواب العائلات في ولاية بجاية لتقييم الحالة الصحية للأطفال

والامهات وتبيان الصعوبات التي تواجهها العائلات لتكفل بعلاج الاطفال وخصوصا الذين يعانون امراض

مزمنة

توصلت هذه الدراسة الى حل وحيد وهو اختيار نظام صحي مناسب يدعم النشطة الوقائية المتناسقة

التي ستخفض من حدة الرضع الاجتماعي والمالي من جهة، وتحسين صحة المواطنين بصفة عامة وصحة الطفل

بصفة خاصة من جهة اخرى.

## 2. دراسة ( Al-adham ، 2004): تقييم نوعية ومستوى اداء الخدمات الصحية في

المستشفيات الفلسطينية- نموذج لأداء الادارة الصحية الجيدة-

<sup>1</sup> Nouara kaid, thèse de doctorat: le système de santé algérien entre efficacité et équité- essai d'évaluation a travers la santé des enfants enquête de la willaya Bejaia, Alger, 2003.

هدفت الدراسة الى إمكانية تقصي تطبيق نظام إداري خاص بالجودة، وكذلك البحث عن العوامل المؤثرة في مستوى الأداء للخدمات المقدمة، بالإضافة الى معرفة مدى إمكانية تطبيق المستشفيات لمعايير الجودة .

طبقت هذه الدراسة على المستشفيات العاملة في مدينة نابلس وكان عددها ست مستشفيات، وتكونت عينة الدراسة من المرضى والعاملين فيها وكان عددهم 351 شخصا. أظهرت نتائج الدراسة وجود اختلافات ذات قيم إحصائية هامة فيما يتعلق بتقييم كل من العاملين والمرضى بمستوى الخدمات المقدمة في مختلف الأقسام العاملة ضمن المستشفى الواحد، وكذلك بين مختلف القطاعات الصحية والى ضعف ملحوظ في أداء غالبية الأقسام العاملة باستثناء الأقسام التابعة للمستشفيات الخاصة، وتقصير في جودة الخدمات الصحية في جميع قطاعات المستشفيات، كما أظهرت النتائج بأن معايير الجودة الشاملة لم تكن ضمن أولويات هذه المستشفيات باستثناء مستشفى رفيديا. وقدمت الدراسة نموذجا مقترحا لإدارة جودة الخدمات الصحية.

### 3. دراسة عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة

#### حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة(2008)<sup>1</sup>

تهدف هذه الدراسة الى معرفة واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:

- 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.

- ان أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل، بالإضافة إلى عدم وضوح المهام وضعف التأطير.

<sup>1</sup> عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"، اطروحة دكتوراه، الجزائر، 2008.

- تتمثل العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل، قلة التكوين ونقص التنظيم.

ركزت هذه الدراسة على التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر، ومما يؤخذ عليها أنها لم توضح أهمية تطبيق نظم وبرامج الجودة في معالجة أسباب تدني مستوى الجودة والأداء في هذه المؤسسات، إضافةً إلى أنها تجاهلت معايير نظم اعتماد المؤسسات الصحية.

#### 4. دراسة طلال بن عايد الاحمدي: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة

##### العربية السعودية (2009) <sup>1</sup>

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية من خلال قياس الكفاءة النسبية لمراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات الحكومية باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات. وتم استخدام عدد الاطباء، وعدد العاملين بالتمريض، وعدد الفئات الطبية المساعدة، وعدد المراكز كمدخلات لنموذج، وعدد زيارات المراجعين للعيادات وعدد الفحوص المخبرية، وعدد المرضى المستفيدين من التصوير الاشعاع كمخرجات للنموذج.

توصلت الدراسة الى ان متوسط الكفاءة النسبية لمراكز العناية الصحية الاولية هو 83.5% ، مما يعني ان مراكز الرعاية الصحية الاولية في مناطق المملكة يجب ان تكون قادرة على تقديم نفس المستوى من المخرجات باستخدام 83.5% من المدخلات الحالية او زيادة مخرجاتها بنسبة 16.5 % باستخدام نفس مستويات المدخلات الحالية اذا كانت تعمل بكفاءة نسبية تامة، ووفق لمؤشر الكفاءة الانتاجية العامة فان عدد المناطق ذات الكفاءة العامة النسبية التامة من حيث كفاءة المراكز الصحية الاولية فيها، هو 8 مناطق من نسبة 40%.

وبلغ متوسط الكفاءة النسبية لجميع المستشفيات الحكومية 89.9% ، مما يشير الى ان هذه المستشفيات يمكنها خفض مدخلاتها الحالية بنسبة 10.1% ، وتقديم نفس المستوى من المخرجات

<sup>1</sup> طلال بن عايد الاحمدي: تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز، الرياض، 2009.

او زيادة خدماتها للمستفيدين بنسبة 10.1 % باستخدام نفس مستويات المدخلات الحالية ادا تعمل بكفاءة نسبية، واطهرت النتائج ان عدد المناطق ذات الكفاءة العامة النسبية التامة من حيث كفاءة المستشفيات فيها 10 مناطق بالنسبة ل 50% ، وبناء على نتائج الدراسة يوصي الباحث بإعادة توزيع الموارد الصحية والتي من اهمها القوى البشرية في مراكز الرعاية الصحية الاولية والمستشفيات الحكومية بهدف الاستغلال الامثل لهذه الموارد واجراء مزيد من الدراسات حول اسباب عدم تحقيق المؤسسات الصحية للكفاءة النسبية وقياس اثر العوامل الخارجية على معدلات الكفاءة.

## 5. دراسة اسامة الفراج (2009): تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات

### التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى - نموذج لقياس رضا المرضى<sup>1</sup>

تهدف هذه الدراسة الى كشف جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى، وخلص الباحث إلى النتائج الآتية:

- لا تقف المسافة الجغرافية التي تفصل مكان سكن المريض عن المشفى حائلاً أمام خيار المريض للمشفى الذي يتمتع بمستوى جودة عالٍ لخدماته.
- تعتمد المشفى في خلق صورة ذهنية إيجابية لدى الآخرين من خلال التعامل مع المرضى الذين يمكثون في المشفى للعلاج لمدة زمنية طويلة نسبياً إذا ما تم مقارنتها بالمدة الزمنية التي يقضيها مريض العيادات الخارجية في المشفى.
- كفاءة الطبيب المهنية العامل في المشفى نفسه التي يقصدها المريض تؤدي دوراً أساسياً في تحسين سلسلة جودة خدمات الرعاية الصحية.
- تشكل سرعة استجابة المشفى لاحتياجات المريض عاملاً مهماً في خلق رضا عالٍ لدى المريض .

<sup>1</sup> اسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى-نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد الثاني، 2009، ص ص 53-73.

- يجب أن تصمم الخدمات الصحية وفقاً لتوقعات المرضى، لأن هذا يعد حجر الزاوية في تطوير الخدمات المتوافقة مع آمال المرضى ورغباتهم.

وأخيراً فإن النتائج التي أظهرتها الدراسة تدعم استخدام النموذج المقترح لقياس مستوى الرضا في مستشفيات التعليم العالي، مما يعد الخطوة الأولى في طريق تحقيق استراتيجية جودة الخدمة الصحية وفقاً لتوقعات المرضى.

## 6. دراسة عياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية (2009)<sup>1</sup>

تهدف هذه الدراسة الى تناول الوضع الاقتصادي في الجزائر، واتجاهات نموه، في ظل التطورات الاقتصادية العالمية. ومن ثم التطرق للوضع الصحية للسكان، من خلال مختلف المؤشرات والعناصر المحددة لها، ومحاولة عقد بعض المقارنات مع كل من المغرب وتونس.

توصلت الدراسة الى ان الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية يمكن اعتبارها مقنعة نسبياً، بالنظر إلى إيجابية المؤشرات الصحية المسجلة، في ضوء محدودية النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام. كما ان التحكم في التكاليف وترشيدها، وتخفيض حجم النفقات التي تتحملها الأسر، وحمايتها من الآثار السلبية للإنفاق الباهظ على الصحة، يمكن تحقيقها عبر تبني جملة من الإجراءات، نذكر منها:

- التركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج " العلاج الصحي القاعدي " بالنظر إلى فعاليته في ترشيد التكاليف، وكذا الدور الكبير الذي يلعبه في تحقيق التوازن المطلوب في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف المناطق، والفئات. إضافة إلى دوره في تجسيد البرامج الوقائية، ومن ثم التأثير الإيجابي على حجم النفقات الصحية.

- العمل على تجسيد مبدأ التسلسل في مستويات العلاج، وذلك بتفعيل دور المنشآت الصحية القاعدية، والمستشفيات الجهوية، لتخفيف الضغط المتنامي على المراكز الاستشفائية الجامعية.

<sup>1</sup> عياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الانسانية، العدد 31، المجلد ب، جامعة منتوري، قسنطينة، جوان 2009، ص. ص 293-309.

- وضع آليات لتنظيم مستويات عرض العلاج، أخذا بعين الاعتبار ضرورة التكامل بين القطاعين العام والخاص، وتحديد دور هذا الأخير في منظومة العلاج الوطنية، سعيا لتسهيل حصول الفئات الفقيرة على مختلف الخدمات الصحية.
- ضرورة مواجهة التحديات الجديدة، المتعلقة بتغير خريطة المرض، والهزم السكاني، وذلك بتكثيف برامج التوعية، والتكفل بالأمراض المزمنة، وأمراض الشيخوخة، بفعل الارتفاع المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة. وهو ما يدعم أهمية إدراج الدراسات السكانية في وضع، وصياغة السياسات الاجتماعية بشكل عام.

## 7. دراسة صفاء محمد هادي الجزائري وعلي غباش محمد وبشرى عبد الله شتيت

(2011): قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية - دراسة تطبيقية في مستشفى

الفيحاء العام - البصرة ،<sup>1</sup>

تعد جودة الخدمة من المجالات الأكثر أهمية في قطاع الخدمات الصحية، ان البحث في مستوى جودة الخدمات عامة، والخدمات الصحية خاصة، يقوم على أسلوب البحث العلمي الذي جرى عن طريق استخدام مقياس جودة الخدمة SERVQUAL، المكون من خمسة إبعاد رئيسية هي: الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد، التعاطف، فضلا عن استمارة الاستبانة المكونة من 22 متغير فرعي ترتبط بالأبعاد الرئيسة المشار إليها والتي تترجم مظاهر جودة الخدمة، وذلك لقياس مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفى الفيحاء العام، توصلت الدراسة الى ان هناك ضعف واضح في مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، فضلا عن وجود تفاوت في الأهمية التي يوليها أفراد عينة البحث لك متغير من المتغيرات الرئيسة.

## 8. دراسة (Kumar وآخرون 2011): فحص الجودة والكفاءة في نظام الرعاية

الصحية في الولايات المتحدة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> صفاء محمد هادي الجزائري وآخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية- دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام البصرة، مجلة الدراسات الإدارية، جامعة البصرة، العدد 4، 2011.



تهدف هذه الدراسة الى معرفة نوعية وكفاءة خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، وسعت لمعرفة أثر نوعية وكفاءة هذه الخدمات على مختلف الجهات المعنية لتحقيق أفضل قيمة مقابل كل دولار ينفق على الرعاية الصحية. كما تهدف إلى تقديم رؤى حول جهود إصلاح الجودة، وسياسة الرعاية الصحية المعاصرة والتغييرات القادمة عليها من قبل الاتحاد الفدرالي والسياسة المالية الخاصة بذلك، والخروج بتوصيات من أجل تحسين نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة مقارنة مع تلك الدول المتقدمة الأخرى. تم فحص نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة والاستفادة من البيانات المختلفة عن الاتجاهات الحديثة في كل من: الإنفاق، والآثار المترتبة في الميزانية، والمؤشرات الاقتصادية مثل الناتج المحلي الإجمالي، والتضخم والأجور والنمو السكاني. واستخدمت الخرائط العملية، ومخططات السبب والأثر والبيانات الإحصائية الوصفية لفهم العوامل المختلفة التي تؤثر على ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، واقترح مخطط السبب والأثر لتقديم الحلول الممكنة، لتحسين مجال الرعاية الصحية في الولايات المتحدة.

أظهرت نتائج الدراسة إن نظام الرعاية الصحية الأمريكي هام ومفيد لاقتصاد البلاد وسياسة الإنفاق الحكومية. ويتميز بأنه الأعلى في العالم ولكنه الأقل فاعلية بالمقارنة مع الدول الأخرى. وهذا الأمر انعكس سلباً على الملايين من المواطنين بسبب تكاليف الرعاية الصحية المتزايدة. وكذلك أظهرت النتائج بأن من العوامل الرئيسة المؤثرة في ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية هي نوعية الممارسات الطبية، وسياسة السداد، والتكاليف الناجمة عن استخدام التكنولوجيا، وسلوك المستهلك.

## 9. دراسة دبون عبد القادر (2012): دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات

الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kumar, Sameer; Ghildayal, Neha S.; Shah, Ronak N., (2011):Examining quality and efficiency of the US system, International Journal of Health Care Quality Assurance, Volume 24, Number 5, 2011

<sup>2</sup> دبون عبد القادر: دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، العدد 11، 2012، ص ص 215-224

تهدف هذه الدراسة لتعرف على الخدمة الصحية وتقييم الأداء في المؤسسة الصحية الذي يعتبر حلقة جوهرية لاهم وظائف الإدارة في المؤسسات الصحية ويعبر عن قدرتها في تحقيق اهداف الرعاية الصحية، كما تطرقت إلى جودة الخدمة الصحية حيث تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي فهناك منظور طبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية ومنظور المستفيد الذي يركز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، في حين تعني من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

توصلت هذه الدراسة الى وجود عراقيل تسمح بتحسين الخدمة الصحية والمتمثلة في:

- ضعف الاعتمادات المالية للمؤسسة
- الضعف المستمر في خدمات المؤسسة مع وجود بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة ككل، كنقص الاطارات الطبية
- عدم الحرية في اتخاذ القرارات الرئيسية للمؤسسة وذلك لوجود مديرية وصية ومن بعدها وزارة تقوم بتدخل في هذه القرارات.

ان ما يميز دراستنا عن الدراسات السابقة ما يلي:

- تشخيص واقع المنظومة الصحية في الجزائر وذلك بتناول الاحصائيات والمؤشرات التي تسمح بتقييمها؛
- مقارنة المؤشرات الصحية لكل من: الجزائر، تونس والمغرب واستخلاص مكانة الجزائر بينها؛
- سبل اصلاح المنظومة الصحية ومختلف السياسات التي اتخذتها الدولة من اجل ذلك؛
- ابراز ابعاد مختلفة لتقييم الخدمات الصحية بولاية باتنة؛
- اضافة آليات لتحسين مستوى الخدمات الصحية بولاية باتنة.

## هيكلة الدراسة

- في إطار إنجاز هذه الدراسة المعنونة بـ "تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها - دراسة ميدانية بولاية باتنة -"، ارتأينا تقسيم البحث إلى أربعة فصول بحيث:
- **الفصل الأول:** ماهية الخدمات الصحية، نستعرض أهم الجوانب النظرية للخدمات الصحية والنظام الصحي ومكوناته، بالإضافة الى عملية التمويل الصحي باعتباره اساس الخدمات الصحية في التمويل الصحي،
  - **الفصل الثاني:** يتم تحديد أبرز الأساليب المستخدمة في عملية تقييم الخدمات الصحية بالتطرق الى وظيفة الاداء واهم المؤشرات الصحية، ونتطرق خلال هذا الفصل لمجموعة من الآليات التي يمكن استعمالها في تحسين مستويات الأداء فيما يتعلق بالخدمات الصحية.
  - **الفصل الثالث:** ويتم تشخيص واقع الخدمات بالمنظومة الصحية في الجزائر وذلك بالتطرق الى المنظومة الصحية وتطورها واهم العراقيل التي تواجهها، ويتم تقييمها بالاعتماد على احصاءات عالمية، وفي الاخير مختلف التدابير والاقتراحات لتحسينها للوصول الى مستوى المرغوب.
  - **الفصل الرابع:** ويتضمن دراسة ميدانية أجريت بولاية باتنة بهدف تقييم مستوى الخدمات الصحية وتحديد آليات تحسينها.

# الفصل الأول

## ماهية الخدمات الصحية

## مقدمة

تعتبر الخدمات الصحية من أهم متطلبات الإنسان فهي تتعلق بحالته الصحية وعافيته، ومن هنا احتلت الخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان بل أيضا لزيادة قدرته على البناء والتنمية، وهي في هذا المعنى تمثل أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، وهي إن كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية ...

وسنحاول من خلال هذا الفصل أن نبين المقصود بالخدمات الصحية وبكل الجوانب المتعلقة بها، وذلك من خلال ثلاثة مباحث؛ بحيث:

نخصص المبحث الأول للمفاهيم الأساسية للخدمة الصحية وذلك بتناول مفهومها وتطورها التاريخي بالإضافة إلى مستوياتها وأنواعها؛ كما سنحاول أيضا من خلال هذا المبحث استعراض المقصود بجودة الخدمة الصحية باعتبار الجودة في هذا النوع من الخدمات الحساسة ضرورة وحتمية لا خيار تنافسي.

أما المبحث الثاني من هذا الفصل نتطرق للنظام الصحي ومكوناته باعتباره المسؤول عن إنتاج الخدمة الصحية وتطويرها حتى تقدم للجمهور بشكل يلقي القبول والاستحسان وهو ما يتطلب حتما إصلاحا مستمرا لهذه المنظومة الصحية، وهذا ما سنشير إليه بالتطرق إلى محددات ودوافع التغيير وإصلاحه.

وكمبحث ثالث في هذا الفصل، الذي يتناول نظام التأمين الصحي وتمويل الخدمات الصحية؛ اخترنا أن نخصص مبحثا كاملا لهذا العنصر نظرا لأهمية الضمان (التأمين الصحي) في تمويل الخدمة الصحية، فهذا الأخير يعتبر من أهم العوامل المؤثرة في شكل الخدمات الصحية وجودتها خاصة العمومية منها؛ وسيتم التطرق لهذا العنصر من خلال ذكر مفهوم التأمين الصحي أنواعه وأهدافه بالإضافة إلى تناول مختلف الإيجابيات والفوائد التي يوفرها مثل هذا النظام وبعض نماذج نظام الضمان الصحي واليات تطبيقها.

## المبحث الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية

تمثل الخدمات الصحية أهمية بالغة بالنسبة للدولة أو المجتمع بصورة عامة وبالنسبة للفرد بصورة خاصة، وذلك لما لها من تأثير على حياة الفرد وعافيته، وسنحاول من خلال هذا المبحث أن نبين أهم المفاهيم المرتبطة بمجال الخدمات الصحية.

### 1. مفهوم الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية مظهرا من مظاهر التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي بلد من البلدان لأنها تساهم في بناء إنسان قادر على الأداء والعطاء، وإلى جانب خصوصيتها الإنسانية تتميز الخدمات الصحية بخصوصية اجتماعية، اقتصادية وأخلاقية تزيد من أهميتها وقيمتها. فخصوصيتها الاجتماعية تتمثل في تكوين مجتمع سليم جسمانيا وعقليا، مجتمع واعي يحافظ على حالته الصحية وقادر على المعالجة والشفاء من الأمراض التي قد تصيبه، وعن خصوصيتها الاقتصادية فتتمثل في الحفاظ على صحة الإنسان القائم بالعملية الانتاجية والمنفذ لبرامج التنمية الاقتصادية. أما خصوصيتها الأخلاقية فتتمثل في التخفيف من آلام الإنسان وخلق روح الأمل فيه بإمكانية الشفاء مما يفتك به من أمراض تهدده وتذهب صحته.

### 1.1 مفهوم الخدمة والصحة

إن الحديث عن مختلف الخدمات ومنها الخدمات الصحية يعني أننا نتعامل مع أشياء غير ملموسة لا يمكن تملكها أو حيازتها عند شرائها، بل يمكن الحصول على منافعها وفوائدها، وفي هذا المعنى اختلفت وجهات النظر هناك حول تعريف الخدمة، ومن بين التعاريف نذكر ما يلي:

عرفت الخدمة على انها " أنشطة أو فعاليات غير ملموسة، ونسبية سريعة الزوال، أو أنها نشاط وأداء يحدث من خلال عملية تفاعل تهدف لتلبية توقعات العملاء وارضائهم مع عدم نقل الملكية".<sup>1</sup>

يشير هذا التعريف إلى تأكيد الجانب غير الملموس للخدمة، وأنها لا تتم إلا بوجود طلب من طرف آخر وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.

<sup>1</sup> سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، الطبعة الأولى، دار العشري، مصر، 2008، ص. 40.

كما يمكن تعريف الخدمات بأنها: " عبارة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عنها نقل ملكية أي شيء، كما ان تقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس".<sup>1</sup>

ما يميز هذا التعريف عن سابقه هو إضافة خاصية جديدة للخدمة، وهي كونها لا تمتلك مادياً من قبل مشتريها.

وتعرف ايضاً الخدمة بأنها: "كل نشاط يخلق قيمة ويعطي إضافة إيجابية للعميل في وقت ومكان محدد ويحدث تغيير إيجابي مرغوب لهذا العميل".<sup>2</sup>

وعلى هذا الأساس يمكن استعراض خصائص الخدمات فيما يلي:<sup>3</sup>

- اللاملموسية: تتصف الخدمات بكونها غير ملموسة أي لا يستطيع المشتري استخدام حواسه لإدراكها قبل شرائها.
- غير قابلة للفصل: ويقصد بذلك درجة الارتباط بين الخدمة والشخص الذي يتولى تقديمها أو الاستفادة منها، فالخدمة الصحية لا تظهر مثلاً إلا بوجود المريض.
- الملكية: وتعني عدم انتقال ملكية الخدمات عند شرائها حيث أن المستهلك يستهلك المنفعة دون امكانية تملك الخدمة ذاتها وهذا يمثل الفارق بين السلعة والخدمة.
- حتى تحقق المؤسسة تميزاً وتحسيناً في مستوى الخدمات التي تقدمها، وجب عليها ضمان مجموعة من العناصر، نوجز أهمها فيما يلي:<sup>4</sup>

- التميز في أداء الكوادر البشرية العاملة في المؤسسة الخدمية.
- توفير المكان الملائم لأداء الخدمة.
- إعلام الجمهور ومحاولة توعيتهم بمحتوى الخدمة، هدفها ومختلف الجوانب المتعلقة بها.

<sup>1</sup> عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999، ص48.

<sup>2</sup> Jochen Wiertz et autre : Marketing de services, 6eme édition, Pearson éducation, France, 2009, P 12.

<sup>3</sup> تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص. 23.

<sup>4</sup> سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 42.

- تجهيز مرافق وأماكن تقديم الخدمة بما يضمن سهولة وصولها وسلاستها.
- مواكبة التكنولوجيا والتزود بالأنظمة المعلوماتية والبرامج التي تمكن من توفير الدقة، ربح الوقت وتوفير الجهد البشري.
- توفير الأجهزة الفنية المساعدة لاحتياجات العمل وقربها من أماكن تأدية الخدمة.
- توفير آليات تمكن من التعامل الإيجابي مع شكاوي مراجعي الخدمة.
- تجنب الإجراءات البيروقراطية.

وبالنسبة للصحة، فإنها تعرف على أنها: "قدرة الأعضاء الجسمانية والعقلية للفرد من أداء الدور المنوط بها".<sup>1</sup> ومن هذا التعريف يتضح أنه من الخطأ أن ينظر للخدمات الصحية على أنها خدمات للمرضى تعمل على شفائهم فقط، فالصحة الجيدة تعني حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليست مجرد غياب وعدم الاتزان. وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة<sup>2</sup>: بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن".<sup>2</sup>

كما يعرف البنك الدولي أن كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي ، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير".<sup>3</sup>

## 2.1 مفهوم الخدمات الصحية

الخدمات الصحية مطلب أساسي لكل إنسان، تسعى جميع المجتمعات إلى توفيرها مهما اختلفت أنظمتها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول التزود بالإمكانات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء تعلق الأمر بالموارد البشرية أو التقنية أو المالية، وهذا للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية.

وتعرف الخدمات الصحية على أنها: "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية".<sup>4</sup>

<sup>1</sup> تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص. 27.

<sup>2</sup> طلعت الدمرداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس الزقازيق، مصر. الطبعة الثانية، 2006، ص 17

<sup>3</sup> إبراهيم طلعت، "التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية"، دار الكتاب الحديث، الجزائر 2009، ص 11

<sup>4</sup> محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983، ص. 23.



كما تعرف الخدمات الصحية بأنها: "العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصياً أو إرشادياً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول أو انتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل".<sup>1</sup>

وتعرف أيضاً بأنها: "مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب".<sup>2</sup>

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن الخدمات الصحية هي تلك الخدمات التي يوفرها القطاع الصحي للمجتمع بأسره، سواء كانت هذه الخدمات وقائية توجيهية أو علاجية استشفائية عامة أو متخصصة بهدف حماية الوضعية الصحية وتحسينها للفرد وللمجتمع.

ويجب علينا هنا الإشارة إلى ضرورة التفرقة بين مصطلحين يندرجان ضمن الخدمات الصحية وهما الرعاية الطبية والرعاية الصحية، بحيث:<sup>3</sup>

- الرعاية الطبية: ويقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية مثل الخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يتعلق بالخدمات الطبية المتخصصة والخدمات الطبية المكاملة كالفحوص المخبرية والتحليل الطبية، الطوارئ، العيادات الخارجية، الإسعاف التمريض، الخدمات الصيدلانية والغذائية وغيرها.

- أما الرعاية الصحية فيقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره بهدف توفير الصحة للجميع كحملات تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة والطفولة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية ورعاية المسنين وغيرها.

<sup>1</sup> محمد محمد ابراهيم، المرجع السابق، ص. 24.

<sup>2</sup> ألاء نبيل عيد الرزاق : استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية ( حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد)، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق ، العدد 90، 2011، ص 281

<sup>3</sup> تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص. 24.

### 3. التطور التاريخي للخدمات الصحية

إن الطب كعلم ومهنة هو ممارسة قديمة تاريخياً، ويمكن أن نشير هنا إلى أولى الممارسات التاريخية المسجلة في مجال الطب كمهنة مقننة والتي تعود إلى حوالي 4000 سنة جنوب غرب آسيا في بلاد الرافدين ما بين نهري الدجلة والفرات من خلال القوانين التي وضعها "حمورابي" (1686-1727 قبل الميلاد) والتي أسست لقواعد ممارسة مهنة الطب، ومنذ ذلك التاريخ تطورت هذه المهنة النبيلة وتطورت أسس وأساليب ممارستها، وفيما يلي عرض لمختلف الحقب التاريخية التي عرفتها المهنة:<sup>1</sup>

- العصر اليوناني: كان المرضى في اليونان القديمة يعتمدون على السحرة والمشعوذون في معالجة إصاباتهم وأمراضهم المختلفة، إلا أن المستوى الحضاري والثقافي والعلمي الذي عرفه العصر اليوناني جعل هذا الواقع التاريخي والإيديولوجي يتغير بالتخلي التدريجي عن الخرافات والسحر والتوجه نحو تشخيص الأمراض ومعالجتها وفق الأساليب العقلانية والمعرفية المعتمدة على التشريح البشري والعلوم الطبية والنفسية.<sup>2</sup> وبالتعرض للطب في العصر اليوناني يستوجب علينا الإشارة لـ "أبقراط" (460-370) قبل الميلاد) "Hippocrates" أو كما يعرف "أبو الطب" وصاحب "القسم" الذي لا يزال إلى غاية يومنا هذا يحمل اسمه ويستعمل في مختلف بقاع العالم عند الحصول على اجازة ممارسة الطب قانونياً، وقد نادى "أبقراط" بفصل الطب عن الدين والفلسفة، والتوجه به نحو المنطق، العقل والعلم والتخلي عن كل ما هو إيتيولوجي.<sup>3</sup>

- العصر الهندي: تعد الهند من بين أوائل الحضارات التي عرفت المؤسسة الصحية، حتى وإن كانت بدائية في ذلك الوقت فإنها كانت في عصرها تعتبر ابداعاً عظيماً من الناحية الحضارية والاجتماعية، وقد تميزت فترة حكم الملك Aska (273-232 قبل الميلاد) تطوراً ملحوظاً في هذه النماذج الاستشفائية من جهة وفي نوع الخدمات التي تقدمها خاصة في ما يتعلق بمعالجة الأم والطفل من جهة أخرى.<sup>4</sup>

- العصر الروماني: عملت الحضارة الرومانية بشكل كبير على نشر استعمال المستشفيات في كامل المناطق التي كانت تابعة لها، كما أنها عملت على تطوير منظومتها الصحية وتوفير موارد مادية تساعدها على

<sup>1</sup> سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 32.

<sup>2</sup> سعيد الدجاني، لحم هدية، مقدمة في فن التمريض، الطبعة الأولى، دار الأندلس للطباعة والنشر، بيروت، 1984، ص. 23.

<sup>3</sup> سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 34.

<sup>4</sup> محمد محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص. 26.

ممارسة عملها، فباعتبار روما إمبراطورية توسعية تخوض العديد من الحروب وجب عليها معالجة جرحاها ومصايبها من الجيوش، وقد عرفت المنظمة الصحية في العصر الروماني ازدهارا كبيرا في مختلف مستويات الخدمة التي تقدمها سواء الاستشفائية البسيطة أو حتى الجراحية منها.<sup>1</sup>

- العصر الإسلامي: في القرن السابع ميلادي ظهر العصر الإسلامي وظهر معه نوع جديد وأكثر تطورا من المستشفيات انتشرت في بغداد ودمشق ومناطق أخرى، وكانت هذه الأخيرة تحوي مختبرات وغرف للعلاج والعناية بالمرضى، فضلا عن مدارس متخصصة في مجال الطب البشري والعلوم الأخرى المرتبطة به.

وقد ذكر "Laclar" في كتاب بعنوان "تاريخ الطب العربي" أن العالم الإسلامي في القرن الحادي عشر أصبح يحصي أطباء ومختصين في مجال الصحة أكثر من أي منطقة أخرى في العالم، مما جعل لأطباء هذه المنطقة الأثر البالغ في تطور الممارسة الصحية، ولعل أحد الحجج لذلك الصورتان المعلقتان بالقاعة الرئيسية لكلية الطب بباريس لكل من "ابن سينا" و"الرازي".<sup>2</sup>

- العصور الوسطى: تنحصر العصور الوسطى في الفترة الممتدة من القرن الرابع عشر إلى الخامس عشر ميلادي وقد عرفت المنظمة الصحية المتمثلة في المستشفى آن ذاك والخدمة التي تقدمها تطورا ملحوظا وهذا راجع إلى سببين هما:<sup>3</sup> السبب الديني والمتمثل في دعوة البابا الثالث سنة 1198 إلى بناء مستشفى في كل مدينة تدين بالمسيحية، والسبب المادي: والمتمثل في زيادة الموارد المالية نتيجة اتساع المبادلات التجارية مع مختلف الدول المجاورة.

- عصر النهضة: ونقسمه إلى الحقبات التاريخية التالية:<sup>4</sup>

أ. القرن 17: بداية الثورة الحقيقية في مجال الطب وعمل المستشفيات والاختراعات في مجال الخدمة الصحية، ومن أبرز اختراعات تلك الفترة "الميكروسكوب".

ب. القرن 18: شهدت أوروبا عامة وإنجلترا خاصة خلال هذه الفترة اتساعا كبيرا في بناء المستشفيات التي بلغ مجموعها آن ذاك (115 مستشفى)، بالإضافة إلى التوصل إلى مجموعة

<sup>1</sup> سعيد الدجاني، لحم هدية، مرجع سابق، ص. 24.

<sup>2</sup> سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 35.

<sup>3</sup> محمد محمد ابراهيم، مرجع سابق، ص. 27.

<sup>4</sup> سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 37.

من الاكتشافات الجوهرية في ميدان الطب والتي أثرت بشكل بالغ على مجرى حياة الإنسانية ومنها اكتشاف اللقاح ضد "الجدري".

ج. القرن 19: تعد هذه الفترة العماد الذي يركز عليه الطب الحديث الذي يأخذ أشكالا متعددة في هيكله وصيغ أداء المنظمات الصحية والطبية لعملها، فضلا عن بداية الاهتمام المتزايدة بميدان التمريض، مع اكتشاف "البكتيريا" التي تعد السبب الرئيسي في العديد من الأمراض، وقد فتح هذا الاكتشاف المجال أمام ازالة الغموض عن الكثير من مسببات المرض ومن ثم إيجاد العلاجات اللازمة لأمراض عانى منها البشر ولفترات زمنية طويلة.

#### 4.1 خصائص الخدمات الصحية

لا تختلف هذه الخصائص عن الخصائص السابقة للخدمات حيث تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية إلى خصوصية تلك الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى المستفيدين، ويمكن تحديد الخصائص بالآتي:

##### 1.4.1 عدم ملموسية الخدمات الصحية

في المؤسسات الصحية لا يتضح تماما ما الذي دفع المريض قيمته، فأولا بما أن عملية الشفاء تقتضي بعض الوقت، وتتلور اراء المرضى حول جودة الرعاية التي تلقوها طوال هذا الوقت، وثانيا لا يمكن اختبار الرعاية قبل الاقتناع بتلقيها.

##### 2.4.1 التلازم (تزامن الانتاج والاستهلاك)

كون هذه المؤسسات قطاعا خدميا فإنها تنتج الخدمة وتستهلك في آن واحد ويعكس هذا أن الخدمة الصحية ليست منتجا يركب ويخزن ثم يباع فيما بعد، ومن سلبيات هذا التزامن في الإنتاج والاستهلاك التحدي الذي يشكله ضبط الجودة، أو ضمان فعالية الخدمة، وبسبب خاصية التزامن أيضا لا يمكن استرجاع خدمة قدمت بجودة متدنية واستبدالها حتى لو تم تصحيح العملية التي أنتجتها وقدمت بجودة عالية لمرضى آخرين.

### 3.4.1 | عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين

تصمم المؤسسات الصحية خدماتها لتقدمها بقدرة وامكانية معينة في فترة زمنية محددة وإذا لم تستخدم هذه الطاقة في فترة محددة ستهدر هذه الخدمة.

### 4.4.1 | مشاركة المريض في إجراءات الخدمة

يعد المرضى الذين يتلقون الرعاية مدخلات الخدمة، أما حالاتهم بعد التشخيص والعلاج فهي المخرجات، ومن ثم يتفاعل المريض والمؤسسة الصحية من خلال تقديم الرعاية.<sup>1</sup>

### 5.4.1 | الاختلاف والتباين

تتصف الخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة وأداء سلوك مقدم الخدمة والزمان والمكان وعلى المعلومات التي يقدمها المريض له، فالمريض يختلف أيضا من حيث والسلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل.<sup>2</sup>

تعد الخصائص السابقة خصائص مشتركة بين الخدمات الصحية و باقي الخدمات، لكن هناك مجموعة من الخصائص تميز الخدمات الصحية عن باقي الخدمات هي:<sup>3</sup>

- تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة، تهدف لتحقيق منفعة عامة موجّهة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها، سواء كانوا أفرادا أو منظمات أو هيئات أخرى.
- الخدمات الصحية لا ترتبط بشيء مادي يمكن تعويضه أو إعادة شراؤه بل هي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه لذلك فهي تستوجب أن تكون على درجة عالية من الجودة.
- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها ونوع الخدمات التي تقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك.

<sup>1</sup> يشار أوزجان: الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية ( تقنيات وتطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008 ، ص-ص: 30،31.

<sup>2</sup> محمود جاسم الصميدعي و ردينة عثمان يوسف: تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010 ، ص101.

<sup>3</sup> محمد محمد ابراهيم، مرجع سابق، ص 35 .

- في منظمات الأعمال بشكل عام تكون سلطة اتخاذ القرار لدى شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون قمة هرم الإدارة العليا للمنظمة، بينما في المنظمات الصحية تكون سلطة اتخاذ القرار موزعة بين مجموعتين إلى حد ما هما: المجموعة الإدارية ومجموعة الأطباء.
- معظم المبالغ التي تنفق من إدارات المستشفيات وخاصة ما هو متعلق بالخدمات الصحية المقدمة للمواطنين يتم تحويلها من طرف ثالث (الدولة، شركات التأمين أو مؤسسات خيرية...) وبالتالي فإن ما يدفعه المريض لا يساوي حقيقة المنافع الطبية التي حصل عليها، وهذا ما يجعله أقل حساسية اتجاه الأسعار التي يدفعها مثل ما هو الحال في الخدمات الأخرى.
- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمات الصحية، إذ أن الخدمات الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه (هناك حالات استثنائية مثل الطب عن بعد).
- نظرا لكون الخدمات الصحية مرتبطة بعافية الإنسان وحياته، فإنه يكون من الصعب في كثير من الأحيان على إدارة المستشفى أن تعتمد المعايير نفسها وخاصة الاقتصادية المطبقة على غير الخدمة الصحية، لأن ذلك يتعارض مع رسالة المنظمة الصحية.
- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمات الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، ويهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة فإن الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية لطالبيها، إذ لا يمكن التأخر أو التعذر عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك خطر على حياة الجمهور وإخفاق في مهمة المنظمة الإنسانية.

## II. أنواع الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية إلى عدة أنواع حسب معايير مختلفة مثل طبيعة الجهة القائمة على تقديم الخدمات الصحية أو طبيعة المتلقي لهذه الخدمات، وفيما يلي سنحاول إيجاز أهم أنواع الخدمات الصحية:

## 1. II الخدمات الصحية التعليمية

ويقصد بذلك اكتساب المؤهل العلمي الذي يرخص لممارسة هذه المهنة النبيلة، إذ يعتبر متلقي الخدمة هنا شخص سليما يتمثل في طلبة الكليات والجامعات سواء تعلق ذلك بطلبة الطب، أو التكوين الشبه طبي ويمكن حتى إضافة المؤهلات العلمية الإدارية المتخصصة في تسيير المرافق الصحية. فضلا عن التكوين العلمي البيداغوجي يمكننا إضافة التكوينات المهنية والدورية، الرسكالات والتربصات التي يخضع لها عمال وموظفو القطاع بغض النظر عن مهامهم ووظائفهم وذلك بغرض تنمية المهارات والخبرات واكتساب تقنيات جديدة تتوافق مع مستجدات المهنة مما يؤدي في الأخير إلى تحسين الأداء وتقديم خدمات صحية بمستوى مقبول من الجودة.<sup>1</sup>

## 2. II الخدمات الصحية المهنية

وهي الخدمات الصحية الموجهة للقطاع المهني، أو ما يعرف بطب العمل، وفي إطار هذا النوع من الخدمات الصحية قد تلجأ بعض المنظمات سواء كانت خاصة أو عمومية إلى إنشاء مراكز أو أقسام صحية تابعة لها للتكفل بوضعية موظفيها وذويهم أو أنها تقوم بالتعاقد مباشرة مع منظمات صحية موجودة ومستقلة بغية تقديم خدمات صحية لمصلحة موظفي المنظمة.<sup>2</sup>

## 3. II الخدمات الصحية الصيدلانية

ويتعلق هذا المستوى باستقبال المريض وتوفير الدواء اللازم لحالته المرضية، ويكون ذلك من طرف طبيب صيدلي مختص يقوم بالإشراف على المرضى، توعيتهم وتوجيههم بغض النظر عن تقديم الدواء. وتخضع هذه الخدمة دوما رغم الانتشار الواضح للقطاع الخاص فيها إلى وصاية ورقابة الدولة من خلال هيئاتها التي تنوب عنها مثل مديرية الصحة.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، الشلف، الجزائر، 2011 ص. ص. 289\_304.

<sup>2</sup> حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد نشر، 2009، ص. 57.

<sup>3</sup> كامل وديع، المرشد في إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية، مصر، 2001، ص. 66.

## II 4. خدمات التأهيل والرعاية الصحية

وتتمثل في الخدمات الصحية الموجهة لتأهيل المرضى والمصابين جراء الحوادث، ويشرف على هذا النوع من الخدمات الصحية أقسام متواجدة على مستوى المنظمات الصحية، حتى أننا نجد بعض المنظمات الصحية المختصة في تقديم هذا النوع من الخدمات الصحية دون سواه، ومن أمثلة ذلك يمكن أن نذكر المركز الصحي العسكري بمدينة البليدة (الجزائر) لإعادة تأهيل المصابين.<sup>1</sup>

## II 5. خدمات الصحة الرياضية

ويقصد بها الخدمات الصحية الموجهة للرياضيين، وقد يشمل هذا النوع من الخدمات الصحية خدمات علاجية من مختلف الإصابات الناجمة عن ممارسة النشاط الرياضي كما يشمل أيضا مختلف برامج الحميات، تحديد الغذاء، مراقبة نشاط الأعضاء الجسمانية أو الوقاية والامتناع عن العادات الممنوعة والضارة بالمنشطات، التدخين والإدمان.<sup>2</sup>

## II 6. الطب عن بعد (الطب الإلكتروني)

نظرا لحدثة هذا النوع من الخدمات الصحية، ونظرا لما يمكن أن يقدمه هذا من مزايا في سبيل تحسين الوضعية العامة لصحة المجتمع ارتأينا أن نتناوله بقدر من الإسهام من خلال هذا الفرع.

انطلقت فكرة الطب الاتصالي في الستينات عندما بدأت وكالة الفضاء الأمريكية (ناسا) بدراسة التغيرات الفسيولوجية لرواد الفضاء خلال رحلاتهم الفضائية، وقد أثبت العلماء العاملون في هذه الوكالة إمكانية مراقبة الوظائف الفسيولوجية كضغط الدم وسرعة ضربات القلب وحرارة الجسم بواسطة الأطباء على الأرض كما أظهرت بعض التجارب المبكرة الأخرى إمكانية إجراء التشخيص عن بعد ونقل البيانات الطبية مع الحفاظ على النوعية والتفاصيل.<sup>3</sup> ويشير مصطلح ممارسة الطب عن بعد إلى استخدام تقنيات الاتصال عن بعد لإجراء التشخيصات الطبية ومعالجة المرضى ورعايتهم.

<sup>1</sup> حسين ذنون علي البياتي، مرجع سابق، ص. 60.

<sup>2</sup> كامل وديع، مرجع سابق، ص. 66.

<sup>3</sup> الدجاني سعيد، لحم هدية، مرجع سابق، ص. 52.



ومن هنا يمكن تعريف الطب عن بعد (Télémédecine) على أنه: "ممارسة الطب عن بعد بواسطة وسائل الاتصال الحديثة".<sup>1</sup>

وقد اتسع الاهتمام بهذا النمط من الخدمات الصحية نظراً لأهميته البالغة في تحسين النظام الصحي بصورة عامة ومستوى الخدمات الصحية وطريقة تقديمها بصورة خاصة، وعلى العموم يمكن إنجاز أهمية الطب الإلكتروني في النقاط التالية:

- تزيد من تحسين الرعاية الصحية.
  - تخفيض التكلفة.
  - تعزيز التعاون الطبي في تقاسم المعلومات والخبرات المتخصصة.
  - تسهل الاستعانة بمختصين أجانب.
  - يجمع بين السرعة وسهولة الاستخدام وفعالية التقنيات اللاسلكية وأنظمة الاتصال.
- وقد اعتمدت العديد من المنظمات الصحية الطب عن بعد والصحة الإلكترونية بهدف تحقيق النقاط السابق ذكرها بالإضافة إلى تحسين الاتصالات بين المراكز الصحية البعيدة والمستشفيات الواقعة في المناطق الحضرية والنائية، وعلى العموم فإن هذا المستوى المتقدم من الخدمات الصحية يهدف إلى:<sup>2</sup>

- تحسين التقنية والخبرة الصحية.
- مساعدة الأطباء قليلين الخبرة في عملية التشخيص.
- توفير مرفق للتدريب للمجموعة الطبية في المناطق البعيدة أو الدول التي تكون قليلة الخبرة في الطب.
- توفير خدمة طبية متقدمة في حالات الطوارئ.
- الحد من تكاليف الخدمات الصحية عن طريق تحسين عملية توجيه المريض.
- تخفيض تكاليف نقل المرضى إلى أطباء استشاريين في أوروبا مثلاً.
- زيادة استخدام خدمات الاستشارة.
- تيسير التعاون بين المستشفيات في مجال توفير الرعاية الطبية.
- الحد من عزلة العاملين الطبيين في المناطق المختلفة والبعيدة.

<sup>1</sup>Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, la télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation, institut économique de Montréal, collection santé, les notes économiques, septembre 2010, p. 3.

<sup>2</sup> الدجاني سعيد، لحم هدية، مرجع سابق، ص. 55.

- تبادل الخبرة وما وصلت إليه الدراسات والبحوث الطبية والصيدلانية.
- تقديم دورات تدريبية للعاملين التقنيين والعاملين في المجال الطبي وشبه الطبي.
- وتتمثل أهم أنواع الخدمات الصحية التي يقدمها الطب عن بعد في التشخيص التليفوني، العيادات الافتراضية والخدمات الطبية عن بعد.

### III. مستويات الخدمات الصحية

من خلال ماهية الخدمات الصحية نستخلص أن هذه الأخيرة تشمل عدة مستويات، فهي موجهة لعلاج الحالة المرضية الفردية من جهة ورعاية الحالة الصحية للمجتمع ككل من جهة أخرى، وهذا ما سنوضحه في هذا المطلب.

#### III. 1. الخدمات الصحية الأولية

ونقصد بها الخدمات الصحية التي يتلقها الفرد المعافي (غير المريض)، إذ تهدف هذه الخدمات إلى تجنب الحالة المرضية وتفاذي الوقوع فيها، وتقسم الخدمات الصحية الأولية إلى مجموعة من الأنواع نذكر منها:

- خدمات مراقبة الأغذية وصلاحياتها للاستهلاك البشري وفحص المشتغلين بالأغذية للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية وإصدار شهادات بذلك.
- خدمات إصدار الموافقات الصحية على طلبات مصانع الأغذية والمطاعم ومحال بيع المواد الغذائية وغيرها من المتاجر التي قد تشكل خطراً على صحة الفرد أو على الأقل تلك التي تكون على علاقة بها.
- خدمات مكافحة الأمراض المتوطنة في البلد أو في مناطق جغرافيا معينة منه كمكافحة البلهارسيا والطفيليات المعوية عن طريق فحص وعلاج المواطنين.
- خدمات الحملات التطعيمية والفحص الدوري للتلاميذ بالمدارس، بالإضافة إلى برامج تطعيم السيدات الحوامل والمسافرين للخارج والحجاج والمعتمرين.
- خدمات صحية متمثلة في أخذ عينات دورية عشوائية من المواطنين للتأكد من خلوهم من الطفيليات المسببة للأمراض.
- خدمات مكافحة الحشرات الطائرة والزاحفة الناقلة للأمراض وكذلك مكافحة القوارض لمنع انتشار الأمراض الطفيلية التي تنقلها.

- خدمات مكافحة الأمراض المعدية من خلال مراقبة القادمين من الخارج خاصة البلدان الموبوءة بأمراض معدية.
- خدمات تنفيذ برامج التوعية الصحية للوقاية من الأمراض المعدية وكثيرة الانتشار.
- خدمات فحص عينات من الصرف الصحي للاستكشاف والوقاية.
- خدمات مكافحة العدوى في جميع المنشآت الصحية العامة والخاصة وتدريب جميع العاملين على إجراءاتها.
- خدمات صحية تهتم بتنظيم الأسرة: وذلك بالعمل على التوعية الصحية المستمرة عن الصحة الإنجابية والتخطيط الأمثل للأسرة والفترات المثلى للمباعدة بين حمل وآخر والوسائل المختلفة لتنظيم الأسرة.

### III. 2. الخدمات الصحية الثانوية (الصحية العلاجية)

وتشتمل على جميع الخدمات الصحية العلاجية الطبية والتي يتم تقديمها على مستوى المراكز الصحية الحضرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ووحدات الصحية الجوارية، ويكون متلقي هذا المستوى من الخدمة الصحية هو فرد مريض بحاجة إلى العلاج بغض النظر عن طبيعة المرض أو العلاج اللازم، ويشمل أيضا هذا المستوى تقديم الخدمة المتكاملة في المناطق البعيدة عن منافذ تقديم الخدمة من خلال عيادات متنقلة ومجهزة.<sup>1</sup>

وبالتالي يمكن القول أن هذا المستوى من الخدمات الصحية يشمل أغلب أنواع الخدمة الصحية باستثناء البعض منها مثل الخدمات الوقائية أو خدمات الطب عن بعد. وفي إطار خدمات الصحة الثانوية يمكن أن نذكر بعض خصائص كل من خدمة صحة الأم والطفل وخدمة الإسعاف.

- **خدمات صحة الأم والطفل:** وهي الخدمات الصحية التي تهتم بالحالة الصحية للأم الحامل باعتبارها حالة تتطلب رعاية صحية وذلك خلال مرحلة الحمل والإنجاب وما بعد الإنجاب، وأيضاً العناية بالحالة الصحية للجنين، المولود والطفل. ويمكن هنا التمييز بين:<sup>2</sup> رعاية الحامل، متابعة الأطفال الأصحاء، إعداد الإحصائيات المتعلقة بصحة الأم والطفل، برامج الرعاية المتكاملة للطفل المريض أو خدمات صحية تهتم بالأطفال دون مأوى.

<sup>1</sup> مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2013، ص. 77.

<sup>2</sup> الدجاني سعيد، لحم هدية، مرجع سابق، ص. 44.

- خدمات الإسعاف: وهي الخدمات الموجهة للأفراد الذين يكونون في حالة مستعصية تتطلب نقلهم بسرعة إلى مكان العلاج أو توفير إسعافات أولية لهم في عين المكان، وتميز هنا بين ما يلي: <sup>1</sup> خدمة توفير سيارة إسعاف عادية، خدمة توفير سيارة عناية مركزية، خدمة توفير سيارة العمليات الجراحية، خدمة توفير أسطوانة أكسجين، خدمة توفير الدم أو خدمة العيادات الطبية المتنقلة.

### 3.III الخدمات الصحية الثالثة أو التخصصية (المرجعية): وهي الرعاية الصحية التي يتم تقديمها

من قبل مستشفيات متخصصة في أمراض معينة، وتتطلب تجهيزات متقدمة، وأطباء ذوي تخصصات عالية ولديهم الخبرة والمهارة الكافية.

## IV. جودة الخدمات الصحية

تختلف الجودة حسب دور كل فرد في المؤسسة الصحية فبالنسبة للفنيين من أطباء وممرضين ومهنيين تكون الجودة هي تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية أما للإداريين فهي تقدم أفضل مستوى من الخدمات الإدارية ومن هنا يأتي دور إدارة الجودة وهو تحقيق أقصى توازن ممكن بين الفنيين والإداريين بما يصب في صالح الخدمات العلاجية للمريض .

### 1.IV مفهوم جودة الخدمات الصحية

يبين "خسروف" بأن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتفيل" والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب "القرم" وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات.<sup>2</sup>

ويؤكد "نصيرات" على أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية

<sup>1</sup> مضر زهران، مرجع سابق، ص. 79.

<sup>2</sup> مؤيد عبد الحسين الفضل، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الطبعة الأولى، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص. 256.

الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي الى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

وبصدد مفهوم جودة الخدمات الصحية يبين (Ellis and Whitngton) بأن جودة الخدمة الصحية تعني مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد من القدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المرشدين إلى المنظمات الصحية.

أوضح (Kotler and Armstrong) بأن جودة الخدمة الصحية هي شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المنظمة الصحية لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات. وأشار (Nakijima) إلى أن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر. وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها "التماسي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية".<sup>1</sup> إذ يعتبر العمل على ضمان جودة الخدمة الصحية أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلي احتياجات المرضى وغيرهم.

وأكد "دونا بيديان" بأن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد.

كما تعرف جودة الخدمات الصحية بأنها: "مقدار ما تحققه المنظمة الصحية من الأمان لكل من مقدمي الخدمة ومستلميها".<sup>2</sup>

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير أليه للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية. وعليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة

<sup>1</sup> طاهير حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2004، ص. 11.  
<sup>2</sup> سعد علي العنزي، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص. 233.

من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي، يساهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وهذا يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم .

## IV. 2 أشكال جودة الخدمات الصحية

يمكن تقديم جودة الخدمات الصحية من خلال ثلاث أشكال؛ وهي:<sup>1</sup>

### IV. 1.2 الجودة التي يمكن قياسها **Measurable quality**: وتمثل في:

- أ. الجودة التي تتطابق مع المعايير التي تأخذ شكل أدلة العمل الإكلينيكية.
- ب. التوصل إلى معايير مقبولة لمخرجات الخدمة المتوقعة التي تقدمها الوحدة للمنتفع.
- ت. المعايير المطبقة في هذا المجال هي الأدلة على التفوق.

### IV. 2.2 الجودة التي يمكن تقديرها **Appreciative quality**: وتمثل في:

- أ. إدراك وتقدير التفوق فيما وراء الحد الأدنى للمعايير والمقاييس.
- ب. تتطلب الحكم من ذوي المهارات والخبرات من الأطباء الممارسين للمهنة والأشخاص ذوي الحساسية والاهتمام .
- ج. أن نعتمد على مجالس مراجعة الأداء في الحكم من خلال الفنيين من نفس التخصص لتحديد إذا كان التدخل العلاجي للطبيب مع المريض قد تم بصورة جيدة أملا.

### IV. 3.2 الجودة التي يمكن إدراكها **Perceptive quality**: ويمكن إنجازها في:

- أ. درجة التفوق التي يمكن أن يدركها متلقي الخدمة أو المراقب للرعاية الصحية.

<sup>1</sup> طاهير حسين، مرجع سابق، ص. 13.

ب. تكون مبنية بدرجة أكثر على درجة العناية والرعاية التي يوليها الأطباء والممرضات وباقي العاملين أكثر من توفير بيئة مناسبة أو المنافسة التي تعتمد على التكنولوجيا

### IV. 3 أهداف جودة الخدمات الصحية

لجودة الخدمة الصحية مجموعة من الأهداف نذكر منها ما يلي:<sup>1</sup>

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة.
- كسب رضا المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد.
- تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج .

<sup>1</sup> مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 268.

## V. أبعاد جودة الخدمة الصحية

يتفق عدد من الباحثين في مجال جودة الخدمة الصحية على أن أبعادها هي:<sup>1</sup> الاستجابة، والاعتمادية، والضمان، والملموسية، والتعاطف.

### 1. V بعد الاستجابة Responsive Ness:

يرى "Lovelock" بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم. وذكر "Ming, et.al" أن الاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة. فالاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها. وبين "Shaikh" أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج.<sup>2</sup>

وتشمل الاستجابة في الخدمات الصحية مجموعة من المتغيرات منها: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، وأخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاء منها.

ومن خلال هذه المتغيرات يمكننا استخلاص معايير تقييم بعد الاستجابة كالآتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها.

<sup>1</sup> قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص. 147.  
<sup>2</sup> مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 270.



**2. V بعد الاعتمادية Reliability:**

يرى "Cronin & Tylor" بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، المريض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلا عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. وأوضح "Lovell" بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات. وأكد "Goncalves" بأن الاعتمادية تعني قدرة مجهزة الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ويرى "Slack, et.al" بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلا عن تسليم نتائج الفحوصات المخبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن، أما "Stevenson" فيرى بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية وبمطابقة وبدقة عالية.<sup>1</sup>

ولتقييم الاعتمادية في المنظمة الصحية نستخدم عدة معايير منها: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية؛ وذكر "Shaikh" أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة.

وفي ضوء ما تقدم نرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية وبمطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلا عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساس وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج.

**3. V بعد الضمان Assurance:**

أشار "Shaikh" بأن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكوادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم؛ كما أكد بأن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين (مقدمي

<sup>1</sup>قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 152.

الخدمة) وقابليتهم لنشر روح الثقة والصدق، وأيضاً تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزبائن.

وبين "Shaikh & Rabbani" بأن الضمان يتضمن العناصر الآتية: المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفاء، العاملين بالمستشفى يتمتعون بالكياسة واللطف.<sup>1</sup>

ومن هنا يمكن القول بأن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة. أو أن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به: "تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة.

ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد نجد: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين.

#### V. 4. بعد الملموسية Tangibles:

ذكر "Chia-Ming, et.al" أن الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال. وأشار "Zeithmal and Britner" إلى أن الجوانب المتعلقة بلموسية الخدمة هي المباني وقنوات المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك.<sup>2</sup>

وأوضح "Shahril" أن الملموسية تعني مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصالات. كما بين "Shaikh" أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيراً الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى. ومن هنا يمكن القول بأن المقصود بالجوانب الملموسة حداثة وجاذبية المباني والتصميم

<sup>1</sup> طاهير حسين، مرجع سابق، ص. 16.

<sup>2</sup> فاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 155.

الداخلي والتطور التقني للمعدات والأجهزة وغيرها من التسهيلات المادية المستخدمة في إنتاج الخدمة، والأثاث والديكور، ومظهر العاملين في مواقع الخدمة.<sup>1</sup>

وأوضح "Shaikh" بأن بعد الملموسية في مجال جودة الخدمة الصحية يتضمن العناصر الآتية: مكاتب الأطباء نظيفة، العاملين في المستشفى يستخدمون الوسائل أو الآلات القياسية، والوصفات الطبية (أدوية ومستلزمات طبية) يجب أن تكون سهلة الفهم.

ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

وبالتالي نجد أن الملموسية تشير إلى التسهيلات المادية التي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، وحدائث المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.

## 5. V بعد التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy:

عرف "Shahril" التعاطف بأنه: الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها. وأوضح "Shaikh" أن بعد التعاطف (الجوانب النفسية) يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطاة للمرضى، ومناداته باسمه، وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى. أما "Maher" فيرى بأن التعاطف يشير إلى: «الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمها المنظمة الصحية إلى زبائنهم. ومنه فالتعاطف يعني: "درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد"

وبين "Chia-Ming" بأن التعاطف يثير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة إلى الزبائن. وأشار "Zeithaml" بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.

<sup>1</sup> مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 276.

ويشير التعاطف إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد.

إذ يرى "Parasuraman" بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية: اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماما شخصيا، تفهم العاملين في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملائمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين، وحرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين، والدراسة الكافية باحتياجاتهم.<sup>1</sup>

كما أوضح "Shaikh and Rabbani" بأن عناصر التعاطف هي: العاملين في المستشفى يتمتعون باللطف والكياسة، الطبيب ينادي المريض باسمه، إعطاء الانتباه الشخصي للمريض.<sup>2</sup>

ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها. ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللطف والكياسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى)، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلا عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف.

<sup>1</sup>K. Ishikawa, Manuel Pratique de Gestion, AFNOR, Paris, P. 10.

<sup>2</sup>قاسم نايف علوان المحياوي، المرجع نفسه، ص. 160.

## المبحث الثاني: النظام الصحي

يحمل النظام الصحي عدة مفاهيم ترتبط بالخدمات الصحية ومتطلبات توفير هذه الخدمة البشرية، المالية والمادية منها وطريقة تنسيق هذه الموارد والهيكلة التنظيمي الذي يسمح بذلك، والذي يمكننا من تحليل مكوناته التي لن يكون لها معنى إلا في مجملها.

### 1. مفهوم النظام الصحي ومكوناته

#### 1.1 مفهوم النظام الصحي

سوف نستعرض جملة من المفاهيم المشيرة للنظام الصحي كما يلي:

- النظام الصحي هو: "مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد وللمجتمع، المحافظة عليه وترقيته باستمرار".<sup>1</sup>
- كما عرف النظام الصحي أيضا بأنه: "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموازنة الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها".<sup>2</sup>
- من خلال التعريفين السابقين نستنتج أن النظام الصحي هو مجموعة الموارد المتاحة والموجهة في إطار مجموعة من العناصر المتفاعلة فيما بينها بهدف توفير الخدمات الصحية، إدارتها وتمكين الأشخاص من الاستفادة منها للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع.

#### 2. مكونات النظام الصحي

يتكون النظام الصحي من مجموعة من العناصر نستعرض أهمها كما يلي:

##### 1.2.1 إنتاج الموارد الصحية:

لكل نظام صحي موارد صحية متنوعة، فلا بد أن يكون لديه موارد طاقة بشرية صحية متطورة، ومؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية، ولا بد أن يكون لدى النظام الصحي أدوية ومعدات وأجهزة طبية ومواد

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص.54.  
<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص. 35.

لرعاية المرضى، ويجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام، كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية.<sup>1</sup>

### 1. 2.2 تنظيم البرامج الصحية:

وتقوم بها وزارات الصحة الوطنية وكذلك الهيئات الحكومية الأخرى وبرامج الضمان الاجتماعي بالإضافة إلى النقابات والاتحادات العمالية والقطاع الخاص وحتى المنظمات الخيرية التطوعية.<sup>2</sup>

### 1. 3.2 الدعم المالي والتمويل:

إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة كالضرائب، بالإضافة إلى برامج التأمين الصحي الحكومي والمساعدات والمنح والهبات الخارجية والخيرية، والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.

### 1. 4.2 الإدارة الصحية للنظام الصحي:

تلعب الإدارة دوراً حيوياً وهاماً في إدارة النظام الصحي، وتقوم بالتخطيط الاستراتيجي، وتقوم البرامج الصحية، وتدريب طلاب الطب والمهنيين الأخرى ذات العلاقة، والقيام بالبحوث الصحية، وقيادة النظام الصحي، ووضع معايير الرقابة على الأداء، وتحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي، وتنظيم الظروف البيئية وترخيص اعتماد المهنيين الطبيين والمؤسسات الصحية، وإصدار التشريعات وتنظيم القوى العاملة الصحية وتقييم الجودة وتحسينها.<sup>3</sup>

### 1. 5.2.1 إنتاج وتقديم الخدمات الصحية:

إن الهدف الأساسي الذي يسعى إليه أي نظام صحي هو تقديم المستويات الثلاث للصحة، وهذا لتلبية الحاجيات الصحية والقيام بعملية تعزيز الصحة، وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلباً على الصحة.

<sup>1</sup> محمود خليل الشاذلي وآخرون، مرجع سابق، ص. 37.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 56.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص. 57.

## II. محددات أداء النظام الصحي

قبل التطرق لمحددات الاداء الصحي يستوجب اولاً الاشارة الى المؤسسات التي تتعلق بعرض الخدمات الصحية بنوعيتها في القطاع العام والخاص.

### II. 1. مؤسسات عرض الخدمات الصحية

إن تقديم وعرض خدمات الصحة يتم عن طريق المؤسسات العامة والخاصة، وغالبا ما يكون هناك اختلاف في مهام وأهداف عرضها في القطاعين ويكمن هذا الاختلاف في النقاط التالية:<sup>1</sup> نوعية التشغيل، نوع الخدمات والأهداف الربحية.

وتعتبر مؤسسات الصحة مؤسسات دائمة ذات طابع خدمي، ملتزمة بتحسين تقنيات العلاج وقدرة الاستقبال بالنسبة للمجتمع، ونفرق بين مراكز الاستشفاء العامة والخاصة، فالأولى تقدم خدماتها العلاجية من أجل ضمان صحة جيدة لجميع المواطنين أما المراكز الاستشفائية الخاصة فهي مؤسسات ربحية رغم أن مهمتها أيضا تكمن في ضمان علاج فعال للأشخاص المرضى.

#### II. 1.1. المؤسسات الصحية في القطاع العام: وتشمل عموما ما يلي:<sup>2</sup>

- المستشفيات العامة: وهي مؤسسات مزودة بأطباء وممرضين، وبتجهيزات وفرق مداومة تسمح بتقديم سلسلة من الخدمات المرتبطة بالصحة، أي مختلف الخدمات التشخيصية والعلاجية والجراحية للمرضى الماكثين في المستشفيات بسبب مشاكل صحية، كما يمكنها تقديم خدمات أخرى كالبرامج الوقائية، الاستشارات الصحية ... وتتفرع مستشفيات القطاع العام عموما إلى: (مستشفيات عامة للعناية الحادة، مستشفيات بلدية وإقليمية، مستشفيات المؤسسات والمنظمات الخاصة بهدف غير مريح، مستشفيات جامعية، مستشفيات عسكرية).
- المستوصفات ومراكز العلاج والعناية: وهي مؤسسات معتمدة تتمثل نشاطاتها الأساسية في تقديم الخدمات العلاجية الأولية، وهي تابعة للبلديات والتعاونيات والجمعيات وتتحصر أهدافها أساسا في تقريب العلاج للمواطنين، كما قد تكون على شكل مراكز في تخصصات معينة (مراكز الفحص المتقدم ضد السرطان، مراكز الطب الرياضي ومراكز علاج أخرى).

<sup>1</sup>Didier Sting, La Fonction Publique Hospitalière, Imprimerie de France, Octobre 1999, P. 11.

<sup>2</sup> Pierre Patrick Olivier, Système de Compte de Santé, OCDE, 2000, P. 152.

- مستشفيات متخصصة (مستشفيات الطب النفسي والمدني): وتتكون من مستشفيات نشاطها الأساسي يقوم على تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية للمرضى الاستشفائيين بسبب مرض محدد مثل (المدمنين، الأمراض العقلية) وكذا المستشفيات التي توزع علاج طويل الأمد للأمراض المزمنة، وخدمات مرتبطة بالأشخاص الناقصين فيزيائياً (المعاقين)، كما يمكن لها توزيع خدمات أخرى.

## II 2.1. المؤسسات الصحية في القطاع الخاص: ويمكن أن نميز هنا بين كل من:<sup>1</sup>

- مستشفيات خاصة: وهي مؤسسات صحية معتمدة وتمثل وظيفتها في عرض العلاج الطبي والخدمات الصحية من دون القيام ببرامج وقائية. هي مؤسسات تابعة لأنظمة خاصة هدفها ربحي، لكن الخدمات التي تعرضها تساهم في تخفيف حجم الطلب على خدمات المستشفيات العامة.
- عيادات الأطباء: وهي مؤسسات لمجموعة من الأطباء، نشاطاتهم الأساسية تقوم على ممارسة نشاط حر من قبل أطباء سواء كانوا عاملين أو متخصصين مزاولون في عيادات فردية.
- عيادات أطباء الأسنان: وهي مؤسسات مهنية للصحة، نشاطاتهم تقوم على تدريب أطباء للأسنان ومختصين أو جراحين للأسنان يمكنهم العمل وممارسة مهنتهم بكل كفاءة في عياداتهم الخاصة أو في مراكز العلاج أو المستشفيات.
- الصيدالة: ويتمثل نشاطهم في البيع بالتجزئة للمنتجات الصيدلانية الموجهة للاستهلاك أو للاستخدام الخاص أو للأسر.
- بائعي الزجاج ومنتجات بصرية أخرى: وهي مؤسسات نشاطها الأساسي هو البيع بالتجزئة للزجاج والمنتجات البصرية الأخرى الموجهة للاستهلاك أو الاستخدام الصحي.

## II 2.2. محددات الأداء الصحي:

- لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان "النظم الصحية: تحسين الأداء" الدول من ناحية الأداء الصحي وفقاً لعدد من المحددات هي:<sup>2</sup>
- الاستجابة: أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على نقاط هي: الاحترام، توجيه المرضى وإمكانية توفير الموارد.

<sup>1</sup>Pierre Patrick Olivier, Ibid, p. 155.

<sup>2</sup> تقرير منظمة الصحة العالمية، النظم الصحية: تحسين الأداء، 2000، ص.18.



- 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 الأسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية من الدخل، وتخصصه لنفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب والأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي، وصناديق التأمين الخاصة والمدفوعات المباشرة.
  - مستوى الصحة العام: لأن النظام الصحي الجيد يساهم في تعزيز مستوى الصحة العام، فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول، باحتساب مدد الإعاقة كمييار لتقييم مستوى الصحة في العالم.
  - توزيع الانتفاع: يرى الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة الأفراد أو تحسين مستوياتها في المتوسط، إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات، أو يبقى شاسعا بسبب انتفاع الأفراد المعافين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم 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.
  - 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، لاسيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا إلى أن ذلك يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال.
- والجدير بالذكر أن الأنظمة الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات الأفراد وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط الأفراد.

### III. إصلاح وتغيير النظام الصحي

باعتبار المؤسسة الصحية كغيرها من المؤسسات تنشط في بيئة حركية الأمر الذي يستدعي توفر إدارة عملية إبداعية تتفق والمتغيرات السكانية المتوقعة كما ونوعا وتتلاءم مع المستجدات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والصحية وتستطيع مواجهة التحديات المنتظرة.

لقد فرضت التحديات الاقتصادية، الثقافية، الاجتماعية والصحية على منظومة الصحة اللجوء إلى استراتيجيات التغيير والتطوير الفعال، لجعل الأهداف والبناء التنظيمي وأساليب الإدارة والتشغيل والعاملين فيها في حالة انسجام وتقبل لعوامل التغيير المتسارعة.

وسوف نتطرق لدوافع التغيير في المؤسسات الصحية، ثم لجملة من النقاط هي ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية، ميادين التغيير وأنواعه في المؤسسات الصحية، إدارة التغيير في المؤسسات الصحية، استراتيجيات التغيير، معوقات تنفيذ التغيير، على النحو التالي:

### III 1. دوافع التغيير في المؤسسات الصحية

تشهد المؤسسات الصحية الكثير من الانتقاد وعدم الرضا من طرف العامة والخاصة، من حيث نوعية الخدمة أو حتى في ظل الظروف التي يعمل فيها الموظفون، ويمكن تحديد النقائص التي دفعت للمطالبة بالتغيير في النقاط التالية:<sup>1</sup>

#### III 1.1. تدني المستوى الخدماتي للمنظمة الصحية:

يلاحظ أن مشاكل المؤسسات الصحية أنها متشعبة جدا، من ناحية سوء الاستقبال الذي يؤثر سلبا على صورة المؤسسة وهذا ما يدفع المريض للتوجه إلى القطاع الخاص، بالإضافة إلى سوء التغطية الصحية (من حيث الأكل، النظافة، تعطل الأجهزة الطبية، قلة الاختصاصيين الذين يغادرون إلى القطاع الخاص بسبب قلة المداخل... ) ويمكن حصر هذه النتائج فيما يلي:

- انخفاض التكفل بالطلبات الصحية ضمن الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، المالية... أثر سلبا على مخطط الصحة.
- عدم توازن الموارد والوسائل والمناطق الموزعة عليها، مما أفرز معه عدم فعالية الهياكل الصحية. ففي الجزائر مثلا إذا ما نزلنا إلى الشمال نجد تركز معظم المراكز الجامعية، وكلما انتقلنا إلى الجنوب والمناطق الداخلية لا نجد تغطية إلا بنسبة لا تتعدى 20% حيث تبقى مهمتهم الرئيسية في تحويل المريض نحو الشمال لتبقى بذلك 50% من الهياكل غير عملية.
- عدم وجود سياسة صيانة، مما يؤدي إلى انخفاض معدل عمر الأجهزة.
- انتظار طويل للمريض يفوق ساعات وساعات في قسم الاستعجال، وسوء التكفل والاستقبال.

<sup>1</sup>أفيد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 270.

**III 2.1. صعوبة الظروف العملية:**

- إذا ما تم التدقيق مليا في النتائج الوخيمة التي آلت إليها المؤسسات الصحية، يمكن تصنيف أهم الأسباب التي أنتجت هذا الفشل في:
- عدم التحفيز وعدم تقدير كل واحد من أفراد المؤسسة، فالموظف مهما كان تصنيفه ودرجته السلمية بحاجة إلى اعتراف.
  - غياب المشاركة في اتخاذ القرارات التي تهم موظفي المؤسسة.
  - غياب متابعة للقدرات والفعاليات الفردية والجماعية.
  - غياب ثقافة المؤسسة أو عدم توافق نظام القيم، مع عدم وجود ثقة متبادلة بين المسؤول ومؤسسته المستقبلية.
  - الأجهزة التنفيذية أصبحت جامدة وغير قادرة على تلبية المطالب التي اتسع حجمها وتغيير جوهر احتياجاتها.

**III 2. ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية**

تواجه المؤسسات الصحية تحد كبير مع المحيط الخارجي من تطور تكنولوجي إدراك المريض لحقوقه، قلة الموارد، كل هذا يجعل المؤسسة الصحية ملزمة بتغيير نمط تسييرها حتى تسترجع مصداقيتها أولا، وتواجه منافسيها ثانيا، وتكون قادرة على مسايرة الأوضاع لتجد لها مكانا يؤهلها للبقاء والنمو. وهناك سببان أساسيان يجعلان من التغيير في النظام الصحي وإصلاحه ضرورة يجب القيام بها وهما:<sup>1</sup>

**III 1.2. التغيير ضروري لنمو وتحسين خدمات المؤسسات الصحية:**

تعاني المؤسسات الصحية من رداءة وضعف خدماتها، ولهذا فالتغيير من شأنه أن يخلف نموا وتطورا فيها، هذا النمو يتمثل في:

- خلق الفعالية، ومضاعفة العطاء والخدمة العامة.
- تسهيل وسائل الاتصال بين المسؤول والموظف وجعل العلاقة أكثر مرونة.
- تعميم التكوين على كافة الموظفين لمسايرة ما يجري في المحيط الخارجي.

<sup>1</sup>Amel Laribi, Actualité du système National de santé (2005-2007), laboratoires de recherche, école National de santé publique El- Marsa, Mai 2008.

Sur le Site: www. Santé.Dz.

Date de consultation : 04/05/2012

- وضع إجراءات عمل سهلة، مفهومة من طرف الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين الموظفين (إداريين، تقنيين، أطباء، شبه أطباء) بحيث تكون هناك لغة مشتركة توضح أهداف المؤسسة.
- تحسين نوعية وجودة الخدمات الصحية (الاستقبال، التغذية...).
- البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء.
- تحفيز الموظف واستشارته في قرارات المؤسسة يجعله أكثر ثقة في مسؤوليه مما يدفعه للعمل أكثر.

### III. 2.2. التغيير كضرورة لمسايرة التطورات:

أحدثت التطورات السريعة في العلوم والتكنولوجيا حقائق جديدة، في حين أن المؤسسات الاجتماعية لا تجاري هذا التطور. وبسبب جمود المؤسسة العمومية للصحة من جهة، وتغير الأوضاع وأساليب العمل الحديثة، وكذلك ظهور ما يسمى بالخصوصية كان لزاما على المؤسسة الصحية أن تدرك هذه الضرورة في تغيير مسارها الحالي فأحسن وسيلة لشكل جديد، من التفكير في تطوير ونمو القدرات تتطلب العمل على تغيير المؤسسة نحو ما يسميه المختصون بالتنظيم المتمرن أين تصبح فكرة التغيير ضرورية وهاجسا للجميع، حيث تتمركز شيئا فشيئا في الفكر، السلوك والمعاملة، لتأخذ معها مراجعة دائمة للسياسات المعتمدة في تسيير المؤسسة. ففي معظم الأحيان عدة أشكال للتغيير تتحد فيما بينها ليكون برنامج تغيير جذري للإجابة على حالة أزمة، متبوع بسياسات إصلاحية مترامنة.<sup>1</sup>

وفي حالة أخرى مشروع إداري يطبق بصفة منتظمة على المؤسسة لتتبعه مراجعة عامة لنوع سياسة التسيير، وهكذا فالتغيير يجب أن يكون دوما مستمرا بتحسين برنامج العمل ويدفع بالموظفين بعيدا نحو التغيير الأحسن.

### III. 3. ميادين وأنواع التغيير في المؤسسات الصحية

#### III. 1.3. ميادين التغيير في المؤسسات الصحية

يمكن أن يمس التغيير التنظيمي عدة ميادين في المؤسسات الصحية ووسيتم تناول اثنين منها: التغيير على مستوى الهياكل والتغيير على مستوى العنصر البشري في حد ذاته.

<sup>1</sup>سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص. 8.

- التغيير على مستوى الهياكل: فهو يحدد التغيرات الداخلية في التنظيم، من حيث إعادة تنظيم الأقسام الإدارية، مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وإعادة تعديل العلاقات بين الإدارات والأفراد وغيرها.<sup>1</sup>

- التغيير على مستوى العنصر البشري: يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة، فباستقامته تستقيم الأوضاع وباعوجاجه تتعقد المشاكل. ولهذا يمكن القول أن تطور الهياكل وتغيرها لا يأتي إلا بتغيير وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل.

أول نقطة يمكن التركيز عليها في تغيير العنصر البشري هي كيفية التأثير في تصرفات الموظفين وإدخال عوامل جديدة تدفعهم إلى تقديم مساهمات أكثر، لكن الأمر يبدو صعبا خصوصا، فالكل يعلم أن من أصعب الأمور التي تتطلب جهودا أكبر وإقناعا أكثر هو تكوين ذهنيات جديدة وتوجيه الأفراد وفق متطلبات المنظمة، لأن الفرد أو الموظف ينطلق من ثقافته وبيئته ويستعمل الأساليب التي يعرفها والمتعود عليها فليس من السهل إقناعه بالتخلي عن المبادئ التي رسخت في ذهنه وتعويضها بأفكار جديدة.

ويمكن التغيير في سلوكيات الموظفين عن طريق تغيير إجراءات التوظيف وطرق التدريب والتكوين وتحسين وسائل الاتصال بين الموظفين، من خلال ما يعرف بالدارة "السوسيو اقتصادية لـ Henry Savall والإدارة التقديرية للموارد البشرية"، لكن هذه الطريقة تعتبر من أصعب الطرق، باعتبار أن هناك اختلافا في الذهنيات ومستويات التكوين الثقافي؛ أما في حالة امتناع أي موظف عن تقبل الإجراءات الجديدة بطرق ديبلوماسية، فعلى الإدارة اللجوء إلى العقاب بصورة استثنائية.<sup>2</sup>

ومن الأمور التي تساعد الموظف على تقبل الجو الجديد للعمل هو جعله يحس فعلا أنه ينتمي إلى مؤسسته، وهذا بالنظر في مشاكله والاستماع إليه والتغلب على الخلافات الداخلية. وبهذا تصبح الأهداف مشتركة بين جميع الموظفين، بالإضافة إلى تحسيسهم بأهمية آراءهم والأخذ بها أحيانا واعتبارهم الثروة الأولى والأخيرة لنجاح مؤسستهم.

وبالنظر إلى المنظمة الصحية يمكن القول أن العنصر البشري مشتت الأفكار، فمن جهة الطبيب يفكر لوحده وكذلك الشبه طبي والإداري أو الأعوان فكل يسبح في فلكه، فيلاحظ عدم تواجد اتحاد فكري منهجي والأهداف تكاد تكون غير واضحة وغير مشتركة.

<sup>1</sup>فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 287.

<sup>2</sup>جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 8.

### III. 2.3. أنواع التغيير في المؤسسات الصحية

أما بالنسبة لأنواع التغيير في المؤسسات الصحية فيمكن تصنيفه كما يلي:<sup>1</sup>

- **التغيير الفني:** ينصب هذا التغيير على الوسائل وليس على الغايات، ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة. فعلى سبيل المثال، فإن قرار تغيير جهاز تصوير إشعاعي بآخر ذي قدرة إنتاجية أعلى يتضمن كلفة قليلة للمنظمة وأثرا قليلا أيضا. في حين أن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسل الكلى في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة المختلفة، حيث سيحدث طلبا على هذه الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة، والهندسة والصيانة وغيرها.
- وبالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر فكلاهما يمثل تغييرا في الوسائل ولا يمثل التغيير في الأهداف الأساسية للمنظمة.
- **التغيير التعديلي:** وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل، حيث ينصب على أهداف المؤسسة دون تغيير في الوسائل الجوهرية، فقرار المستشفى مثلا بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزا للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي، حيث إن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين موجودة أصلا لدى المؤسسة، وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المؤسسة وتركيزها، وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة.
- **التغيير التكيفي:** ويتضمن تغيرا في كلا الوسائل والغايات معا، وهذا النوع لا يحدث في المؤسسة الصحية بشكل متكرر. وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديلا جوهريا في توجه المنظمة (الغايات والأهداف)، وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة.

<sup>1</sup>Jisette Hart, Sylvie Lucas, Management Hospitalier, stratégie nouvelle descadres, Edition Lamane, France, 2002, p. 51.

## IV . إدارة التغيير في المؤسسات الصحية

تعتبر إدارة التغيير في منظمات الرعاية الصحية إحدى أهم المسؤوليات الإدارية للمدير الصحي، مما يستوجب عليه امتلاك مهارات أساسية لقيادة التغيير والتي تساعده على اختبار الاستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير في منظمته وكذا القدرة على مواجهة الصعوبات التي تحول وتطبيق التغيير في المؤسسة الصحية.

ولكي ينجح قائد التغيير في الدور الذي يؤديه، يجب أن يملك مجموعة من المهارات تساعده في التأثير والاستمرار في توجيه سلوك الأفراد، وتصنف هذه المهارات في أربعة فئات رئيسية كما يلي:

- **المهارات الفنية:** وتتضمن مجموعة المهارات المتعلقة بفهم جوانب العمل الإداري وكل ما يتعلق بالعمل، وهي مهارات محددة ومألوفة وسهلة في اكتسابها وتنميتها مقارنة بالمهارات الأخرى.

ومن أهم السمات والقدرات التي ترتبط بالمهارة الفنية للقائد على سبيل المثال القدرة على تحمل المسؤولية، الفهم العميق والشامل للأمور، والإيمان بالهدف وبإمكانية تحقيقه.<sup>1</sup>

- **المهارات الإنسانية:** تتعلق هذه المهارات بقدرة القائد على تفهم حاجات ودوافع العاملين معه ومقدرته على إشباعها والتي تلعب دورا مهما في تحديد مدى رضا الفرد عن عمله.

تؤدي القدرة على معرفة حاجات الأفراد ورغبتهم إلى فهم المثيرات والسلوك الصحيح الذي يؤدي إلى التعامل معها ومعرفة ردود الآخرين اتجاهها مما يؤدي إلى فعالية أكثر وإنتاج أفضل.

ومن سمات المهارات الإنسانية الاستقامة وتكامل الشخصية، الأمانة والإخلاص والخلق الطيب، والقدرة على التعامل مع الأفراد.<sup>2</sup>

- **المهارات الفكرية:** وتشمل مهارات التحليل والتشخيص وحل المشكلات واتخاذ القرارات والإبداع والابتكار.<sup>3</sup>

- **المهارات التنظيمية:** وتتضمن هذه المهارات معرفة نظريات التنظيم والتطوير التنظيمي، والاستعانة بما لتفسير الظواهر الإدارية والتنبؤ بالاحتياجات المستقبلية.

<sup>1</sup>فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 305.

<sup>2</sup>AmelLaribi, Actualité du système National de santé (2005-2007), laboratoires de recherche, école National de santé publique El- Marsa, Mai 2008.

Sur le Site: www. Santé.Dz.

Date de consultation : 04/05/2012

<sup>3</sup>جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 11.

## IV. 1 استراتيجيات التغيير في النظام الصحي

توجد العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم، وسيتم تناول أهم هذه الاستراتيجيات على النحو الموالي.

- **استراتيجيات إعادة التعليم:** تعتمد هذه الاستراتيجية على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل موضوعي، حيث إنها لا تقرر بشكل مسبق خطة للمنظمة بل تستعمل في الأصل كمصدر لتوليد النقاش والأفكار حول معالجة الفجوة بين ما تفعله المنظمة حالياً وما يتوجب عليها عمله ومن الاستراتيجيات الشائعة في منظمات الرعاية الصحية.<sup>1</sup>

- **استراتيجيات التعليم المستمر:** وتستعمل هذه الاستراتيجية بشكل خاص للأطباء والمرضات، حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والتفجر المعرفي في العلوم الطبية والصحية التركيز على التعليم المستمر كمدخل لتفعيل عملية التغيير.<sup>2</sup>

- **استراتيجية التغذية الراجعة للدراسات المسحية:** تتمثل الفكرة الأساسية في هذه الاستراتيجية في البدء بعملية التغيير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول أنشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين في المنظمة. ومن ثم يتم تغذية النتائج لمجموعة من الأفراد لإعطائهم فرصة لاستكشاف معاني ومضامين هذه النتائج والخلوص إلى استنتاجات والوصول إلى إجراءات تصحيحية. ثم يصار إلى جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراءات التصحيحية وبعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراء التصحيحي (التغيير).<sup>3</sup>

وتتمثل الوظيفة الأساسية لعملية التغذية الراجعة في إظهار التناقض بين ما تفعله المنظمة وما يتوجب عليه فعله وجعل هذا التعارض واضحاً للمشاركين في المنظمة، وتؤثر التغذية الراجعة على السلوك عن طريق توليد الطاقة عند الأفراد وحفزهم للبدء باتخاذ إجراء تصحيحي لأنها تقدم للأفراد والجماعات في المنظمة معلومات تتعارض مع إدراكهم ومعتقداتهم.

فعلى سبيل المثال تعتقد قيادة الهيئة الطبية عادة بأن الأطباء يقدموا مرضاهم خدمات رعاية طبية جيدة، إلا أنه عند جمع البيانات عن مؤشرات جودة الرعاية في المنظمة الصحية كمعدل التهابات

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص، 309.

<sup>2</sup> Jisette Hart, Sylvie Lucas, op-cit, p. 51.

<sup>3</sup> جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 13.



ما بعد الجراحة ومعدل الإقامة في المستشفى، فقد نجد أن هذه المعدلات مرتفعة قياساً بالمعايير المقبولة مما يحفز قيادة الهيئة الطبية على التفكير باتخاذ إجراء تصحيح.<sup>1</sup>

- **استراتيجيات الإقناع:** على عكس استراتيجيات إعادة التعليم تحاول استراتيجيات الإقناع إحداث التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد، فالتركيز هنا هو على بيع الفكرة المراد تبينها والتي قد تركز على معلومات أساسية أو على معلومات مفبركة إضافة إلى التلاعب بالأفراد والتأثير على مواقفهم من خلال المناورة والسياسة وهذه الاستراتيجيات شأنها شأن استراتيجيات إعادة التعليم تكون أكثر أهمية في المراحل الأولى لعملية التغيير؛ أي مرحلة إدراك المشكلة ومرحلة تحديد ما يجب عمله أو في المرحلة الأخيرة أي مرحلة القبول بالتغيير.

ففي المراحل المبكرة لعملية التغيير تركز معظم استراتيجيات الإقناع على مواقف الأفراد بهدف إقناعهم بالتغيير، وهناك أساليب مختلفة للإقناع منها التقريب المتتابع، أسلوب التشابه، أسلوب تشتيت الذهن. **استراتيجيات التيسير:** وتمثل هذه الاستراتيجيات التدخلات التي يتم القيام بها لتسهيل تنفيذ التغيير المطلوب. ويقوم استعمال هذه الاستراتيجيات على افتراض أن المنظمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج، وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير.<sup>2</sup>

ومن بين أهم الاستراتيجيات المستعملة في هذا السياق أسلوب بناء الفريق، حيث إن منظمات الرعاية الصحية تعتمد إلى حد كبير على فرق العمل في أداء مهامها والتي يجب أن تعمل بتناغم وتعاون لضمان تقديم خدمات رعاية طبية جيدة. ورغم ذلك توجد درجة عالية من النزاع والخلاف والغموض بين مجموعات العمل داخل هذه المنظمات في عالم الواقع مما ينعكس سلباً على فاعلية المجموعات وعلى قدرتها على المشاركة الفعالة في عملية التغيير.

ويعتبر أسلوب بناء الفريق مدخلاً لدعم الأداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفاعلة فيها.

- **استراتيجيات القوة:** تقوم هذه الاستراتيجيات على استعمال العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان الفرد للتغيير. وتستعمل استراتيجيات القوة وبشكل خاص عندما تفشل المنظمة أو إحدى

<sup>1</sup>Jisette Hart, Sylvie Lucas, op-cit , p. 51.

<sup>2</sup>جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 20.

الوحدات التنظيمية فيها إدراك الفجوة الأدائية (ما تفعله وما يتوجب فعله)، حيث تفضل في البدء بعملية التغيير المطلوب.

إلا أنه يعاب على هذه الاستراتيجيات وبشكل واضح أنها وإن كانت تضمن تنفيذ التغيير إلا أنها لا تضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة.<sup>1</sup>

## IV. 2. معوقات تنفيذ التغيير

تواجه منظمات الرعاية الصحية صعوبات تتمحور في عدة عوامل سيتم ذكر بعضها كما يلي:

- **طبيعة مهام الرعاية الطبية:** يمتاز العمل داخل المنظمة الصحية بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، حيث إن الأمر يتعلق بأتمن ما في الوجود وهو صحة الإنسان، وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض أو يؤدي إلى عجز دائم.

تحمل هذه الخصائص مضامين هامة بالنسبة لتنفيذ التغيير التعديلي والتكيفي، حيث ينظر إلى هذه التغييرات بأنها ذات أثر مباشر على الأفراد المعنيين بإنتاج وتقديم الخدمة الطبية. ومن جهة أخرى فإن منظمات الرعاية الصحية لديها الميل وبشكل مسبق لتقوم كفاءة التغيير المقترح مسبقاً فلا مجال للمخاطرة في الممارسة الطبية.

- **طبيعة العناصر البشرية العاملة في منظمات الرعاية الصحية:** يحكم أداء المهنيين الصحيين العاملين في المنظمة وخاصة الأطباء مبادئ وأخلاقيات قوية، كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم. وعلى ذلك، فإن أي عمل يتضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن ينتج عنه رفض أو انتقاد أعضاء المهنة.<sup>2</sup>

- **طبيعة البناء التنظيمي للمؤسسات الصحية:** يتميز البناء التنظيمي في المؤسسات بالتعقيد وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة وما يتصف به من تعدد الأقطاب، حيث في التغيير التعديلي والتكيفي لا بد من التركيز على الأفراد الرئيسيين في المنظمة. وحقيقة الأمر أن الكثير من الأفراد ممن هم خارج نقاط السلطة الرسمية يمتلكون قدراً كبيراً من القوة والقدرة على التأثير مثل الأطباء، حيث إن الفشل في استشارة هؤلاء منذ البداية يمكن أن يفشل أو يعرقل جهود التغيير.

<sup>1</sup> الطعامة محمد، مخيمر عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، القاهرة، 2008، ص. 71.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 313.

- طبيعة التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين: تركز على الاستقلالية والفردية في اتخاذ القرارات، مما يجعل من الصعب عليهم التكيف مع الأساليب التعاونية والتي تقوم على المشاركة والتي تميز جهود التغيير المخططة. فالمؤسسات الصحية لا تتوفر لديها الخبرة الكافية فيما يتعلق بالتعاون والمشاركة في حل مشاكلها.
  - طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم: أو ما يعرف بالنموذج الطبي والذي يتعارض مع معظم التغييرات التعديلية والتكيفية، حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل في العلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر. وهذا يتعارض بشكل كامل مع منهج التطوير التنظيمي الذي يتبعه مستشارو التطوير التنظيمي حيث يحاول العمل على حل المشاكل بالتشاور الكامل مع المعنيين الرئيسيين في المنظمة، وبالتالي فإن فشل استشاري التطوير التنظيمي للاستجابة لخصوصية التطوير النموذج الطبي وتوقعاته يقلل من مصداقية أخصائي التطوير التنظيمي من جهة نظر هؤلاء المهنيين الصحيين.
  - تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية: حيث تضع منظمات الرعاية الصحية أهمية واهتمام كبير لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج مما يجعل من الصعب عليها تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية وخاصة المستهلكة لخدمات المنظمة الصحية مثل شركات التأمين والضمان الصحي.<sup>1</sup>
- بالإضافة للمعوقات السالفة الذكر، يعد مصدر التغيير من أهم العوامل التي ترفع من مقاومة الفاعلين له لأن أي تغيير يفرض على الفاعلين من الخارج أو من القمة سوف يكون مثيرا للمعارضة لأنه يهدد مراكزهم وسلطاتهم ولاسيما إذا لم يكن بناء على طلبهم، لأنه يحمل في طياته معنى ضمنيا بأنهم لا يؤدون أعمالهم على أكمل وجه، الشيء الذي يجعلهم يفسرونه في صورة نقد موجهة لهم ولظروف عملهم وسلوكهم الذي تعودوا عليه وتطبعوا به مما يرفع من درجة مقاومتهم له وتنعدم مساعدتهم إلى القائمين به.
- أما إذا كان هذا التغيير بناء على طلبهم فإنهم ينظرون للقائمين به على أنهم يعملون لصالحهم. كما يؤدي التنظيم غير الرسمي دورا كبيرا في الرفع من درجة المقاومة للتغيير عند الفاعلين ولاسيما المنتمين إليه، حيث يعتمد إلى خلق الشكوك عندهم في نيات الإدارة، ويبرر احتمال ظهور نتائج سيئة مترتبة عليه، ويستمد قوته من بعض العيوب الشائعة والأخطاء المتكررة في المنشآت الرسمية وأههما:
- ظاهرة تركز السلطة.
  - عدم انفتاح قنوات الاتصال بين مستويات المنشأة.

<sup>1</sup> الطعمنة محمد، مخيمر عبد العزيز، مرجع سابق، ص. 74.

- قلة تدفق المعلومات السليمة من قمتها إلى قواعدها.
- ضعف أساليب القيادة والإشراف وعدم قدرتها على تحفيز الفاعلين.

وقد أوضحت عدة دراسات أن إقناع قادة التنظيم غير الرسمي وجلب ثقتهم وانخراطهم في مشروع التغيير قد يؤدي إلى نجاح صيرورة تنفيذه، الشيء الذي لم يكن ممكنا تحقيقه بالاعتماد على الأسلوب الرسمي، ويمكن أن نستخلص أن مقاومة جماعات العمل تكون أكبر من مقاومات الفاعلين مجتمعين لأن سلوك الجماعة لا يمثل سلوكا مماثلا ومطابقا لسلوك الفاعل فهو مضاعف من حيث القوة، كما يلاحظ أن أثر التغيير المقترح في الجماعة غالبا ما يكون أكبر من أثره في الفاعل، وتكون المقاومة متطابقة مع حجمه: فإذا كان بسيطا فإنه سيخلق معارضة بسيطة نسبيا، أما إذا كان كبيرا فإن إمكانية ظهور مقاومة شديدة من جانب الجماعة تكون كبيرة، كما تكون الآثار المترتبة عنه على مراكز السلطة والاختصاصات ومسؤوليات الفاعلين الذين يتعلق بهم كبيرة أيضا.<sup>1</sup>

ومن هنا يمكن القول أن التغيير التنظيمي في النظام الصحي يعتبر المفتاح الأساسي لنجاح المؤسسات وتميزها تنافسيا في ظل الظروف الحركية التي يشهدها العالم. ويتوقف نجاح التغيير على الفهم العميق لجوانبه المختلفة وأهدافه واقتناع الأفراد به ومشاركتهم فيه، حيث تلعب إدارة التغيير دورا فعالا في الحد من مقاومة التغيير والعمل على الاستفادة منها بشكل يساعدها على تعديل برامج التغيير وزيادة فعاليتها.

أما عن أحد أهم أسباب نجاح عملية التغيير في المؤسسة الصحية فهي توفر مدير صحي يتمتع بمجموعة من المهارات الأساسية التي تمكنه من اختيار الاستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير في منظمته، وكذا مواجهة الصعوبات التي تحول دون تطبيق التغيير في المؤسسة الصحية.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 30.

<sup>2</sup> الطعمانة محمد، مخيمر عبد العزيز، مرجع سابق، ص. 83.

## المبحث الثالث: الضمان الصحي وتمويل الخدمات الصحية

تهدف من خلال هذه الدراسة إلى تقييم الخدمات الصحية والمساهمة في تحسينها من خلال استعراض أهم اليات ذلك؛ ومن أهم متطلبات الصحة باعتبارها قطاع حيوي وأحد أساسيات الحياة وجود نظام ضمان فعال يعمل على دعم الخدمة وتفعيلها، ولهذا سنقوم من خلال هذا المبحث بشرح المقصود بالضمان الصحي وأهميته.

### 1. ماهية التأمين الصحي

سنحاول من خلال هذا العنصر التعرف على مفهوم التأمين الصحي وبداياته وأهم أنواعه وأهدافه.

#### 1.1 مفهوم التأمين الصحي

التأمين الصحي هو: "عقد يتم بموجبه دفع أقساط التأمين للمؤمن، ويتعهد المؤمن لقاء ذلك بدفع مبلغ معين دفعة واحدة أو على أقساط للمؤمن له، وبدفع مصاريف العلاج والأدوية كلها أو بعضها وذلك في حال مرض المؤمن له خلال مدة التأمين".<sup>1</sup>

أي أن التأمين يشمل الرعاية الصحية والحماية التأمينية للمريض في العلاج وفي تعويض الأجر خلال فترة العجز المؤقت أو التوقف عن العمل بسبب المرض، ويقصد بالمريض هنا من أصيب بمرض غير إصابة العمل كالأمراض التي تعترى الإنسان بكافة أنواعها.

وحق الانتفاع بهذا النوع من التأمين يشترط اشتراك العاملين بوحدة الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والقطاع لأنه عند التحاقهم بالعمل في هذه الجهات يكونون قد خضعوا لكشوفات أثبتت مدى ملاءمتهم وسلامتهم، ويتم تمويل هذا التأمين من المصادر التالية:<sup>2</sup>

- الاشتراكات التي تقتطع من أجور العمال بنسبة محددة قانونا والنسب التي يلتزم صاحب العمل بدفعها (9% و26% في الجزائر).
- رسوم العلاج التي تحصل من العامل عند كل حال مرضية.

<sup>1</sup> عبد الهادي السيد، عقد التأمين حقيقته ومشروعيته، منشورات الحلبي، بيروت، 2003، ص. 160.

<sup>2</sup> حربي محمد عريقات، التأمين وإدارة الخطر، دار وائل، الأردن، 2008، ص 369.

أما من حيث شموليته فيضم كافة الأفراد الذين يعولهم العامل من آباء أو أولاد أو زوج وذلك تبعاً لأحكام التأمين الصحي وقوانين البلد.

## 1. 2 التطور التاريخي لتأمين الصحي

نشأ التأمين الصحي تاريخياً مع التطورات العمالية من خلال تجميع الموارد ورصدها لضمان الحماية من مخاطر المرض، فقد شكل حرفيو أوروبا في العصور الوسطى نقابات الصناعات التي أنشأت صناديق لدعم الأعضاء في أوقات العوز الناتج عن المرض، والتي يسهم فيها كل عضو بشكل دوري.

وتوسعت وتطورت هذه الصناديق مع التطور الاقتصادي إذ ساد مفهوم مشاركة المخاطر التي تهدد دخل العامل بسبب المرض، وبدأت مجموعات العمال والمزارعين في المنطقة الواحدة بإنشاء صناديق المرض أو جمعيات الدعم التعاونية لهذا الغرض وجمعت هذه الجمعيات مساهمات المشاركين لتوفر العون والدعم للأعضاء المحتاجين فقط وليس بهدف الربح أو الاستثمار فقد كان المبدأ الأساسي لهذه الجمعيات التكافل، وفي بداية الأمر وفرت هذه الصناديق والجمعيات الدعم النقدي، ثم أخذت تتعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية لرعاية أعضائها، ثم طورت خدماتها الطبية الخاصة فبادر أرباب العمل في المهنة الخطرة مثل أعمال التنقيب بإلزام العمال بالاشتراك في هذه الجمعيات.

ثم تبناه القادة السياسيون إلى فوائد تعميم هذه التنظيمات وكانت أول خطوة في ألمانيا عام 1883، حيث سنت الدولة قانوناً يقضي بإلزام العمال في صناعة محددة يتقاضون دخلاً أقل من مستوى معين بالاشتراك في صندوق المرض ويمول الصندوق بمساهمة إلزامية لكل من الموظف ورب العمل. من هنا بدأ التأمين الصحي في ألمانيا ثم تبعتها النرويج عام 1902 ثم بريطانيا 1910 وفرنسا 1920 وبحلول عام 1930 عم التأمين الصحي الإلزامي معظم الدول.

## 1. 3 أنواع التأمين الصحي

يشمل التأمين الصحي بشكل عام عدة أنواع من العقود التأمينية التي رغم ارتباطها ببعضها البعض، إلا أن كلا منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة وأهمها:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> حربي محمد عريقات، مرجع سابق، ص. 371.

**1.3.1 تأمين دخل العجز:** التأمين ضد فقدان الدخل، والذي يوفر دفعات منتظمة عند عدم قدرة المؤمن عليه على العمل بسبب المرض أو الإصابة وتكون أهلية تحصيل الدفعات على أساس افتراض فقدان الدخل، ولكن تعرف فعلياً على أساس عدم القدرة على ممارسة العمل.

**2.3.1 تأمين التكلفة الطبية:** يوفر تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن الإصابة أو المرض، وتشمل تكاليف الأطباء والمستشفيات وخدمات التمريض والخدمات الصحية الأخرى ذات العلاقة، إضافة إلى الأدوية والتجهيزات الطبية. وقد تأخذ المنافع التأمينية عدة أشكال، فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف إما لمقدم الخدمة أو للمؤمن عليه، أو بدفع مبالغ نقدية محددة أو بتوفير الخدمات المباشرة. وبالإمكان تقسيم هذا النوع من التأمين إلى أربعة أنواع هي:

أ. تغطية تكاليف المشفى.

ب. تكلفة الجراحة

ج. تكاليف الخدمات الطبية العادية

د. التكاليف الطبية الكبرى

**3.3.1 التأمين من الإصابات:** يتعهد فيها المؤمن بدفع مبلغ التأمين إلى المؤمن له في حال تعرضه لإصابة في جسمه بسبب حادث ما، أو إلى المستفيد في حال أدت الإصابة إلى وفاة المؤمن له، بالإضافة إلى رد المصاريف الطبية والصيدلانية التي يكون المؤمن له قد أنفقها، وذلك مقابل أقساط يدفعها المؤمن له.

## 4. أهداف الضمان الصحي

يسعى الضمان الصحي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف؛ نوجز أهمها فيما يلي:<sup>1</sup>

- ترسيخ مفهوم وفلسفة ومبادئ التأمين الصحي كآلية من آليات التكافل الاجتماعي لتحقيق شمولية التغطية السكانية والخدمات الطبية لكافة شرائح المجتمع بجميع فئاتهم العمرية ومقدراتهم الاقتصادية وتركيباتهم الاجتماعية وأحوالهم الصحية المتباينة لتحقيق التكافل، العدالة والمساواة في المجتمع.
- تحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة وتقوية روح التكافل الاجتماعي من خلال توفير الخدمات الطبية الشاملة والمتكاملة بأسلوب تكافلي يضم كافة أفراد المجتمع.

<sup>1</sup> عبد الرزاق بن خليف، التأمينات الخاصة في التشريع الجزائري، مطبعة جرد، الجزائر، 1998، ص. 57.

- إدارة نظام وطني للتأمين الصحي بالتنسيق مع الإدارات التنفيذية لتقديم أفضل الخدمات الطبية للمؤمن له وتطويرها وفقا لمبدأ المشاركة في التكلفة.
- وضع الأسس العامة لكيفية المشاركة في تخفيف عبء تكلفة العلاج على الأسر والدولة.
- مشاطرة المخاطر الصحية بين أصحاب الاحتياجات الكبيرة والاحتياجات الصغيرة بالاستناد على القيم والأعراف الاجتماعية الرشيدة.

## 1.5 فوائد الضمان الصحي

إن في الضمان الصحي حل للكثير من المعضلات الصحية كما أن فيه فائدة لكافة الأطراف ابتداء بالمواطن المؤمن عليه، مروراً بجهات العمل وانتهاء بمقدمي الخدمات الصحية والتأمينية ويمكن تلخيص فائدة كل طرف في ما يلي:

### 1.5.1 المؤمن عليه (سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً أو غير ذلك)

مع زيادة تكلفة الخدمات الصحية أصبح المرض لا يشكل هما لما يحمله من معاناة جسدية بقدر ما يرافقه من أعباء مالية يتحملها الأغلبية العظمى من المواطنين بسبب انخفاض مستوى الدخل وارتفاع التكاليف، وبدون التأمين الصحي فالخيارات المتاحة لمن أبتلي بمرض إما الصبر على المرض وعدم المعالجة أو اللجوء لبيع الممتلكات أو الاستدانة وأحياناً اللجوء لممارسات غير أخلاقية مثل السرقة أو الرشوة أو التسول.<sup>1</sup>

ولكن التأمين الصحي يكفل الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين، لاسيما إذا كان التأمين الصحي شاملاً للموظف ولمن يعول، كما يعزز التأمين الصحي ويوثق العلاقة بين الموظف أو العامل وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملائه ساهموا في تحمل أعباء العلاج عنه بالأقساط التي يدفعونها بجوار ما تدفع عنهم جهة العمل.

والتأمين الصحي يكفل أعلى حد ممكن من العدل والمساواة في تلقي الخدمات الصحية، فبطاقة التأمين الصحي يحملها مدير الشركة كما يحملها أبسط الموظفين كالسائقين والحرس والمراسلين وغيرهم، وحتى لو اختلفت

<sup>1</sup> عبد الرزاق بن خليف، مرجع سابق، ص. 59.



الدرجات، فالخدمات العلاجية الأساسية من أدوية وفحوصات وعمليات وغيرها لا تختلف باختلاف موقع الموظف في الهيكل الوظيفي.

عند تطبيق التأمين الصحي لن يعد الموظف (أو العامل) بحاجة للتزلف والمحابة لهذا وذاك حتى يتمكن من الحصول على حقوقه بالمعالجة السليمة المنصفة، فالمعالجة سترتبط بوجود المرض أو عدمه وليس بمقدرة المرء على الإقناع واختلاق الأعذار والأمراض والتي غالباً ما تكون مفتعله.

### 1. 2.5. ا جهات العمل (سواء كانت جهات حكومية أو خاصة)

تتمثل الفوائد التي تتحصل عليها جهات العمل بغض النظر عن طبيعتها في مجموعة من النقاط منها:<sup>1</sup>

- تستفيد جهات العمل من توفير التأمين الصحي لموظفيها وعماها برفع الإنتاجية من خلال المحافظة على صحتهم وبالتالي رفع إنتاجيتهم و الحد من الخسائر الناجمة عن الانقطاع عن العمل بحجة المرض. وكذلك تحقيق الرضا الوظيفي لدى الموظفين والعمال وتعزيز ارتباطهم بجهات عملهم وشعورهم أن جهة عملهم لا تعنى فقط بما يقدمه العاملون لجهة العمل، إنما تهتم أيضاً بأوضاعهم الصحية والاجتماعية.
- إن تطبيق التأمين الصحي يساعد جهات العمل أن تؤدي التزامها نحو العاملين بشكل عادل ومنصف بعيداً عن أية محاباة وانتقائية، حيث أن القيادات الإدارية يصعب عليها أحياناً التفريق بين الصادقين والكاذبين في ادعائهم للمرض، مما يؤدي إلى صرف مخصصات لبعض المدعين دون وجه حق بدافع الشفقة، وفي المقابل قد يمنع الصرف لمن هم في حاجة ماسة حقيقية وذلك لأسباب إدارية أو مالية.
- بعض جهات العمل تصرف مبالغ محدودة سنوية أو شهرية لموظفيها لكنها تواجه مشكلة عند حدوث حالة مرضية كبيرة لأحد الموظفين أو العمال، بينما وجود النظام الضمان الصحي ينفي احتمال حدوث هذه الحالة.

### 1. 3.5. ا مقدمي الخدمات الصحية (سواء كانت مستشفيات أو أطباء أو صيدليات أو مراكز

تشخيصه)

يستفيد مقدمو الخدمات من تطبيق التأمين الصحي بزيادة عدد المرضى، حيث يحدث تدفق كبير للمرضى لأن الجميع يصبحون قادرين على مراجعة مقدمي الخدمات الصحية بأسعار زهيدة أو مجاناً في بعض

<sup>1</sup> حربي محمد عريقات، مرجع سابق، 375.

الأحيان، وذلك تحت مظلة التأمين الصحي. ويكون مقدمي الخدمات الصحية مطمئنين لأن الجهات المؤمنة قادرة على دفع أية تكاليف مهما ارتفعت، طالما أنها ضمن الشروط التعاقدية.<sup>1</sup>

إن أنظمة التأمين الصحي الحديثة التي تطبقها الجهات المتخصصة تؤدي إلى رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، كما تولد التنافس بين مقدمي الخدمات الصحية، لأن هذه الأنظمة تعطي للمريض كامل الحرية في اختيار الطبيب والمستشفى الذي يريد، مما يعني أن جموع المرضى المؤمن عليهم سوف يتوافدون على المستشفيات ذات الخدمات الأفضل وفي هذا تحفيز لمقدمي الخدمات الصحية أن يبقوا في الصدارة كي لا يتجاوزهم الآخرون.<sup>2</sup>

### 4.5.1 على مستوى المجتمع

يعتبر التأمين الصحي أحد أهم أنواع التأمين وأكثره ارتباطا وحساسية بأفراد المجتمع ومنظماته وذلك نتيجة لما له من اثر ايجابي في توفير الأمان، الادخار، حماية الأسرة، الوقاية من الأمراض ومساهمته في التنمية الاقتصادية حيث تنبع أهمية التأمين الصحي من عدة عوامل اجتماعية واقتصادية يمكن ذكر بعضها:

- **التأمين الصحي ودوره في شعور الفرد والمجتمع بالأمان:** بحيث يساهم التأمين الصحي في تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات العمال والموظفين والتخلص من مظاهر القلق الممكن حدوثه نتيجة لعدم توافر الأموال للعلاج؛ خاصة أن كلفة الرعاية الطبية الحديثة أصبحت فوق القدرة المالية لغالبية الأفراد والأسر والتي يصل تأثيرها في بعض الحالات المرضية إلى لجوء الفرد لبيع كل ما يملك والتدين في سبيل العلاج.

- **التأمين الصحي ودوره في الوقاية:** إن الاهتمام بالمفاهيم الصحية الوقائية والتركيز عليها باعتبار أحد الأهداف التي يقوم عليها التأمين هو الوقاية والحفاظ على الصحة من خلال الاهتمام بالجانب الوقائي والعلاج المبكر مما يؤدي إلى ارتفاع المستوى الصحي وهبوط معدلات المرض وتخفيض النفقات العلاجية الباهظة.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> عبد الرزاق بن خليف، مرجع سابق، ص. 61.

<sup>2</sup> كامل وديع، مرجع سابق، ص. 59.

<sup>3</sup> عبد الرزاق بن خليف، مرجع سابق، ص. 64.

- التأمين الصحي ودوره الفاعل في عملية الادخار: يساهم التأمين في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تقليل الأعباء على الميزانية العامة للحكومات والمؤسسات والشركات والأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديهم.

### 1.5.5 على مستوى التنمية:

وهنا يمكننا أن نركز على التنمية الاقتصادية والاجتماعية؛ بحيث نجد:

#### - التنمية الاقتصادية

صحة الإنسان الذهنية والحيوية هي العامل الأساسي لكل قدراته الإنتاجية، والقدرة على تحمل أعباء الرعاية الصحية تعتمد على ما يتيح الاقتصاد الوطني من إمكانيات واعتمادات خاصة بتنمية الموارد والطاقات في قطاع الصحة والدواء، ويساهم التأمين الصحي في دعم الاقتصاد الوطني من خلال زيادة فرص الاستثمار في القطاع الصحي وفروعه المختلفة وتشجيع المستثمرين على توظيف أموالهم في المشاريع الصحية، مما يؤدي إلى زيادة فرص العمل داخل مؤسسات وشركات التأمين وفي الجهات التي تقوم بتقديم الخدمات الطبية.<sup>1</sup> فقد أصبح ينظر للتأمين الصحي على أنه من أساسيات التنمية البشرية وهدفاً من أهدافها، لأن الاهتمام بالصحة يعتبر اهتماماً بالتنمية، والاستثمار في القطاع الصحي بشكل سليم استثماراً في رأس المال البشري، وذلك نتيجة لما يسببه النمو الصحي من زيادة في إنتاجية رأس المال البشري وبالتالي من زيادة في معدل النمو الاقتصادي.

#### - التنمية الاجتماعية:

يؤكد التأمين الصحي على حق الفرد في الحصول على الخدمات الصحية وتحقيق العدالة والمساواة، وصولاً إلى الهدف الأساسي المتمثل في توفير الصحة للجميع، من خلال تعميق مبدأ المشاركة بين الدولة والمواطن وبين صاحب العمل والموظف وبين الموظفين أنفسهم. وبدون التأمين الصحي لن يتمكن من دفع تكاليف المعالجة الباهظة (خصوصاً العمليات الجراحية الكبرى) سوى عدد قليل من الأفراد القادرين على الدفع، وبالتالي فإن التأمين الصحي بما فيه من آلية تكافلية يمكن الأفراد من تلقي الخدمات اللازمة ذات الكلفة العالية بمبالغ معقولة.

<sup>1</sup> حربي محمد عريقات، مرجع سابق، ص. 378.

يساعد التأمين الصحي أصحاب العمل على أداء التزامهم الأدبي والقانوني في معظم دول العالم تجاه العاملين لديهم. والتأمين الصحي يعني أيضا أنه مقابل قسط معلوم مسبقا يمكن للفرد والمؤسسة تجنب خسائر محتملة تؤدي لأثار اقتصادية واجتماعية وخيمة، وبالتالي فمن الأهمية وجود قسط معلوم يمكن احتسابه ووضعها ضمن الميزانية المرصودة مسبقا، وبالتالي فان التأمين أحد الطرق الأكثر فعالية في التعامل مع الأخطار.

أما بالنسبة للمكاسب الوطنية التي يحققها النظام الصحي فتتلخص بمجموعة من النقاط منها:<sup>1</sup>

- زيادة إنتاجية الموارد البشرية، وزيادة معدل النمو الاقتصادي.
- تنامي وتطور القطاع الصحي (العام والخاص) لتنافسهم في استقطاب المؤمنین صحيا.
- الحد من استنزاف النقد الأجنبي الناتج عن نفقات العلاج في الخارج، مما يؤدي إلى مزيد من النمو الاقتصادي.
- وجود أنظمة التأمين الصحي يشجع المستثمرين في مزيد من الاستثمارات الصحية الكبرى وبالتالي المزيد من النمو والتنمية للوطن.

## II برامج الضمان الصحي وطرق تقديمها

### II 1. برامج الضمان الصحي

تختلف برامج التأمين الصحي من دولة إلى أخرى إلا أن الأنواع الرئيسية يمكن حصرها فيما يلي:<sup>2</sup>

#### II 1.1. الرسوم مقابل الخدمة: يعتمد هذا الأسلوب على أن يدفع المريض رسوما على الخدمات التي يتلقاها

في المنشآت الصحية، وفيما يوفر هذا الأسلوب الحوافز الإنتاجية المرتفعة إلا أنه يؤدي إلى التضخم والتوسع في استخدام الإجراءات ذات المنفعة الهامشية مقابل التكلفة.

#### II 2.1. الخدمات الصحية الوطنية: تقدم العديد من الدول الخدمات الصحية المجانية لمواطنيها والمقيمين بها

وفق برامج مختلفة أشهرها نظام الخدمات الصحية الوطنية الذي تقدم الدولة من خلاله الخدمات الصحية لجميع أفراد وشرائح المجتمع حسب الاحتياج الصحي وبغض النظر عن القدرة على الدفع.

<sup>1</sup> كامل وديع، مرجع سابق، ص. 63.

<sup>2</sup> حربي محمد عريقات، مرجع سابق، ص. ص. 371\_372.

ويوفر هذا النظام جميع الخدمات الوقائية والعلاجية بما فيها الأدوية وخدمات الأسنان والولادة ورعاية الأمومة والطفولة والصحة النفسية من خلال مرافق تتبع للدولة وبواسطة قوى عاملة صحية موظفة بها يدفع لها مرتبات شهرية، ويمول هذا النظام من خلال الضرائب العامة.

## 2.11 طرق تقديم الخدمات

هناك العديد من الطرق لتقديم الخدمات ومن أهمها ما يلي:<sup>1</sup>

**1.2.11 نظام التأمين الصحي الاجتماعي:** وهو تأمين إجباري بحكم القانون، قد ينفذ من خلال هيئة مركزية واحدة تتبعها هيئات فرعية، أو من خلال أكثر من هيئة للتأمين الصحي، ولكل منها فروع تنتشر جغرافياً لتغطي بالخدمة التأمينية فئة متجانسة من الأفراد وتقدم خدماتها بإحدى الطرق التالية:

أ. تقديم الخدمات من قبل مستشفيات الدولة.

ب. تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص بالتعاقد مع الدولة.

**2.2.11 نظام التأمين الصحي الخاص:** يتعاقد أرباب العمل أو الأفراد أو كليهما مع شركات التأمين الخاصة والتي تقوم بدورها بالتعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين الذين تم تحصيل اشتراكات سنوية أو شهرية منهم نظير ذلك.

وتقوم شركات التأمين بسداد المطالبات المالية للمنشآت الصحية والأطباء وفق لنص العقود بينهما أو من خلال التعاقد مع مجموعة من المنشآت الصحية والأطباء لتقديم حزمة شاملة من خدمات التأمين الصحي للمستفيدين مقابل اشتراك سنوي أو شهري، وبذلك يتم ضمان تكامل الخدمات وجودتها وكفاءة استخدامها من خلال إتباع نظام للتحويل بين المستويات المختلفة وفقاً للحاجة الفعلية للمريض مع رقابة استخدام هذه الخدمات.

## 3. 11 أسباب عزوف شركات التأمين الربحية عن التأمين الصحي

النتائج المالية لهذا النوع من التأمين غير سارة، سواء لشركات التأمين أو لشركات إعادة التأمين، ولذلك كان من الطبيعي أن تتجنب شركات التأمين إصدار عقود تأمين صحي، لاسيما أن بعض شركات التأمين تعجز

<sup>1</sup> عبد الرزاق بن خليف، مرجع سابق، ص. 67.

حتى على تغطية مصروفاتها، بل تجاوز الأمر ذلك بحدوث خسائر، وعلى سبيل المثال فقد كان عام 1996 و1997م عصيبين لمعظم شركات التأمين في دول الخليج العربي، حيث انخفضت نسبة الأقساط إلى حوالي ثلث ما يجب أن تكون عليه فعلا، وقد تركت هذه الخسائر آثارها السلبية على شركات إعادة التأمين العالمية مما أدى إلى انهيارها أو انسحابها من سوق التأمين في الخليج العربي.<sup>1</sup>

وهذا لا يخص دول الخليج فقط، بل نجد كنتيجة نهائية أن أعمال التأمين الصحي ليست من فروع التأمين المربحة حتى أن الوصول إلى نقطة التعادل يعتبر هدفا للكثير من معيدي التأمين الصحي.

ويرجع السبب في حدوث هذه الخسائر ما تشهده صناعة التأمين الصحي من سوء استخدام للخدمات الطبية المقدمة من خلال التأمين الصحي، حيث أوضحت الإحصاءات أن خسائر أمريكا نتيجة لسوء استخدام التأمين الصحي بلغت في تسعينيات القرن الماضي مئة مليون دولار.

### III تمويل الخدمات الصحية

على الرغم من أن الخدمة الصحية تأخذ طابع انساني لا يهتم بالجانب المادي بالقدر الذي يهتم بصحة الفرد وحالته، إلا أن قضية التمويل تعتبر من أهم القضايا والوظائف التي يجب أن يوفرها النظام الصحي، خاصة مع التطورات التي عرفتها البشرية وفي ميادين مختلفة والتي جعلت الحاجيات التمويلية ترتفع بشكل كبير وغير مسبوق، ما جعل الموارد التمويلية الكلاسيكية المتمثلة في الموازنات العامة للدولة وصناديق الضمان الصحي غير كافية، وما فرض على الدول وأنظمتها الصحية البحث عن هياكل تمويلية جديدة تكون ذات نجاعة تمكنها من أداء مهامها الصحية بكفاءة وفعالية.

### III 1. أسباب ارتفاع تكاليف التمويل الصحي

من الطبيعي أن يصاحب التطور المتسارع في الخدمات الصحية ارتفاعا كبيرا في تكاليفها وذلك للأسباب التالية:<sup>2</sup>

- الزيادة المستمرة في عدد السكان نتيجة للتحسن الواضح في المستوى الصحي والاجتماعي والاقتصادي.

<sup>1</sup> كامل وديع، مرجع سابق، ص. 67.

<sup>2</sup> جليل قسطو، التأمين بين النظرية والتطبيق، دارالصادق، بيروت، 1997، ص. 146.

- التغيير الذي حدث في نمط الأمراض حيث زادت أعداد الأمراض غير السارية كأمراض القلب الوعائية، داء السكري، السرطان، أمراض الشيخوخة، الفشل الكلوي وإصابات الحوادث خاصة حوادث السير والمرور بينما تناقصت أعداد الأمراض السارية بسبب انتشار وتعزيز الخدمات الصحية وارتفاع الوعي، مما يترتب على ذلك زيادة حجم استخدام المستشفيات وطول الإقامة بها.
- ازدياد التحديات والمشاكل الطبية التي تتطلب رعاية طويلة مثل أعداد كبار السن وتأهيل المعاقين والمرضى النفسيين وذوي الأمراض المزمنة.
- الاستخدام المتنامي لأحدث التقنيات الطبية من أجهزة تشخيصية وعلاجية وزيادات مستمرة وبتوسع كبير.
- ارتفاع التكلفة الرأسمالية لإنشاء المرافق الصحية والأجهزة والمعدات الطبية.
- ارتفاع أجور العاملين في النظام الصحي من أطباء وفئات تمريض وفنيين بمختلف تخصصاتهم.
- ازدواجية تقديم الخدمات الصحية نفسها ومن جهات متعددة مع التنافس بينها على موارد صحية محدودة.

### III. 2. إعادة النظر في نظم تقديم وتمويل الخدمات الصحية

لاشك أن الظروف الاقتصادية العالمية الراهنة والزيادة المستمرة في تكلفة تقديم الخدمات الصحية (خصوصا المستشفيات) وارتفاع تكلفة الأجهزة الطبية والأجور، مع الأخذ في الحسبان الزيادة الطبيعية في السكان، تجعل أمر إيجاد مصادر بديلة للإنفاق واحتواء التكاليف وترشيد الاستخدام مرتكزا استراتيجيا لأجل تحقيق:<sup>1</sup>

- مواكبة الطلب المتزايد على الخدمة الصحية كما وكيفا.
- رفع مستوى الأداء وتوفير المرونة اللازمة إداريا وماليا.
- رفع مستوى الكفاءة الاقتصادية والإنتاجية للمرافق الصحية.
- تحقيق أعلى مستوى من الجودة النوعية في جميع نشاطات المرافق الصحية.

<sup>1</sup> تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص. 156.

ومن هنا ينبغي مراعاة النواحي الاقتصادية عند الأخذ بأي من بدائل التمويل والغرض من ذلك هو تحقيق الأهداف المبتغاة بكفاءة وفعالية وبأقل تكلفة ممكنة مع المحافظة على جودة الخدمة الصحية ولضمان ذلك يمكن تصنيف البدائل المتاحة لتمويل الخدمات الصحية على النحو التالي:

- سياسات جزئية تدريجية لإصلاح النظام الصحي.
- سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي مثل: تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، إدخال نظام رسوم مقابل تلقي الخدمات الصحية أو تخصيص الخدمات الصحية.

### III 3. السياسات الجزئية التدريجية

يجب على الأنظمة الصحية اعتماد أساليب التخطيط السليم من خلال بلورة السياسات الصحية وترسيخ دعائمها بهدف تطوير الخدمات الصحية وبالتالي رفع المستوى الصحي للسكان.

وفيما يلي بعض السياسات التي تؤدي إلى ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف المتزايدة:<sup>1</sup>

#### III 1.3. بالنسبة للرعاية الصحية الأولية:

ينبغي تأكيد استراتيجية الرعاية الصحية الأولية لضمان تمكين المراكز الصحية لتنبؤ القاعدة الأساسية للخدمات الصحية مع تعزيز نظام الإحالة إلى المستشفيات العامة والتخصصية، وفي هذا المحور نورد ما يلي:

- أ. تجميع المراكز الصحية وإعادة توزيعها في المدن والقرى طبقاً للاحتياج الفعلي والكثافة السكانية ونوع الطرق للوصول إليها.
- ب. الحصر الدقيق للاحتياج المطلوب لتشغيل المراكز الصحية بالتحديد (من مباني وإنشاءات وأجهزة ودواء).
- ج. توزيع المراكز الصحية وفقاً لمبدأ الحاجة والعدالة الاجتماعية بين المناطق والمحافظات.

<sup>1</sup> جليل قسطو، مرجع سابق، ص. 151.



- د. إيجاد نقاط صحية لتقديم الخدمات في المناطق النائية وكذلك إجراء دراسة مستوفاة حول جدوى خدمات العامل الصحي متعدد المهارات.
- هـ. تطبيق الرعاية المجتمعية من خلال تأهيل المريض خارج المستشفى تحقيقاً لخفض التكلفة (في مجتمعه).

### III. 2.3. بالنسبة للمستوى الثاني للرعاية الصحية:

- أ. عدم التوسع في إنشاء المستشفيات عشوائياً أو افتتاح تخصصات نادرة.
- ب. إقامة المراكز للعناية بالمخفضة التمريضية لأمراض الشيخوخة بدلاً من الإحالة إلى المستشفيات لتكلفتها العالية.
- ج. استخدام أسلوب البطاقة الضوئية والتي تشمل كامل المعلومات الصحية عن المراجع.
- د. تطبيق أسلوب مراجعة استخدام الخدمات في المستشفيات.
- هـ. إجراء العمليات الجراحية البسيطة وخروج المريض في نفس اليوم.
- و. ترشيد استعمال الدواء بما في ذلك استخدام العبوة الواحدة الاقتصادية والجرعة الواحدة من الدواء للمرضى المنومين.
- ز. الأخذ بأسلوب الشراء التاجيري للأجهزة ذات الطبيعة المتخصصة مثل الأشعة المقطعية وأجهزة تفيتت الحصوات.

### III. 3.3. التنسيق والتعاون بين مقدمي الخدمات الصحية:

لتلافي الازدواجية في تقديم الخدمات الصحية وإهدار الموارد وخاصة في التخصصات النادرة والتقنيات الطبية الباهظة التكاليف، ينبغي التنسيق بين كافة الجهات الحكومية المقدمة للخدمات الصحية والقطاع الخاص.

### III. 4.3. ترشيد الاستخدام من قبل المستفيد من جهة ومقدم الخدمة من جهة أخرى:

وذلك بقيام المستفيد بالمشاركة في جزء من تكلفة الخدمة المقدمة التي حصل عليها بهدف ترشيد الخدمة وللحد من استخدامها بدون احتياج فعلي. أما مقدم الخدمة (الطبيب) فينبغي عليه تطبيق

مبادئ اقتصاديات الصحة في اتباع الوسائل الترشيدية اللازمة للحد من الهدر في استخدام الوسائل التشخيصية والعلاجية المكلفة أو صرف الدواء بكميات أكبر من الحاجة الفعلية.

#### IV. سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي

هناك مجموعة من السياسات الشاملة قد يعتمدها النظام الصحي حتى يتمكن من تحقيق تمويل شامل ومناسب للقطاع الصحي ندر منها:<sup>1</sup>

#### IV. 1 نظام الضمان الصحي التعاوني

الضمان الصحي هو أحد أساليب تمويل الخدمات الصحية سواء كان الآلية الرئيسية أو آلية مكملة، وفيه نجد أن نظم التمويل الصحي توفر عنصراً أو نوعاً من الدعم المتبادل حيث يستفيد الأشخاص الذين يتعرضون لمخاطر كبيرة وأصحاب الدخل المنخفضة من دعم أصحاب الدخل المرتفعة ومن ينخفض عندهم مستوى الخطر.

ويتعلق أمر الإيرادات المتوقعة من تطبيق الضمان الصحي التعاوني بالإعداد الفعلية للمشاركين بما في ذلك أفراد أسرهم وتقديرات الأجور لمختلف المهن (مجموعات مهن) وتصنيف مقدمي الخدمة الصحية لكل من:

أ. القطاع الصحي الخاص.

ب. وزارة الصحة.

ج. الجهات الحكومية الأخرى التي تقدم خدمات صحية.

وكذلك أوجه الاستخدام على مرافق:

✓ التنويم.

✓ العيادات الخارجية.

✓ مرافق الطب الوقائي.

✓ مرافق الطب العلاجي.

<sup>1</sup> تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص. 161.

إضافة إلى ذلك تقديرات لمتوسطات أوجه الإنفاق لكل من مرافق القطاع الخاص ووزارة الصحة والجهات الحكومية الأخرى وقوائم التسعيرة لخدمات القطاع الخاص المعتمدة. هذا وتشمل المبادئ الأساسية للتقديرات المطلوبة ما يلي:

- أ. عدد المؤمن عليهم من جهة وجملة الدخل من جهة أخرى.
- ب. تحديد سقف أعلى للإنفاق بموجب أعداد المرضى.
- ج. استثناء بعض المنافع لأجل خفض المطالبات على سبيل المثال عدم تغطية النظارات أو أطقم الأسنان.
- د. استثناء بعض مجالات الرعاية الصحية الثانوية والثلاثية.
- هـ. إجراء علاجات مرتفعة الحجم وقليلة التكلفة.
- و. خفض التكلفة وتعزيز كفاءة مقدمي الخدمة.

## IV. 2. إدخال نظام رسوم مقابل الخدمات:

إن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها المستفيد عند تقديم الخدمة من سياسات الإصلاح الشاملة للنظام الصحي، ومن أبرز مصادر التمويل للخدمات الصحية. وقد تم تطبيق هذا النظام حديثاً في بعض دول مجلس التعاون الخليج العربية مثل دولة قطر ودولة الإمارات العربية المتحدة ودولة عمان.

وقد تكون الرسوم على الخدمات الصحية رمزية في البداية بهدف مشاركة المواطن في تحمل جزء بسيط من التكاليف المرتفعة لتقديم الخدمات الصحية وهذا سوف يخدم أولاً كمحفز لترشيد الاستخدام وثانياً كمصدر للتمويل. ومن بين الرسوم الممكن تطبيقها نجد:<sup>1</sup>

- أ. رسوم للبطاقات الصحية.
- ب. رسوم صحية.
- ج. رسوم للمستشفيات.
- د. رسوم شهادات.

<sup>1</sup> جليل قسطو، مرجع سابق، ص. 155.

هـ. رسوم التراخيص.

ولا شك أن تحصيل هذه الرسوم يتطلب جهاز إداري مالي ذو كفاءة عالية، بالإضافة إلى إعداد كوادر مؤهلة من المحصلين وأمناء الصناديق، والأجهزة والمعدات والنماذج الخاصة بالتحصيل.

### 3. IV خصخصة الخدمات الصحية:

يشارك القطاع الخاص مع الحكومة في تقديم بعض الخدمات الصحية للمواطنين مثل إنشاء المراكز الصحية الأولية والمستشفيات وعقود التشغيل والصيانة للمرافق الصحية التابعة للوزارة. كما يقوم القطاع الخاص بتقديم الخدمة الصحية عن طريق المرافق الصحية التي يملكها بمقابل على أن تقوم وزارة الصحة بمراقبة المستوى الطبي والمهني علاوة على:

- أ. وضع الخطة الصحية وتشمل إنشاء المرافق.
  - ب. وضع السياسات العلاجية والوقائية ومراقبة المرافق الصحية الخاصة.
  - ج. اقتراح وتنفيذ النظم فيما يخص الممارسة الطبية واستخدام الأدوية.
  - د. إصدار التراخيص وتحديد الرسوم.
  - هـ. وضع نظام للمعلومات الصحية.
  - و. القيام بأعمال الطب الشرعي ومكافحة الأمراض المستوطنة والأوبئة.
- وعلى ذلك فإن المجال سيكون واسعاً أمام تخصيص بعض الخدمات الصحية التي تتضح الجدوى من تخصيصها حيث يمكن:

- أ. التوسع في دعم وتشجيع القطاع الخاص وزيادة المرافق الصحية التي يقوم بتشغيلها بآلية السوق، خاصة مع تطبيق برنامج الضمان الصحي التعاوني.
- ب. النظر في تحويل ملكية بعض المستشفيات العامة التي تملكها الدولة إلى القطاع الخاص، وخاصة المستشفيات القديمة التي تدنت فيها الكفاءة الإنتاجية مما جعلها ترهق ميزانية الوزارة.

#### IV. 4 تنوع مصادر تمويل الخدمات الصحية:

ويكون ذلك بالتركيز على مجموعة من الجوانب منها:<sup>1</sup>

أ. التركيز على الضمان الصحي التعاوني كأحد أهم روافد التمويل للخدمات الصحية، آخذين في الحسبان أهمية تقوية الجوانب القانونية والهياكل الإدارية والمالية اللازمة لنجاح تطبيق هذا النظام بما في ذلك وضع أسس سليمة لأسعار العلاج

ب. إعداد الدراسات اللازمة لتقييم نظام الضمان الصحي التعاوني بما يساعد على تطبيقه على الجميع في المراحل القادمة، ودراسة تأثيره على التغير في العرض والطلب والتأثير على الأسعار وجودة الخدمات المقدمة.

ج. عمل دراسات تقييمية لترسيخ مبدأ المشاركة في تحمل تكاليف بعض الخدمات الصحية كالرسوم الرمزية على مختلف جوانب خدمات الرعاية الصحية.

د. التأكيد على أهمية مشاركة أفراد المجتمع في توفير الخدمات الصحية عن طريق الهبات والتبرعات المباشرة ولجان أصدقاء المرضى والوقف الإسلامي.

هـ. التنسيق والتعاون مع مؤسسات القطاع الخاص بهدف بلورة مجالات جديدة لتمويل الملائم والاستثمار في تقديم الخدمات الصحية.

#### IV. 5 ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف

أصبحت الكثير من الحكومات العالمية تحس بوطأة ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية إذ أن أسعار الخدمات الصحية تتزايد بمعدلات أعلى من تزايد أسعار السلع والخدمات الأخرى، لذا فإن يجب مراعات ما يلي:

- أهمية استخدام الأدوات التحليلية التي تساعد على صياغة السياسات الصحية مثل الحسابات الصحية الوطنية وتحليل الإنفاق الصحي.

- مراجعة تكاليف الإنفاق على الخدمات الصحية والتأكد من توزيع الإنفاق وفقاً للأولويات المعتمدة ومتطلبات الخدمة.

<sup>1</sup> تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص. 163.

- إيجاد نظام وطني للمراجعة الصحية بهدف تلافي تجزئة الخدمة المقدمة للمرضى أو تكرار تقديمها بدون داع.
- التوزيع الأمثل للموارد الصحية بين الجهات المختلفة بما يتفق مع دورها وحجم الاستخدام بها.
- الاستفادة من علم اقتصاديات الدواء بصفته جزء من اقتصاديات الصحة لتقييم تكاليف الدواء مع إعداد سياسة وطنية للدواء.

## خاتمة الفصل الأول

لا شك أن الخدمات الصحية تعتبر من أهم الخدمات التي تهم الفرد، المجتمع والدولة بصورة عامة لما لهذه الخدمة من أهمية في توفير حالة من الامان والاستقرار لفرد عند دراية بقدرته على الوقاية من الأخطار والعلاج عند المرض، بالإضافة إلى كون هذه الخدمة تمثل نقطة انطلاق في مسيرة التنمية والبناء والاستقرار الاجتماعي إذا ما أحسن توجيهها وإدارتها وتواصلت على أسس علمية صحيحة وتخطيط سليم.

ويعد تقديم الخدمات الصحية من أقدم المهن التي عرفتها البشرية؛ فهي قبل أن تصل إلى المستوى المتطور الذي نعرفه اليوم كانت في أول الأمر عند المجتمعات البدائية تعتمد على السحر والشعوذة وأراء المنجمين ثم بدأت ترتقي شيئاً في شيئاً بالتخلي على كل ما هو إيتولوجي والتوجه إلى العقلانية واعتماد المبادئ العلمية؛ فأصبح البشر اليوم قادرين على تشخيص الأغلبية الساحقة من الأمراض مع معالجة أغلبها بل تطور الأمر إلى البحث في كيفية تقديم هذه الخدمة بأحسن الطرق وأسلس السبل.

غير أن ذلك لن يتحقق بالضرورة إلى من خلال إنتاج هذه الخدمة وإدارة صناعتها بطريقة علمية وفعالة مبنية على الأسس الإدارية صحيحة من تخطيط، تنسيق، تنظيم، تمويل وتسويق مع مراعاة خصوصية الخدمة الصحية ومساسها بحياة الإنسان وعافيته؛ ولهذا وجب على كل الدول العمل على تأمين نظام صحي فعال قادر على توفير ما يلقي رضا المرضى واستحسانهم مع التركيز على آليات تمويل هذا النظام والعمل الدائم على إصلاحه وإصلاح نماذج التأمين الصحي المطبقة باعتباره المورد الأساسي لتمويل الخدمة الصحية.

هذا ما حولنا أن نبينه خلال الفصل الأول من هذه الأطروحة؛ إذ عملنا على الإحاطة بكل المفاهيم النظرية المتعلقة بالخدمة الصحية؛ أما خلال الفصل الثاني فسنحاول التطرق لمفهوم تقييم الأداء وفعالته وكفاءته، مع استعراض أهم طرق التقييم التي يمكن اعتمادها في المؤسسات الصحية وأيضاً الأساليب التي من شأنها أن تحسن من مستوى الخدمة المقدمة للمريض والتي يفترض بها أن تكون في مقدار تطلعاته وأماله.

## الفصل الثاني

اساليب تقييم الخدمات الصحية وآليات

تحسينها



## مقدمة

لا يمكننا الحديث عن أي نظام أو منظمة بصورة عامة أو خدمة بصورة خاصة وتحديد إن كانت متطورة ومستمرة أو إصدار أحكام عن مدى جودة منتجاتها ومستويات الخدمة التي تقدمها، دون أن ندرس وبدقة طبيعة أدائها ودرجة فعالية الأسس التي بنيت عليها وكذا مدى كفاءتها وقدرتها على تحقيق الأهداف المسطرة لها، وهذا طبعاً بالاعتماد على كافة الأطراف المعنية، فإذا تناولنا المنظومة الصحية التي هي موضوع دراستنا وجب علينا تقييم أداء الإدارة وعمال القطاع، بالإضافة إلى الطاقم الطبي والصحي وأيضاً الخدمة المقدمة ومدى تحقيقها لأهدافها ومدى رضا الزبون عنها. كما يجب أيضاً عدم إهمال التركيز على ما يحكم الوظيفة من سلوكيات وأخلاقيات مهنية. حيث لا يتحقق هدف النظام إلا من خلال امتلاكه للكفاءة والفعالية بالإضافة إلى التمسك بالأخلاقيات المهنية العالية، إذ تمثل هذه التوليفة دعامة ارتكاز أساسية بالنسبة للنظام والمؤسسة والخدمة المقدمة خاصة إذا كانت هذه الأخيرة تتعلق بحياة الإنسان وصحته.

ولذلك سنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم تقييم أداء المنظومة الصحية (الكفاءة والفعالية)، بالإضافة إلى تقديم أهم النماذج والطرق المستخدمة في هذا المجال، كما سنحاول تسليط الضوء على بعض الأساليب والطرق المستعملة في تحسين مستويات الخدمة التي يقدمها هذا النظام الحساس والشديد التأثير على الفرد والمؤسسة والمجتمع بصفة عامة لارتباطه بحياة الإنسان وحالته الصحية.

ومن أجل القيام بذلك تم تقسيم الفصل الثاني إلى ثلاث مباحث؛ بحيث:

يتناول المبحث الأول أسس ومبادئ تقييم الأداء كوظيفة إدارية ضرورية في إصلاح أي نظام وتحسين مخرجاته، وهنا سنركز على مؤشرين غاية في الأهمية إذا ما أردنا الحديث عن تقييم الأداء وهما الكفاءة والفعالية.

أما المبحث الثاني فسنخصصه لأساليب التقييم التي يمكن اعتمادها في المنظمات والمنشآت الصحية لاستخدامها كإطار نظري لدراستنا الميدانية لاحقاً.

أما المبحث الثالث فقد خصصناه لآليات تحسين مستوى الخدمة الصحية وركزنا هنا على الجانب النظري ليمكننا من توفير دعامة لما نبتغي اقتراحه في الدراسة الميدانية.

## المبحث الأول: تقييم الأداء الصحي.

إن قياس وتقييم الأداء الصحي هو استعمال نظام يشمل عدد من المعايير بهدف الوقوف على مواطن القوة وتعزيزها ومواطن الضعف والتغلب عليها.

ويتفق العلماء والباحثين أنه لا يوجد معيار واحدة لتقييم الأداء إلا أن هناك معيارين غاية في الأهمية لا يمكن التغاضي عن أحدهما وهما: الكفاءة والفاعلية؛ بحيث ترتبط الكفاءة بمسألة ما هو مقدار المدخلات من المواد الخام والأموال والناس اللازمة لتحقيق مستوى معين من المخرجات، أما الفعالية هي قدرة المنظمة على تأمين الموارد المتاحة واستخدامها بكفاءة لتحقيق أهداف محددة ويشمل مفهوم الفعالية على عدة معايير أهمها: (تحقيق الأهداف المنشودة، تأمين الموارد الضرورية ورضا الزبائن الذين يمثلون المرضى في حالة الخدمة الصحية).

إذ تعتبر كل من الكفاءة والفاعلية أمرين مهمين تسعى كل منظمة إلى تحقيقهما، فهما يعبران عن قدرة المنظمة في الاستمرار وتحقيق النجاح.

كما أنهما يعتبران وظيفة أساسية في المنظمة، فهذه الأخيرة تسعى إلى تنفيذ وتحقيق أهدافها المسطرة بأقصى كفاءة وفعالية ممكنة مما يضمن لها تعزيز مسارها وتحقيق مبتغائها الأساسي (الاستمرارية والنجاح).

### 1. مفهوم عملية تقييم الأداء وأهدافها.

تعتبر الاختلافات بين الأنظمة والأفراد ظاهرة عامة مجال العمل، ونتيجة لتأثير هذه الفروقات على المردود من حيث الكفاءة وجودة الأداء كان لزاما على المنظمات إتباع وسيلة تمكنهم من تتبع أدائها وأداء عاملها بصورة خاصة كونهم المسؤولون عن توظيف مدخلات النظام وإنتاج مخرجاته، وهذا ما أدى إلى ظهور وظيفة تقييم العاملين، والتي تمكن من معرفة كل الجوانب المتعلقة بكل فرد في المنظمة وتحديد مستوى أدائه ومن ثم انعكاسه على الأداء العام للكيان.

### 1.1 مفهوم تقييم الأداء

لقد تعددت المفاهيم التي تعطى لهذه العملية وذلك بحسب الغرض والمضمون من استخدامها.

– فركز البعض على جانب المورد البشري وعرفها على أنها دراسة وتحليل أداء العاملين وملاحظة سلوكهم وتصرفاتهم أثناء العمل، وذلك للحكم على مدى نجاحهم ومستوى كفاءتهم في القيام بأعمالهم الحالية،

كما تساعد عملية التقييم على الحكم على إمكانية نمو وتقديم الفرد في المستقبل وتحمل مسؤوليته وإمكانية ترقيته لوظائف أخرى.<sup>1</sup>

ويبين لنا هذا المفهوم أن هذه العملية تنصب على الاهتمام بأداء الفرد وما يحققه من نتائج أثناء أدائه لعمله. كما أن هذا المفهوم اهتم بالجانب السلوكي للعامل وتصرفاته خلال تأديته لوظيفته من أجل تحديد نقاط القوة والضعف لديه.

— كما عرفها آخرون على أنها عملية إصدار حكم عام على النظام ككل من خلال دراسة مختلف الفاعلين والمعنيين دراسة دقيقة يكون الهدف منها اتخاذ قرارات مستقبلية تدعم ما هو ايجابي وتصحح ما هو سلبي.<sup>2</sup>

— كما يقصد بتقييم الأداء: "مدى قيام النظام بالوظائف المسندة إليه وتحقيقه للأهداف المطلوبة منه".<sup>3</sup>

— أما عن المفهوم الأكثر شيوعاً والذي سنعمد عليه في انجاز دراستنا هذه، فإنه يربط عملية قياس وتقييم الأداء بعنصرين أساسيين هما الكفاءة والفعالية، حيث تنطوي هذه العملية على مهمة تحديد وقياس وإدارة أداء المنظمة الصحية وما تقدمه من خدمة، إذ يشمل هذا المفهوم ثلاث مكونات هي: (الأداء المؤثر على فعالية الأداء التنظيمي، قياس درجة جودة الأداء الفعلي مقارنة بما تم تخطيطه، مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير المعتمدة واتخاذ الإجراءات اللازمة والضرورية لتحسين وتطوير الأداء).

نلاحظ أن هذا المفهوم ركز على فعالية المنظمة في تحقيق أهدافها، وعلى الكفاءة (النسبة بين المدخلات والمخرجات؛ إذ كلما كانت المخرجات أعلى من المدخلات كانت الكفاءة اعلى).

## 2.1 أهداف تقييم الأداء

تعتبر عملية تقييم الأداء من أهم الأنشطة التسييرية سواء أقامت بها جهات داخلية أو خارجية وذلك من خلال قياس وتقييم الأداء بصورة شاملة ونظمية، ولهذا يمكننا القول أنه يتم تحديد الهدف من هذه الوظيفة على مستويات ثلاث هي:

### 1.2.1 الأهداف على مستوى النظام (الاستراتيجية): تسعى عملية تقييم الأداء إلى تحقيق الربط

والتكامل بين الأهداف التنظيمية (المخرجات المستهدفة)، والنتائج المحققة مع التركيز على الاستهلاكات

<sup>1</sup> صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2000، ص. 303.

<sup>2</sup> إبراهيم درة عبد الباري، زهير نعيم الصباغ، إدارة الموارد البشرية في القرن الحادي والعشرين، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر، 2010، ص. 259.

<sup>3</sup> زهير ثابت، سلسلة الدليل العلمي لمدير القرن 21، كيف تقيم أداء الشركات والعاملين، دار قباء للنشر، القاهرة، 2001، ص. 87.

المستعملة (مدخلات النظام) بطريقة تسمح بتحسين نوع المنتج ودرجة الإقبال عليه خاصة إذا تعلق هذا الأخير بحياة الإنسان وصحته كما هو الحال في المنظمة الصحية.

**2.2.1 الأهداف على مستوى المنظمة (تقييم أداء العاملين):** يعتبر تطوير أداء العاملين من الأهداف الجوهرية التي تسعى عملية التقييم إلى تحقيقها، فبواسطتها يمكن للمنظمة اكتشاف مستوى العاملين التي يقل أدائهم عن المعدلات القياسية فتخضع هؤلاء إلى برامج تدريبية مناسبة من اجل تحسين أدائهم.

**3.2.1 الأهداف على المستوى الإداري:** تستخدم المنظمات النتائج المتعلقة بعملية التقييم في اتخاذ مجموعة من القرارات الإدارية التي تتعلق أساسا بالجانب العملي للنظام ومحاولة تحسين ظروف عمله وسلاستها ما سينعكس بالإيجاب حتما على نوع الخدمة المقدمة.

## II. الكفاءة

### II 1. مفهوم الكفاءة

إذا ركزنا على موضوع دراستنا المتعلق بالخدمة الصحية فإننا نعرف الكفاءة بأنها: "درجة قابلية الجهاز الإداري، الخدمي والحكومي على إنتاج الخدمات الصحية بالكميات والنوعيات المطلوبة وتوزيعها وفقا للمعايير المحددة، وذلك بأقل قدر ممكن من الجهود البشرية والموارد المادية وفي اقصر فترة زمنية ممكنة".<sup>1</sup>

نلاحظ من هذا المفهوم انه ربط كفاءة النظام الصحي بعمليات الإنتاج والتوزيع حيث يمكن القول أن النظام كفاء عندما يحسن استخدام الموارد المتاحة من حيث الكمية الوقت المستغرق من اجل تلبية حاجات الجماهير في الوقت المناسب.

ويمكن أن تعرف الكفاءة على أنها: "كيفية استخدام المنظمة للموارد المتاحة لتحقيق الأهداف سواء كانت هذه الموارد بشرية أو مادية".<sup>2</sup>

بين لنا هذا المفهوم أن المنظمة عليها أن تحسن استغلال الموارد التي بجوزتها حتى تنجح في تحقيق أهدافها بكفاءة.

<sup>1</sup> نور الدين بشيرتا وربريت، الفعالية التنظيمية بين النظرية والتطبيق، فهم المبادئ حل للمشكلات التنظيمية، عالم الكتب الحديث للنشر، اردب، الأردن 2009، ص. 199.

<sup>2</sup> على هادي جبرين، إدارة العمليات، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص. 99.

كما يمكن القول أن: "المنظمة ذات كفاءة عالية حينما تقوم باستثمار مواردها المتاحة في المجالات التي تعطي أكبر المردودات"<sup>1</sup>.

يوضح لنا هذا المفهوم أن المنظمة يمكن لها تحقيق الكفاءة من خلال القيام باستثمار مواردها المتاحة الميادين التي تولد أكبر مردود مادي.

- مما سبق يمكن القول أن مفهوم الكفاءة يعتمد على درجة الرشد في استخدام الموارد بالصورة التي تسمح بتحقيق اعلي درجات المردودية، وكذلك القدرة على إشباع رغبات الأفراد العاملين.

وتتوقف كفاءة المنظمة على عاملين هما: التكوين الداخلي للمنظمة ونوعية الموارد المتاحة؛ الظروف المحيطة بالمنظمة (البيئة التي تعمل فيها).

### الشكل رقم 01: مصادر الكفاءة



المصدر: نور الدين بشير تاويرث، مرجع سابق، ص. 88.

<sup>1</sup> نور الدين بشيرتا ويريت، مرجع سابق، ص. 198.

يمثل الشكل السابق أهم العناصر التي تستند عليها المنظمة من أجل الرفع من مستويات الكفاءة الداخلية لها.

## II 2. مؤشرات قياس الكفاءة

لغرض قياس الكفاءة هناك العديد من المؤشرات والمعايير المستعملة في هذا الخصوص منها:

### II 1.2. مؤشرات مباشرة: تتضمن هذه المعايير قياس عمليات المنظمة من خلال مقارنة المخرجات

"السلع والخدمات" بالمدخلات "الموارد المستخدمة" خلال مدة زمنية معينة وتشمل ما يلي:

- أ. المقاييس الكلية للكفاءة مثل الربح الصافي قياسا بمجموع الموجودات أو حق الملكية.
- ب. المقاييس الجزئية للكفاءة مثل المبيعات المحققة قياسا بعدد العاملين في قسم المبيعات.
- ج. المقاييس النوعية للكفاءة مثل تلك التي يمكن اعتمادها في تقييم جودة الخدمة الصحية (الارتفاع بمستوى جودة الخدمة باستخدام الموارد ذاتها).

وقد تعجز مثل هذه المؤشرات عن توفير المقاييس الدقيقة خصوصا في بعض الأنشطة الخدمية التي يتعذر فيها استخدام مثل هذه المقاييس.

### II 2.2. مؤشرات غير مباشرة: تعاني المعايير المباشرة من القصور في قياس الكفاءة في بعض المنظمات

للأسباب الآتية:

أ. عدم دقة البيانات المتعلقة بالمدخلات والمخرجات بالمقارنة مع متطلبات تحقيق سبل القياس المطلوبة للكفاءة.

ب. عدم دقة المقارنات التي تعد محور قياس الكفاءة، وكذلك صعوبة إجرائها بين الوحدات والأقسام المختلفة للمنظمة.

لذلك فإن القياسات غير المباشرة تعد في بعض المجالات طريقا أفضل في قياس الكفاءة، وذلك عن طريق قياس الرغبة في العمل، والتعرف على درجات رضا الأفراد العاملين، والروح المعنوية، هذا إضافة إلى دراسة وتحليل إمكانية الاستثمار الرشيد للموارد البشرية والمادية والمالية والمعلومات المتاحة.

ويتضح لنا مما سبق ان الكفاءة العالية تعني الاستخدام الأمثل لموارد التنظيم "المدخلات" مع تعظيم المخرجات "السلع والخدمات"، وتقاس الكفاءة عن طريق النسبة بين المخرجات والمدخلات.

وعليه تقاس الكفاءة عموماً بنسبة إنتاج النظام "المخرجات" الى الموارد "المدخلات" المستخدمة في تحقيق هذه المخرجات أو الناتج.

وانطلاقاً من ذلك فإنه يمكن زيادة الكفاءة عن طريق أي بديل من البدائل التالية:

- أ. زيادة كمية المخرجات مع بقاء كمية المدخلات ثابتة.
  - ب. - زيادة كمية المخرجات بنسبة اعلى من نسبة زيادة كمية المدخلات.
  - ج. - انخفاض كمية المدخلات مع بقاء كمية المخرجات ثابتة.
- انخفاض كمية المدخلات بنسبة أعلى من نسبة انخفاض كمية المخرجات.

### III الفعالية

بما أن الفعالية امر هام في حياة المنظمات نتيجة التطور الكبير والمنافسة الشديدة من اجل البقاء والاستمرار عندما يتعلق الأمر بالمنظمات الربحية أو من أجل تلبية ضروريات ومتطلبات الحياة وتحمل المسؤوليات العامة عندما يتعلق الأمر بمنظمات تقدم منفعة عامة كما هو الحال في الخدمات الصحية. ولهذا فقد سعى عدد من الباحثين والمهتمين الى ايجاد سبل واليات تعتمدھا المنظمات حتى تكون فعالة، وفيما يلي نقدم بعض هذه الإسهامات.

### III 1. مفهوم الفعالية

لقد اختلفت المفاهيم التي منحها الباحثون لهذا المصطلح، وذلك باختلاف المفكرين والمدارس التي ينتمون إليها؛ و بين هذه المفاهيم على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

— تعريف أندرسون (Anderson): عرف الفعالية بأنها: "قياس مستوى انجاز الأهداف و كيفية تحقيق المدراء لأهدافهم".<sup>1</sup>

يبين لنا هذا المفهوم المكانة والدرجة التي يجب أن تكون عليها المنظمة من اجل تحقيق أهدافها، وأيضاً السبل التي سوف يتبعها مسؤولوها من اجل تحقيق ذلك.

<sup>1</sup> نور الدين بشير تاويريت، مرجع سابق، ص. ص. 195\_196.

– تعريف ألفار (Alvar): الفعالية هي: "قدرة المنظمة على البقاء والتكيف والنمو بغض النظر عن الأهداف التي تحققها".

نلاحظ من هذا التعريف انه لم يهتم بالأهداف التي تحققها المنظمة بقدر ما اهتم بقدرتها على البقاء والاستمرار، فبالنسبة ل(ألفار) تتحقق الفعالية عندما يكون بمقدورها تحقيق الاستمرارية والنمو في محيط عملها. كما أنه يمكن القول أن الفعالية تسعى إلى تحقيق ما يلي:

أ. قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها.

ب. قدرة المنظمة على التكيف مع البيئة مما يسمح لها بالبقاء والاستمرارية فيها.

ج. قدرة المنظمة على النمو والتطور.

### III 2. الأساليب المستخدمة في قياس الفعالية

إن أساليب قياس فعالية المنظمة تختلف باختلاف العناصر داخل المنظمة، فلكل عنصر مقاييس تمكننا من معرفة درجة فعاليته وكفاءته، ومن بين الأساليب والمقاييس التي تستعمل لقياس فعالية المنظمة ما يلي:

يرى بريس (Brice) أن فعالية المنظمة تتحقق عندما يكون بمقدورها التوصل إلى النتائج التي ترغب فيها، ومن اجل ذلك وضع بعض المقاييس أطلق عليها العوامل الوسيطة لإصدار الحكم على مدى فعالية المنظمة ومن بينها ما يلي:<sup>1</sup>

- الإنتاجية: والتي يعبر عنها بنسبة المخرجات إلى المدخلات.
- اتساق السلوك: ونعني به قبول العاملين للقواعد السلوكية الموجودة داخل المنظمة وإطاعتهم لها.
- الروح المعنوية: ويتضح ذلك في مدى إشباع دوافع العاملين.
- التكيف: يقصد به قدرة المنظمة على الاستجابة للتغير فيما يخص السياسات التي تضعها من جهة وخاصة التغيرات التي تحدث في بيئتها ومحيطها من جهة اخرى.
- استقرار المنظمة: ويتحقق لها هذا عندما يقبل المجتمع سياستها ويرغب في منتجاتها.
- أما هنث (Henth)، فوضع أربعة معايير استعمله في قياس فعالية المنظمة، وتمثل هذه المعايير في:
- التحصيل: ويعني قدرة المنظمة على بلوغ أهدافها المحددة مثل الربح والكفاءة.

<sup>1</sup> صلاح الدين عبد الباقي، مرجع سابق، ص. 214.



- التعاون: وهو سعي المنظمة إلى دمج الأعضاء في نظام واحد متكامل بدلا من الأدوار المتداخلة.
- النزاع: ونعني به الأداء الفردي أو الجماعي الذي يمثل اتجاهها سلبيا لأداء المنظمة، سواء كان ذلك في الحاضر أو المستقبل.
- إشباع الحاجات: ويتكون هذا المعيار من جزئين:
  - أ. مدى إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية: وتمثل هذه الحاجات في احترام النفس وثبات الذات وطبيعة العلاقات الاجتماعية.
  - ب. مدى إشباع الحاجات الأساسية: تتمثل هذه الحاجات في الأمان والصحة والحاجات المادية.
- كما انه، توجد معايير أخرى تستخدم لقياس فعالية المنظمة، نذكر منها ما يلي:
  - الرضا: يتمثل هذا في رضا العاملين بالمنظمة، ومن المؤشرات التي تستخدم في معرفة مدى رضا العاملين: معدل دوران العاملين، إنجازاتهم، معدل الغياب، عدد الشكاوى والعلاقات بين العمال ومرؤوسيههم.
  - التطور: ونعني به درجة نمو المنظمة، ويتمثل ذلك في قدرة المنظمة على إدخال برامج تدريبية جديدة للأفراد تتماشى مع عناصر التكنولوجيا، وقدرتها في تطوير منتجاتها.
  - البقاء: ويتحقق ذلك عندما تكون المنظمة ذات فعالية عالية، مما يعني أن المجتمع يقبل منتجاتها والسياسات التي تتبعها.

### III. 3. الفرق بين الكفاءة والفعالية

- يمكن أن نوضح الفرق بين الفعالية والكفاءة وفق ما يلي:
- الفعالية وكما تم الإشارة إليها هي سعي المنظمة إلى تحقيق أهدافها والعمل على التكيف مع محيطها، مما يسمح لها بالتطور والاستمرار.
  - الكفاءة مرتبطة بمدى قدرة المنظمة على استغلال واستعمال الموارد المتاحة لها (سواء موارد بشرية أو مادية)، استعمالا رشيدا واقتصاديا، إذ يمكن أن يعبر عن الكفاءة بالعلاقة التالية:  $\frac{\text{مخرجات المنظمة}}{\text{مدخلات المنظمة}}$ .
- ويتضح لنا مما سبق، أن الفعالية ترتبط بالأهداف، بينما الكفاءة فترتبط بالوسائل.<sup>1</sup> غير أن مفهوم الكفاءة يعتبر دوما ملازما لمفهوم الفعالية و لكن يجب أن لا يستخدم بالتبادل فقد تكون المنظمة فعالة ولكنها ليست كفؤة أي أنها تحقق أهدافها ولكن بخسارة، وعدم كفاءة المنظمة يؤثر سلبا على فعاليتها فكلما

<sup>1</sup> نور الدين بشير تاويريريت، المرجع سابق، ص. ص. 199\_200.

ارتفعت تكاليف تحقيق هدف معين قلت احتمالات قدرة المنظمة على البقاء. ويجب أن يؤخذ كلاهما - الكفاءة و الفعالية- في الاعتبار ضمن مقاييس نجاح أي منظمة، فالفعالية هي انجاز العمل أو الشيء الصحيح أما الكفاءة فهي انجاز العمل بشكل صحيح.

وقد تكون المنظمة كفؤة ولكنها غير فعالة كما في حالة قيام المنظمة بإنتاج سلعة لا يوجد الطلب عليها. كما قد تكون المنظمة فعالة ولكنها ليست كفؤة كما في حالة تحقيق المنظمة لأهدافها بغض النظر عن التكاليف التي تتحملها في سبيل ذلك.

فالكفاءة تشير بالمعنى الصريح إلى البعد الاقتصادي في تحديد الأهداف وإلى نسبة المخرجات إلى المدخلات إذ يتوجب على التنظيم تحقيق الأهداف المحددة بالموارد الموجودة، وهي موارد محدودة يستلزم إدارتها بشكل اقتصادي بينما تشير الفعالية إلى القدرة على النجاح في تحقيق الأهداف.<sup>1</sup>

#### IV مؤشرات تقييم الاداء الصحي.

قبل التطرق لكيفية قياس الاداء الصحي يجب اولا معرفة اساليب تحقيق الصحة العامة لدى الأفراد من خلال ثلاثة إجراءات أساسية هي<sup>2</sup>:

- الوقاية العامة .
  - الاكتشاف المبكر للحالات المرضية .
  - الإجراءات التأويلية
- أ. **الوقاية العامة:** هي تشمل مجموعة من الإجراءات و الخدمات الشاملة التي تهدف إلى تحقيق السلامة و الكفاية البدنية و النفسية و العقلية ، دون تركيز الاهتمام على فئة معينة.
- ب. **الاكتشاف المبكر للحالات المرضية:** و هي تشمل مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى علاج الأمراض في حالة ظهورها في أطوارها الأولى مما يساعد على تجنب حدوث أي مضاعفات وهذا من خلال:

- الفحوصات المستمرة و الدورية للأفراد .
- التحاليل الطبية .
- الإشعاعات المختلفة.

<sup>1</sup>صالح بن نوار، فعالية التنظيم في المؤسسات الاقتصادية، مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة، قسنطينة، 2006، ص.196

<sup>2</sup>سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة و الرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، 1999، ص.ص.38.41

ج. الإجراءات التأويلية: و هي مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى تفادي حدوث أي مضاعفات بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للأفراد من خلال:

- التأهيل النفسي للفرد .

- التأهيل الاجتماعي من خلال اختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب مع طبيعة العجز.

## 1.VI. مؤشرات الصحة العامة

إن الهدف الرئيسي من دراسة مؤشرات تقييم الأداء لصحة العامة و هو تحديد أهم المشاكل التي تعترض القطاع الصحي ، و من ثم تحديد أولوياتها و بالتالي تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية . ويمكن تقسيم المؤشرات الصحية حسب هذه البرامج الى ثلاثة مؤشرات:<sup>1</sup>

### 1.1. VI المؤشرات المرتبطة بصحة الأفراد:

وهي تشمل على مايلي:

#### 1.1.1. VI مؤشرات إيجابية حيث نجد:

- معدل المواليد.

- العمر المتوقع عند الحياة.

#### 2.1.1. VI مؤشرات سلبية حيث نجد:

- المعدل العام للوفيات.

- معدل انتشار الأمراض

#### 3.1.1. VI مؤشرات لها ارتباط بعوامل اجتماعية: هي مجموعة من العوامل التي قد تسبب و بطريقة غير

مباشرة في حدوث مشاكل صحية و نجد منها:

<sup>1</sup> علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم" دراسة حالة لولاية تلمسان"، مذكرة ماجستير منشورة، تلمسان، 2011، ص. ص 12-13

- الفقر.

- الجهل.

- الانحراف و الجريمة.

## VI. 2.1 مؤشرات البيئة:

تشمل البيئة على مجموعة من الظروف و العوامل التي من شأنها أن تؤثر في تكوين الفرد و نموه و هذا من خلال عوامل طبيعية، اجتماعية...، وعلى هذا الأساس يمكن أن نجد المؤشرات التالية:

### VI. 1.2.1 البيئة الطبيعية: وهي تشمل على مجموعة من العوامل التي من شأنها أن تؤثر في صحة الأفراد

بشكل مباشر أو غير مباشر عن طريق:

الحالة الجغرافية و الجيولوجية .

حالة المناخ .

### VI. 2.2.1 البيئة الاجتماعية والاقتصادية: تؤثر البيئة الاجتماعية و الاقتصادية على صحة الأفراد عن

طريق العوامل التالية.

- كثافة السكان

- المستوى التعليمي.

- مستوى الدخل.

### VI. 3.1 المؤشرات ذات الارتباط بالجهود المبذولة من أجل تحسين صحة الأفراد: حيث نجد العوامل

التالية .

- الخدمات الطبية.

- خدمات الضمان الاجتماعي .

- نسبة الإنفاق العام .

## VI. 2 مؤشرات تقييم أداء المستشفى

تحتاج المؤسسات الصحية إلى مؤشرات معينة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المحقق، بهدف معرفة التقدم الحاصل في أعمالها. ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون دقيقة وواضحة.

ويمكن إجمال هذه المؤشرات في ثلاثة مجموعات رئيسية، والتي تتفرع منها مقاييس مختلفة، كما يلي:<sup>1</sup>

### VI. 1.2 مؤشرات تقييم الأداء الخاصة بالكادر الصحي في المستشفى: وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

#### - عدد الأسرة/طبيب:

أي نصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المستشفى، والمستوى المقبول عالمياً هو أربعة أسرة لكل طبيب.

#### - عدد الأسرة/ممرض:

نصيب الممرض أو الممرضة من أسرة المستشفى، ونقصان عدد الأسرة يرفع من مستوى الخدمة المقدمة للمرضى، والعدد المعمول به هو سريران لكل ممرض أو ممرضة.

#### - عدد الأسرة/صيدلي :

لا يقتصر تطبيق مؤشر عدد الأسرة على الأطباء والممرضين فحسب وإنما أيضاً على الصيادلة، والعدد المقبول هو ( 100 ) سرير لكل صيدلي وأي نقص عن هذا العدد يعني تدني أداء المستشفى.

#### - عدد الأسرة/أخصائي التغذية وأخصائي التحليل المخبري:

تولي المستشفيات الحديثة هذا المؤشر الاهتمام المناسب، وتحرص على توفير ( 100 ) سرير لكل أخصائي من النوعين لأهميتهما في المستشفى.

<sup>1</sup> حسين دنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، 2005، ص.ص 116-120

- عدد الأسرة/موظفي الخدمة الاجتماعية: تهتم أغلب المستشفيات كذلك بهذا المؤشر الذي يفترض أن يصل إلى (70/1) والمعيار نفسه على أخصائي العلاج الطبيعي.

- عدد الأسرة/الموظفين: تشمل فئة الموظفين جميع الأفراد العاملين في إنجاز المهام الإدارية في المستشفى، ويفترض أن يساوي عدد الموظفين عدد الأسرة، وأي خلل في هذه المعادلة ينعكس سلبا على أداء المستشفى.

## VI. 2.2 المؤشرات الخاصة بتشغيل المستشفى: وتضم مايلي:

- متوسط فترة الإقامة: يرتبط هذا المقياس بأيام مكوث المرضى في المستشفى، ويدل انخفاض هذا المعدل على تصاعد أداء المستشفى، كما يعكس جودة الخدمات الصحية والمستوى العالي لرضا المرضى عن هذه الخدمات، والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

متوسط فترة الإقامة = إجمالي عدد أيام المرضى خلال سنة معينة/إجمالي عدد المرضى خلال نفس السنة

- معدل إشغال السرير: يؤشر هذا المقياس الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة في المستشفى والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

$$\text{معدل إشغال الأسرة} = (\text{إجمالي عدد أيام المرضى} / \text{عدد الأسرة} \times 365) \times 100$$

- معدل دوران السرير: يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين يخدمهم سرير خلال فترة زمنية معينة، غالبا ما تكون سنة، والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

$$\text{معدل دوران السرير} = \text{عدد حالات الخروج في السنة} / \text{عدد الأسرة في نفس السنة}$$

- معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية: يؤشر هذا المعيار مدى استغلال الطاقات البشرية على نحو سليم، بحيث يصبح لكل طبيب (20) مريضا من مرضى العيادة الخارجية حسب المقاييس العالمية المعروفة، ويشير ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، ويحسب هذا المعدل بالمعادلة التالية:

$$\text{معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية} = \text{مجموع عدد المرضى المراجعين إلى المستشفى} - (\text{مجموع المرضى الراقدين} + \text{مجموع مرضى قسم الطوارئ})$$

- **معدل كلفة المريض:** يعد هذا المعيار أحد المؤشرات المالية الموضوعة لمعرفة مدى إيجابية أداء المستشفى، إذ يدل ارتفاع هذه التكاليف على تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، وتحسب التكلفة وفق المعادلة التالية:

معدل كلفة المريض = مجموع النفقات في المستشفى خلال فترة معينة / إجمالي عدد أيام المرضى خلال نفس الفترة

- **معدل حالات التشريح:** يشير ارتفاع هذا المعدل إلى الأداء العالي للمستشفى وانخفاضه يشير إلى تدني أدائه، لما لهذه الحالات من فوائد لمعالجة الحالات المرضية المماثلة مستقبلاً، وتحسب وفق المعادلة التالية:

معدل حالات التشريح = (مجموع حالات التشريح خلال فترة معينة / مجموع عدد الوفيات خلال نفس الفترة) × 100

- **معدل العمليات القيصرية:** ويتم حسابه كما يلي:

معدل العمليات القيصرية = إجمالي عدد العمليات القيصرية خلال فترة معينة / إجمالي عدد الولادات خلال نفس الفترة نفسها

### VI. 3.2 معايير الأداء الخاصة بنتائج التشغيل: وتضم ما يلي:

- **معدل الوفيات العام:** يعبر عن نسبة المرضى الذين توفوا في المستشفى من مختلف الأعمار ولأسباب المختلفة، ويدل ارتفاعه على تدني أداء المستشفى، وانخفاضه يدل على أداء مرتفع ويحسب وفق المعادلة الآتية:

معدل الوفيات العام = (إجمالي عدد الوفيات في المستشفى خلال فترة معينة / إجمالي عدد المرضى خلال نفس الفترة) × 100

- **معدل وفيات الأطفال:** يعبر هذا المعدل عن كفاءة أداء المستشفى في حال انخفاضه، أما

في حالة ارتفاعه فإنه يدل على تدني هذا الأداء، ويتم حسابه كما يلي:

معدل وفيات الأطفال = (إجمالي وفيات الأطفال عمر "0-12 شهراً" خلال السنة / إجمالي عدد الولادات خلال نفس السنة) × 100

**-معدل وفيات الأمهات:** يقيس هذا المؤشر نسبة وفيات الأمهات اللواتي في حالة الحمل أو عند الولادة، إذ يمكن أن تكون هذه الحالات سببا لوفاة بعض الأمهات حتى اللواتي في صحة جيدة، ووفاة الأمهات نتيجة هذه الحالات إما يكون نتيجة خلل يعود للكوادر الصحية أو العناية أو الخدمات الأخرى أو الأجهزة أو أوضاع المستشفى المتردية من نواحي أخرى. ويدل ارتفاع هذه النسبة على تدني أداء المستشفى والعكس بالعكس، والمعادلة الآتية تعبر عن هذه النسبة:

معدل وفيات الأمهات = (إجمالي عدد وفيات الأمهات في المستشفى نتيجة الحمل أو الولادة خلال سنة/ إجمالي عدد الولادات خلال نفس السنة) × 100

**-معدل الوفيات نتيجة التخدير:** يختص هذا المعيار بعدد العمليات الجراحية ونسبة المتوفين في حالة العملية نتيجة القصور في إجراءات التخدير، ويشير ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى، والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

معدل وفيات التخدير = (إجمالي عدد الوفيات بسبب عامل التخدير خلال فترة معينة/ إجمالي عدد العمليات الجراحية خلال نفس الفترة) × 100

**-معدل الوفيات من التلوث:** تعد المستشفى مكانا للعلاج مع ذلك يمكن أن تكون مصدرا للإصابة بالأمراض المختلفة نتيجة التلوث وعدم مكافحة مسببات هذا التلوث إضافة إلى أمراضهم ويصاب الكادر الصحي أيضا بهذه الأمراض ولأسباب مختلفة كضعف التدابير الوقائية وقلة المعدات والأجهزة الطبية التي تحد من حالات التلوث والإصابة بأمراض تنتشر في جميع أروقة المستشفى، ويدل ارتفاع هذا المعدل على تدني أداء المستشفى، وانخفاضه يدل على أداء مرتفع، ويحسب وفق المعادلة التالية:

معدل الوفيات من التلوث = (عدد حالات التلوث خلال سنة/ إجمالي عدد المرضى خلال نفس الفترة) × 100



### 3.VI. مؤشرات تقييم الأداء في المنظمات الصحية:

تحتاج المنظمات 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 ومن أهم هذه المؤشرات المختلفة نجد<sup>1</sup>:

#### 1.3.VI. مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية: والتي بدورها تشمل على ما يلي:

أ - المؤشرات الخاصة بالأطباء: والتي يمكن اعتماد المقاييس التالية في تحديد مستوى أدائهم ومنها:

عملية / طبيب = عدد العمليات الجراحية خلال السنة / عدد الأطباء الجراحين خلال السنة

مراجع / طبيب = عدد المراجعين للعيادة الخارجية / عدد الأطباء

طبيب مقيم / إجمالي الأطباء = عدد الأطباء المقيمين / عدد الأطباء الكلي

ب - المؤشرات الخاصة بالفريق (الطاقم التمريضي أو الشبه طبي): ويمكن عرضه كما يلي:

ممرضة / طبيب = عدد الممرضات / عدد الأطباء

ممرضة / مريض = عدد الممرضات / عدد الراقدين في المستشفى

سرير / طاقم تمريضي (شبه طبي) = عدد الأسرة خلال السنة / عدد الطاقم التمريضي خلال السنة

ج - المؤشرات الخاصة بالإداريين:

إداري / عامل بالمستشفى = عدد الإداريين / عدد العمال بالمستشفى.

#### 2.3.VI. مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية: وتشمل هذه المؤشرات على ما يلي:

أ - معدل خلو الأسرة = عدد الأسرة في المستشفى × 360 - مجموع أيام العلاج في المستشفى / عدد حالات المرضى في المستشفى.

ويقاس هذا المؤشر كفاءة استغلال أسرة المستشفى خلال مدة زمنية معينة.

ب - نسبة الأجهزة الطبية العاطلة = عدد الأجهزة الطبية العاطلة عن العمل / العدد الكلي للأجهزة الطبية.

<sup>1</sup> امير حيلالي، اطروحة دكتوراه بعنوان "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، جامعة الجزائر، 2009 ص ص 54-57.

ج - نسبة عدد ساعات التوقف عن التشغيل = مجموع ساعات التوقف والتعطيلات في الأجهزة الطبية / مجموع ساعات التشغيل الفعلية.

د - معدل حصة المريض من الأدوية = تكلفة الأدوية المستخدمة / عدد المرضى الكلي.

و - نسبة التلف في قناني الدم = عدد قناني الدم التالفة / مجموع عدد قناني الدم المخزنة.

ن - نسبة مصاريف الصيانة = مصاريف الصيانة الفعلية / مجموع المبالغ المخصصة للصيانة.

### 3.3.VI. مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية : وهي تشمل المؤشرات الفرعية التالية:

أ - نسبة الوفيات = عدد الوفيات / عدد مرضى بالمستشفى.

ب - معدل المكوث للاستشفاء = مجموع أيام إقامة المرضى بالمستشفى / عدد المرضى الراقدين.

ويقاس هذا المعدل كفاءة الأقسام العلاجية داخل المستشفى، حيث كلما انخفضت مدة بقاء المريض داخل المستشفى، كلما دل على كفاءة النظم العلاجية والطبية المتاحة، وذلك بشرط شفاء المريض ورضاه عن الخدمات العلاجية المقدمة والعكس صحيح.

ج - معدل شغل الأسرة = عدد أيام شغل الأسرة × 100 / عدد الأسرة × 365.

يستخدم هذا المؤشر في معرفة مدى الوقت الذي يظل فيه السرير مشغول للمريض خلال سنة معينة، حيث أنه كلما زاد معدل تشغيل السرير أدى إلى إطالة متوسط مدة الإقامة، ومنه يؤدي إلى انخفاض معدل دوران السرير والجدير بالذكر أن معدل شغل الأسرة يعتبر من الأدوات الضرورية عند وضع أي سياسة صحية، حيث أن الارتفاع المستمر لهذا المعدل يتطلب وجود زيادة في عدد الأسرة، وبالرغم من يجب التنبيه إلى عدم الاعتماد على هذا المعدل بصورة منفردة، حيث أن هناك أقسام مثل العظام والأمراض النفسية يكون فيها هذا المعدل مرتفعاً، بينما في أقسام أخرى يكون المعدل منخفضاً مثل أقسام الأطفال والأمراض العادية المتكررة.

د - معدل دوران السرير = عدد حالات الخروج في السنة / عدد الأسرة في نفس السنة.

يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين يستخدمون سرير خلال فترة زمنية معينة.

و - نسبة الشكاوى للمراجعين = عدد الشكاوى في المستشفى / عدد المراجعين.

هـ - نسبة الشكاوى للطاقم الطبي = عدد الشكاوى في المستشفى / عدد الأطباء.

وقد تتعلق هذه الشكاوى بعدم توفر وسائل العمل بالشكل المطلوب أو لقلّة فرص التكوين، أو قد تتعلق الأمر

بالنواحي التالية:

- خدمات التغذية: قد يتخللها الكثير من أوجه القصور؛ ويتعلق الأمر بالتخطيط، وشراء واستلام الأغذية، وكيفية الإعداد والطهي والطبخ، ثم مرحلة توزيع وتقديم وجبات الطعام للمرضى.
- خدمات النظافة: ويتعلق الأمر بنظافة الغرف والأفرشة وتنظيم الأسرة أو دورات المياه وغيرها.
- خدمات متعلقة بالأدوية والتجهيزات: مدى توافر الأدوية والتجهيزات الطبية الضرورية.

### 4.3.VI. مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية:

- معدل الإصابات بالأمراض السارية = عدد الإصابات بمرض معين / عدد سكان المنطقة المخدومة.
- نسبة الأطفال الملقحين / عدد الأطفال الملقحين / عدد أطفال المنطقة المخدومة.
- وتجدر الإشارة لكون دقة النتائج المحققة لأي مؤشر تعتمد على دقة البيانات، التي يقدمها القسم الإحصائي في المؤسسة الصحية عن طريق كل مصلحة أو قسم وتبويبها وترتيبها بالشكل، الذي لا يحدث أي تداخل في النتائج النهائية أو إثارة الشك حولها.

معايير قياس مخرجات العيادة الخارجية: وتشمل على:

- عدد الفحوص الطبية خلال ساعة للطبيب الواحد؛
- متوسط الوقت المستغرق لفحص المريض؛
- متوسط عدد المتردين على الغرفة الواحدة يوميا.
- متوسط المخرجات اليومية = إجمالي عدد التحاليل اليومية / عدد الفنيين للتحليل.
- متوسط مخرجات وحدة التحليل = إجمالي عدد التحاليل السنوية / عدد أيام العمل في نفس السنة.
- ويعتبر تقويم الأداء في المؤسسات الصحية حلقة جوهرية لأهم الوظائف الموجودة، ويعبر عن قدرتها في تحقيق أهداف الرعاية الصحية، حيث تنعكس نتائج هذا التقويم للأداء على مدى تحسين الأداء الإداري والطبي، الذي يعمل على تحسين مستوى الخدمات المقدمة.

## المبحث الثاني: أساليب تقييم الخدمات الصحية

نظرا للتطورات الكثيرة التي آلت إليها المنظومة الصحية بصورة عامة والخدمات الصحية بصورة خاصة، وذلك في مختلف المجالات المهنية، التقنية والتجهيزية وحتى المفاهيمية من خلال الانتقال من تعريف الرعاية الصحية على أنها علاج المريض في مكان تقدم الخدمة إلى ضمان صحة الإنسان في مكان معيشته وعمله وفي البيئة التي يوجد فيها، أصبح من الضروري وضع أساليب تقييم تسمح بمعرفة مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيد منها وبالتالي محاولة كشف مكامن الخلل واختيار أنسب السبل الكفيلة بتحسينها.

### 1. لوحة القيادة وبطاقة الأداء المتوازن

تعد لوحة القيادة وكذا بطاقة الأداء المتوازن أسلوبين من أبرز طرق مراقبة التسيير واللذين يساهمان في تقييم الخدمات الصحية، لذلك سنوضح كلاهما على حدى كما يلي:

#### 1.1 ماهية لوحة القيادة

لوحة القيادة هي مجموعة من المؤشرات المرتبة في نظام متابعة من طرف نفس الفريق أو نفس المسؤول للمساعدة على اتخاذ القرار، التنسيق ومراقبة نشاطات قسم معين، وهي أداة اتصال واتخاذ قرار تسمح لمراقب التسيير بجذب اهتمام المسؤول حول النقاط الرئيسية لإدارة و تسيير وظيفته وتحسين أدائها.<sup>1</sup>

لوحات القيادة هي أداة مرنة تسمح بعرض، بشكل سريع وبسيط وديناميكي، مجموعة من مؤشرات الأداء المنتقاة من طرف المؤسسة على أساس أهدافها، فهي إذن وسيلة لتجميع المعلومة المهمة التي يحتاجها المسير لاتخاذ القرار المناسب، وعادة ما يقارن جدول قيادة التسيير بجدول قيادة السيارة هذا الأخير الذي يعطينا من خلال نظرة خاطفة كل المعلومات اللازمة عن تشغيل السيارة ويقودنا في الاتجاه الصحيح.

عند تصميم لوحة القيادة فإننا نقوم عموما بتحديد النتائج المسطرة (الأهداف) حتى تكون معيار لتقييم الأداء، ومن ثم نعمل على قياس النتائج المحققة ومقارنتها مع ما تم تحديده واستخلاص الانحرافات الإيجابية والسلبية، دون نسيان تفويض السلطات وتحديد المسؤوليات. ويمثل (الشكل رقم 01) نموذجا مقترحا للوحة القيادة.

<sup>1</sup>Claude Alazard et Sabine Sépari, contrôle de gestion, Dunod, Paris, 5<sup>ème</sup> édition, 2001, p p. 590-591

الشكل رقم 02: لوحة القيادة حسب "Michel Leroy"

المؤشرات	التصميم الأساسي			التحقيقات الخاصة بالسنة السابقة	النتيجة المحتملة بلوغها في نهاية السنة	أهداف نهاية السنة المتبقي تنفيذها	البرنامج المتبقي تنفيذها
	التحقيقا ت	الأهدا ف	الانحرافات				

المصدر:

Claude Alazard et Sabine Sépari, contrôle de gestion, Dunod, Paris, 5<sup>ème</sup> édition, 2001, p p. 590-591

يوضح الشكل السابق محتوى لوحة القيادة حسب نموذج "Michel Leroy" الذي يعمل على مراقبة بعض المؤشرات التي يتم تحديدها وتحديد نتائجها المستهدفة ثم تتبع النتائج المحققة واستخلاص الانحرافات ومقارنتها مع النتائج السابقة بغية دعم نقاط القوة وتصحيح نقاط الخلل والضعف. وتتميز لوحات القيادة بقابليتها لأخذ عدة أشكال، نذكر منها ما يلي:<sup>1</sup>

- الجداول: تتميز الجداول بكونها تظهر مباشرة وفوريا القيم والانحرافات (بالنسب والقيم) بالنسبة للتنبؤات أو بالنسبة لأي معيار مرجعي آخر (سنة سابقة، المنافسة...)، غير أن لها عيوباً تتمثل في أنها لا تحتم ببعض التطورات التي تتوالى خلال أشهر، كما أنها لا تمكن من إجراء مقارنات بين عدة ظواهر مترابطة.
- المخططات البيانية: تمتلك التمثيلات البيانية بعض الامتيازات مقارنة بالجداول، من أهمها تسهيلها لفهم الظواهر المختلفة وتوضيحها للتغيرات والانحرافات.

<sup>1</sup> www.centrepatronalist.qc.ca Consulter le:05/07/2014.

- الإشارات أو الرموز: وهي تمثيلات معينة مثل الأسهم أو إشارات ملونة تظهر حالة المؤشر (تنبؤ بوجود انحراف من خلال اللون الأحمر مثلا إذا كان غير ملائم، واللون الأخضر إذا كان ملائما. وتسمح هذه الرموز بالتركيز على المستعجل والضروري.
- ويمكن أن نلخص مراحل استعمال أو تشغيل هذه لوحة القيادة كما يلي:<sup>1</sup> حساب الانحرافات وتحليلها، ترجمة أسباب الانحرافات ووضع النشاطات التصحيحية.
- وعلى العموم تعتبر لوحة القيادة من أهم الأساليب الفعالة التي تستخدمها المنظمات الصحية في تقييم مستوى خدماتها، إذ أنها تعتبر:
- جزء من النظام الرقابي في المنظمة.
- تزود المنظمة بالمعطيات اللازمة للتسيير والمتعلقة بالوضع الحالية كما يساعدها على التقدير المسبق للأحداث ويمكنها من التفاعل والتكيف مع متطلبات المستعمل والمحيط.
- أداة مساعدة على اتخاذ القرار في الوقت المناسب وبشكل جماعي.
- هي وسيلة للحوار والاتصال، وكذلك لإدارة الأزمات في المنظمة.

## 2.1 تقييم وقياس أداء مقدمي الخدمة الصحية

- نظام تقييم أداء الموارد البشرية هو نظام رسمي تصممه إدارة الموارد البشرية في المنظمة ويشتمل على مجموعة من القواعد العلمية التي وفقها تتم عملية تقييم الأداء سواء كانوا رؤساء أو مرؤوسين أو فرق عمل. وتكمن أهمية قياس الأداء الموارد البشرية فيما يلي:<sup>2</sup>
- تمكين المنظمة من تقييم المشرفين والمدراء ومدى فاعليتهم في تنمية وتطوير أعضاء الفريق الذين يعملون تحت إشرافهم.
  - تزويد المنظمات بمؤشرات عن أداء وأوضاع العاملين مشكلاتهم.
  - تمكين العاملين من معرفة نقاط ضعفهم وقوتهم في أعمالهم.
  - العمل على تفادي وتقليل جوانب القصور والضعف.

<sup>1</sup> Caroline. Selmer , Concevoir le Tableau de Bord , Edition Dunod , Paris 1998 , p6.

<sup>2</sup> Caroline Selmer, construire et défendre son budget (outils, méthodes et comportements), Dunod, Paris, 2001, p. 193.

- أسلوب تتبعه المنظمات لاستخدام الموضوعية والعدالة في التعامل مع موظفيها بإتباع معايير واقعية ومقاييس محددة.
- يشكل فرصة للعاملين لتدارك أخطائهم والعمل على تجنبها وتنمية مهاراتهم وتحقيق ما يصبون إليه من ترقية والحصول على مكافآت وتعويضات مجزية.
- يفيد في رفع الروح المعنوية للعاملين وتوطيد الصلات والعلاقات بين الرئيس والمرؤوس.
- يفيد في خفض معدل الدوران الوظيفي والسلبيات في سلوك العاملين من غياب وإهمال وعدم الحماس للعمل.
- يسهم في الكشف عن الكفاءات الكامنة غير المستغلة للعاملين.
- يسهم في تعديل معايير الأداء وزيادة أداء العاملين والمنظمة بشكل عام.
- يسهم في رسم خطة القوى العاملة للمنظمة وما تتطلبه من تنمية وتدريب وتوفير المكافآت والحوافز للعاملين.

### 3.1 لوحة قيادة مقدمي الخدمة الصحية

لوحة القيادة هي أداة تقييمية، مساعدة على اتخاذ القرار وتعرض مجموعة من المعلومات المنظمة المتعلقة بالأفراد والجماعات في المؤسسة، وهي تشكل وثيقة تقييمية هامة في نظم المعلومات الداعمة لاتخاذ القرار. ويجب أن تستجيب لوحة قيادة الموارد البشرية لعدة التزامات منها:

- المصدقية: المتغيرات يجب أن تحدد بدقة، كذلك الأمر بالنسبة لطرق الحساب.
- الوضوح: يجب أن ترتب المعلومة وفق أهميتها وتلخص في تقارير بيانية.
- الحالية: بعض المعلومات تفقد قيمتها بشكل سريع والبقية بشكل بطيء.
- المرونة: شكله يجب أن يتكيف مع تغير الأولويات لدى المستعملين.

وتتمثل أهمية جدول قيادة الموارد البشرية في المهام الوظيفية المنوطة به، فهو يؤدي ثلاث وظائف أساسية

هي:<sup>1</sup>

- القياس الداخلي الذي يمكن من متابعة المتغيرات الاجتماعية وفقا لمسؤوليات مختلف القادة في المؤسسة، تتعلق هذه القياسات: بعدد العمال، الأجور، التوظيف، زمن العمل، السلوكات ...

<sup>1</sup> www.discussion.com, Consulter le: 05/ 07/ 2014.

- الرصد: أي ملاحظة التطورات الاجتماعية الداخلية و الخارجية التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب قيادة وتوجيه الموارد البشرية في المؤسسة.

- التقدير المسبق: لما يمكن أن يحدث داخل أو خارج المؤسسة، فبفضل لوحة القيادة يمكن إعداد سيناريوهات حول تطور عدد العمال المرتقب أو تطور الكفاءات كما يمكنها أيضا دراسة سوق العمل، وسلوك الأجراء و مختلف التطورات التنظيمية.

أما بالنسبة لدورية لوحة (جدول) قيادة الموارد البشرية فيعتبر الجدول الشهري المنزلق الأكثر ملائمة وتناسبا، أما إذا رغبتنا في متابعة أهداف استراتيجية بعيدة المدى تتعلق بالمواد البشرية فيمكن اللجوء للوحة قيادة تعد على أساس سنوي.<sup>1</sup>

#### 4. بطاقة الأداء المتوازن وقياس أداء مقدمي الخدمات الصحية

طرحت بطاقة قياس الأداء المتوازن بواسطة روبرت كابلان وديفيد نورتن ونوقشت لأول مرة في جامعة هارفارد عام 1992، وتعتمد هذه البطاقة على الرؤية والأهداف الاستراتيجية، التي يتم ترجمتها إلى نظام لقياس الأداء، ينعكس بدوره في صورة اهتمام وتوجه استراتيجي عام، يسعى كل فرد في المنظمة إلى تحقيقه.<sup>2</sup>

وقد عرض كل من (كابلان ونورتن) نموذجا للوحة القيادة أين تكون فيه المؤشرات الموجودة على المستوى التنفيذي متلائمة مع الاستراتيجية، هذه المجموعة من المؤشرات يجب أن تتضمن توازنا وتناسقا بين مختلف المحاور المدروسة (الرهانات الاستراتيجية للمؤسسة)، لوحة القيادة هذه لها بعد مستقبلي فهي لا تبحث فقط في إدراك الأداء المستهدف وإنما أيضا تدرس عوامل النجاح الأساسية الموافقة لأفضل أداء مستقبلي.

وتتبع بطاقة الأداء المتوازن من فكرة متعددة الأبعاد للأداء الكلي حيث تسمح بتحقيق التوازن بين الأهداف الطويلة الأجل والميزة الفورية للنشاطات على المستوى التنفيذي، إذ تقسم بطاقة الأداء المتوازن الأداء وفق أربعة محاور أساسية هي:

- المحور المالي: تحسين الأداء المالي للمؤسسة هو هدف دائم(نمو حجم رقم الأعمال، تحسين المردودية، تخفيض التكاليف....)

<sup>1</sup> عمر وصفي عقيلي، ادارة الموارد البشرية، بعد استراتيجي، دار وائل للنشر، والتوزيع، الأردن، 2007، ص. 15.

<sup>2</sup> المرجع نفسه، ص. 19.



- محور الزبائن: إذ أن نمو المؤسسة واستمراريتها مرتبط برضا زبائنها عن أدائها، وهنا نتكلم عن مؤسسة تقدم خدمة الصحة وبالتالي فإن رضا الزبون يعتبر أولوية لا يمكن إهمالها.
- محور الأنظمة الداخلية: حيث يتم قياس فعالية الأنظمة الداخلية للمؤسسة من أجل ضمان فعاليتها، ومن أهمها نظام التجديد(البحوث، عدد براءات الاختراع، عدد المنتجات الجديدة...)، كما أن خدمة ما بعد البيع أيضا من الأنظمة المهمة فترات النقاهة والعناية بعد العلاجية.
- محور التعلم التنظيمي (النمو والتعلم): يتعلق هذا المحور بالوسائل التي تستعمل لبلوغ الأهداف الاستراتيجية، إذ ترتبط مركبات هذا المحور بكل ما يتعلق بالمستخدم(إنتاجية العمل، دوران العمل، التحفيز...)، وبالنظام المعلوماتي الذي يجب أن يسهل التعلم التنظيمي، كما يركز هذا المحور على نشر المعرفة داخل المؤسسة.

بالنسبة لكل محور من هذه المحاور الأربعة يتم تحديد الأهداف وإظهارها من خلال المؤشرات مع قيمها المستهدفة ودمج المبادرات من أجل التعديل مع الأهداف الاستراتيجية، الانسجام الكلي بين المحاور الأربعة يعرض نموذجا لقياس أداء المؤسسة من خلال رؤية عرضية لنشاطاتها من أجل تنسيق الاستراتيجية مع الأنظمة التنفيذية.

## II 5. قياس الأداء على مستوى محور التعلم التنظيمي (القياسات المتعلقة بالموارد البشرية)

عند قياس هذا المنظور يجب الاعتماد على مقاييس مثل: كم الموارد المنفقة على التطوير أو التدريب بدلا من النتائج، خاصة في المؤسسة الصحية التي تكون الأولوية للمخرجات بدرجة أكبر من المدخلات التي يمكن التغاضي عن حجمها اذا كانت النتائج مقنعة ومرضية.

وتهتم المقاييس في مجال رؤية التعلم والنمو بتوصيل استراتيجية المنشأة إلى الأفراد العاملين بها، وقد يتمثل التطوير في توسيع دائرة قدراتنا، أو أداء عمليات تجريبية في مجالات عمل جديدة، أو تغيير التنظيم أو نظام الرقابة الإدارية.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Jean René Edighoffer, précis de gestion d'entreprise, édition Nathan, France, 2001, p. 106.

إن تقييم أداء الموظفين هو مراجعة لما أنجزوه بالاعتماد على وصفهم الوظيفي ومعايير عملهم، كما يوفر تقييم الأداء معلومات عن المهارات التي يحتاجونها للقيام بمهامهم على أكمل وجه، فمن خلال التقييم وبناء على نتائجه تتخذ القرارات بمكافأة المجتهدين ومعاقبة المقصرين.

ويعتبر تقييم أداء مقدمي الخدمات الصحية بالنسبة للمنظمة الصحية بالغ الأهمية، إذ لا يمكن لهذه الأخيرة أن ترفع من مستوى كفاءتها وفعاليتها إلى من خلال الحصول على مورد بشري فعال وكفاء يتعلم ويعلم حتى يتمكن من تطوير عمل المنظمة وتخطيط الأهداف المستقبلية لها والعمل على تحقيقها.

## II. أسلوب التحليل التطويقي للبيانات DEA

على الرغم من الاهتمام الكبير بقياس الأداء في مجال الخدمة الصحية، إلا أنه من أهم التحديات التي تواجه الباحثين هو إيجاد الطريقة الأكثر ملاءمة لتحديد مؤشرات الأداء المناسب وقياس جوانب جودة الخدمة الصحية، وهذا ما يوفره أسلوب التحليل التطويقي للبيانات (أسلوب تحليل مغلف البيانات) DEA لما يوفره من ميزات سوف نتطرق لها لاحقاً.

### II. 1 مفهوم أسلوب التحليل التطويقي للبيانات

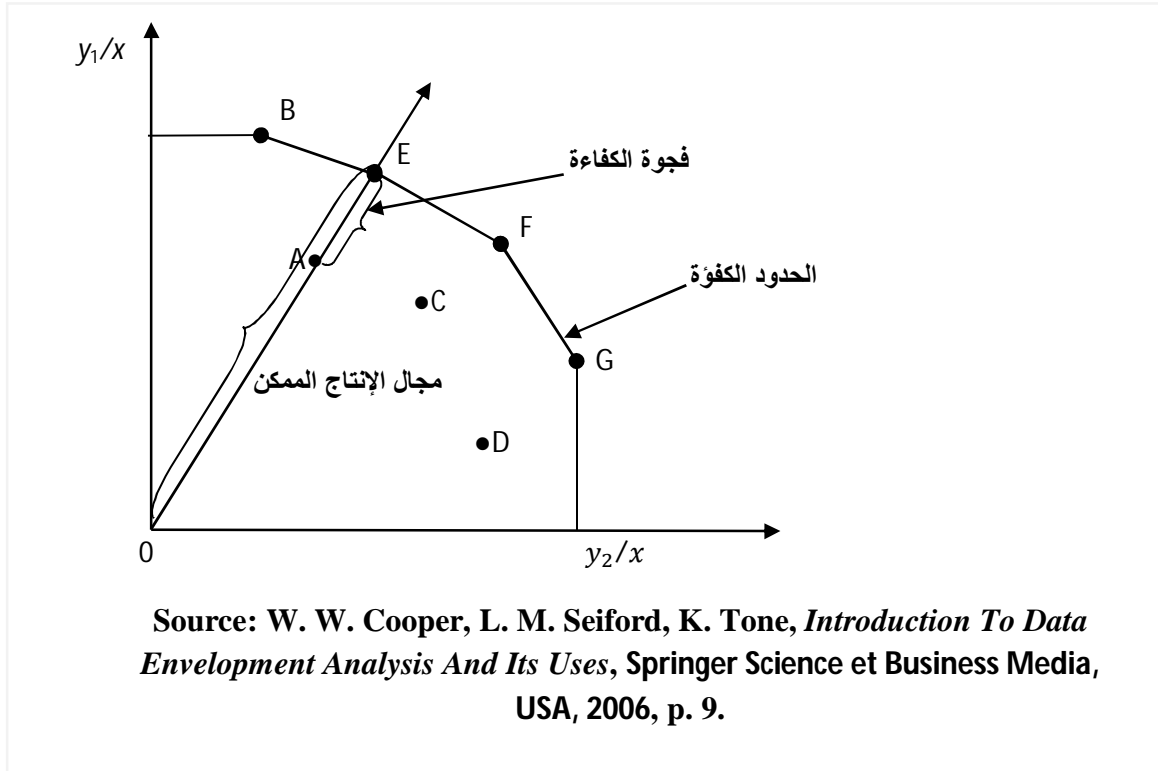
يعود فضل بناء أسلوب DEA إلى Charnes-Cooper-Rhodes، تقدير الكفاءة الفنية للمدارس التي تشمل مجموعة من المدخلات ومجموعة من المخرجات بدون توفر معلومات عن أسعارها.<sup>1</sup> ويعرف أسلوب التحليل التطويقي للبيانات بأنه ذلك الأسلوب الذي يستخدم البرمجة الرياضية لإيجاد الكفاءة النسبية لتشكيلة من وحدات اتخاذ القرار "DMUs": "Decision Making Units"، والتي تستعمل مجموعة متعددة من المدخلات والمخرجات، من خلال قسمة مجموع المخرجات على مجموع المدخلات لكل منظمة، ويتم مقارنة هذه النسبة مع المنظمات الأخرى، وإذا حصلت منظمة ما على أفضل نسبة كفاءة فإنها تصبح "حدود كفاءة"، وتقاس درجة عدم الكفاءة للمنظمات الأخرى نسبة إلى الحدود الكفاءة باستعمال الطرق

<sup>1</sup> الشعيبي، خالد بن منصور، استخدام أسلوب مغلف البيانات في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الإدارية بالتطبيق على الصناعات الكيماوية والمنتجات البلاستيكية بمحافظة جدة بالمملكة، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية، السعودية، 2004، ص. 316.

الرياضية، ويكون مؤشر الكفاءة للمنشأة محصور بين القيمة واحد (1) والتي تمثل الكفاءة الكاملة، وبين المؤشر ذو القيمة صفر (0) والتي تمثل عدم الكفاءة الكاملة.<sup>1</sup>

أما سبب تسمية هذا الأسلوب باسم "التحليل التطويقي للبيانات" فيعود إلى كون الوحدات ذات الكفاءة الإدارية تكون في المقدمة وتطوق (تغلف) الوحدات الإدارية غير الكفؤة، وعليه يتم تحليل البيانات التي تغلفها الوحدات الكفؤة،<sup>2</sup> والشكل الموالي يوضح هذا المفهوم:

الشكل 03: التطويق بالتوجه المخرجي



ويمثل (الشكل 03) مجموعة من وحدات اتخاذ القرار تنتج المنتجين  $y_1$  و  $y_2$  بإستعمال المدخل  $X$ ، ويظهر مجال الإنتاج الممكن بين المحورين  $y_1/x$  و  $y_2/x$ ، والحدود الكفؤة المكونة من الوحدات G-F-E-B، حيث تعتبر هذه الأخيرة ذات كفاءة إنتاجية كاملة بالمقارنة بالنقاط D-C-A التي لا تحسن استخدام مدخلاتها

<sup>1</sup> Quey-Jen Yeh, The Application of Data Envelopment Analysis in Conjunction with Financial Ratios for Bank Performance Evaluation, Journal of the O. Research Society, Vol. 47, №. 8, Aug., 1996, p. 981.

<sup>2</sup> H. Sherman David. Zhu Joe, Service Productivity Management, Springer Science+Business Media, New York, USA, 2006, pp. 50-51.

المتاحة، ويتم حساب كفاءة هذه الأخيرة بالمقارنة مع الحدود الكفؤة، كأن نحسب كفاءة الوحدة A عن طريق قسمة الشعاع  $\vec{OA}$  على الشعاع  $\vec{OE}$  فتكون النتيجة 0.75، هذا ما يعني أن الوحدة A يمكنها أن تزيد من مخرجاتها بنسبة 25% دون المساس بالمدخلات، وهكذا يتم قياس وتحسين الكفاءة بالنسبة ل C و D.

ويسمى أسلوب DEA المنشأة المراد قياس كفاءتها بوحدة اتخاذ القرار DMU (الوحدة A في الحالة السابقة)، وبشكل عام DMU كل كيان مسؤول عن تحويل المدخلات إلى مخرجات (عناصر النظام الصحي في موضوع بحثنا ومن ثم النظام الصحي ككل)، بحيث يمكن تقييم أداء في المجال التسييري، فال DMU هي كل وحدة تملك درجة معينة من الحرية في اتخاذ القرار ويمكن أن تتضمن: البنوك، أقسام المخازن، الأسواق المركزية، الشركات، المستشفيات، الجامعات، إلخ<sup>1</sup>

ويصنف أسلوب DEA كأحسن وسيلة للمقارنة المرجعية (Benchmark)، نظرا لتميزه ب:<sup>2</sup>

- عدم الحاجة الى وضع أي فرضيات (صيغة رياضية) للدالة التي تربط بين المتغيرات التابعة (المخرجات) والمتغيرات المستقلة (المدخلات).
- يمكن استعمال هذا الأسلوب في قياس الكفاءة الداخلية أو الخارجية.
- يمكن استعمال الأسلوب للتعامل مع المتغيرات الكمية كما يمكن أيضا استعماله للتعامل مع المتغيرات النوعية (الوصفية).
- تحديد أحسن الوحدات النظرية بالنسبة للوحدات غير الكفؤة، بالاعتماد على مدخلات ومخرجات متعددة.
- لا يتطلب قياس الكفاءة بهذا الأسلوب توفر معلومات عن أسعار المدخلات أو المخرجات.
- لا يتطلب أن تكون المدخلات والمخرجات من نفس وحدة القياس.
- التركيز على كل وحدات اتخاذ القرار وليس على متوسط العينة.
- ليس هناك تقييد في استعمال شكل معين من أشكال دوال الإنتاج.
- يرضي معايير العدالة الصارمة في التقييم النسبي لكل وحدة قرار.

<sup>1</sup> W. W. Cooper, L. M. Seiford, Kaoru Tone, *Data Envelopment Analysis*, 2<sup>nd</sup> ed. Springer Science et Business Media, USA. 2007. p. 22.

<sup>2</sup> A. Manzoni, S.M.N. Islam, *Performance Measurement in Corporate Governance*, Physica-Verlag Heidelberg, 2009, p. 98.

## II 2. أهم نماذج اسلوب التحليل التطويقي للبيانات

يستخدم الأسلوب عدة نماذج نذكر من بينها ما يلي:

### 1.2. II نموذج "Constant Return to Scale" CCR: وهو النموذج الأساسي ويعرف بنموذج

عوائد الحجم الثابتة، يتميز بتسهيل عملية المقارنة وهو النموذج الأكثر استعمالاً.<sup>1</sup>

### II 2.2. نموذج "Babker- Charnes- Cooper" BCC: يعطي هذا النموذج تقديراً للكفاءة

الفنية بموجب حجم العمليات المعمول به في الوحدة لتقديم خدماته للمستفيدين وقت إجراء القياس، أي أنه يعطي الكفاءة المرتبطة بحجم معين من العمليات. كما يحدد النموذج أيضاً امكانية وجود نسبة عائد متغير سواء كان ذلك بالزيادة أو النقصان على كمية خدمات الوحدات غير الكفؤة الناتج عن تغير كمية مدخلاته وصولاً إلى حد الكفاءة، أي أن هذا النموذج يتمتع بخاصية العائد المتغير على كمية الخدمات، لذا فهو يعرف أيضاً بنموذج VRS عوائد الحجم المتغيرة "Return To Scale Variable".<sup>2</sup>

### II 3.2. النموذج اللوغاريتمي "Multiplicative Model": وينسب هذا النموذج إلى كل من

"شارنز"، "كوبر"، "سيفورد" و"ستنز"، ويقوم أساساً على اللوغاريتم الخطي وتفسير الانتاجية على طريقة Cobb-Douglas.<sup>3</sup>

### II 4.2. النموذج التجميعي "Additive Model": ينسب هذا النموذج إلى كل من: "شارنز"،

"كوبر"، "جولاني"، "سيفورد" و"ستنز"، ويعتمد هذا النموذج في تفسيره للكفاءة على "أمثلة باريتو" كما وردت في شرح "كوبمانز".

## II 3. مبدأ عمل أسلوب DEA

### II 1.3. الصيغة الكسرية لأسلوب DEA: كمبدأ يجب أن تكون الكفاءة الجيدة تمثل المدخلات الأقل

والمخرجات الأكبر، وليس من الضروري أن تتطابق وحدات القياس سواء في المدخلات أو المخرجات (قيم نقدية، عدد أشخاص، أمتار... إلخ).

<sup>1</sup> باهر رمزي، أسماء محمد، تحليل مغلف البيانات، استخدام البرمجة الخطية في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الادارية، 1996، ص. 317.

<sup>2</sup> الشعبي، خالد بن منصور، مرجع سابق، ص. 330.

<sup>3</sup> باهر رمزي، أسماء محمد، مرجع سابق، ص. 321.

وتتم الصياغة الرياضية لنموذج CCR والذي يفترض بأن الوحدات المقيمة تعمل في ظل فرضية اقتصاديات الحجم الثابتة (CRS) على النحو التالي:

$$\left. \begin{aligned} \text{Max } \theta_{\pi} &= \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \\ \text{S.C;} \\ 0 &\leq \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_{rj}}{\sum_{i=1}^m v_i x_{ij}} \leq 1 \quad j=1, \dots, n(1) \\ & \quad r=1, \dots, s \\ u_r, v_i &\geq 0 \quad i=1, \dots, m \end{aligned} \right\}$$

بحيث تمثل:

ج: عدد وحدات اتخاذ القرار (DMU) التي يتم مقارنتها ببعضها البعض في أسلوب (DEA).

DMU<sub>j</sub>: وحدة اتخاذ القرار رقم ج.

θ: مؤشر الكفاءة للوحدة تحت التقييم بأسلوب (DEA).

y<sub>rj</sub>: قيمة المخرج r المنتج من قبل وحدة إتخاذ القرار ج.

x<sub>ij</sub>: قيمة المدخل i المستعمل من قبل وحدة إتخاذ القرار ج.

r: عدد المخرجات المنتجة من قبل كل وحدة اتخاذ قرار (DMU).

i: عدد المدخلات المستعملة من قبل كل وحدة اتخاذ قرار (DMU).

u<sub>r</sub>: المعامل أو الوزن المخصص من قبل (DEA) للمخرج r ليبلغ درجة الكفاءة (100%).

v<sub>i</sub>: المعامل أو الوزن المخصص من قبل (DEA) للمدخل i ليبلغ درجة الكفاءة (100%).

وتكون دالة الهدف المذكورة في الصيغة الرياضية (1) تهدف إلى تعظيم مؤشر الكفاءة θ بالنسبة لوحدة إتخاذ

القرار π، تحت قيد أن أي وحدة قرار ذات مجموعة المعاملات u و v المقيمة مع بقيت الوحدات يجب أن لا

تفوق أي وحدة قرار القيمة 1 (100%)، التي تعني الكفاءة الكاملة.

إذا كانت قيمة θ لوحدة إتخاذ القرار المقيمة DMU π أقل من 100% تعني بأن هذه الوحدة غير كفؤة، أي

توجد وحدة أخرى من هذه المجموعة من وحدات إتخاذ القرار المقيمة تستخدم أقل أو نفس ما تستخدمه وحدة

القرار هذه غير الكفاءة ولكن بإنتاج أكبر،<sup>1</sup> أما إذا كانت  $DMU_{\pi}$  كفاءة فإنها تشكل مع وحدات أخرى كفاءة الحدود الكفاءة للوحدات الأخرى غير الكفاءة.<sup>2</sup>

ويتم كتابة المسألة كما في الصيغة الرياضية (1) لإيجاد مؤشر الكفاءة لكل وحدة قرار.

- الصيغة الخطية لأسلوب DEA: لكن استعمال دالة الهدف ككسر سوف يعطينا ما لا نهاية من الحلول، لذلك نكتفي بوضع المخرجات التي يجب تعظيمها في دالة الهدف وتحويل مقام دالة الهدف السابقة كقيود يساوي القيمة 1، وهو ما تم تمثيله بالصيغة التالية:<sup>3</sup>

$$\begin{aligned} \text{Max } \theta_{\pi} &= \sum_{r=1}^s u_r y_{r\pi} \\ \text{s.c.;} \\ \sum_{i=1}^m v_i x_{i\pi} &= 1 \quad i=1, \dots, m \\ \sum_{r=1}^s u_r y_{rj} &\leq \sum_{i=1}^m v_i x_{ij} \quad j=1, \dots, s \\ u_r, v_i &\geq 0 \quad j=1, \dots, n \end{aligned} \quad (2)$$

### III. 2.3. الصيغة الثنائية: ويلعب البرنامج الثنائي دور جد مهم في أسلوب DEA بحيث يعوض

المعامل  $\lambda$  كل من المعاملات  $u$  و  $v$ ،<sup>4</sup> وعندما يحول البرنامج إلى صيغة الثنائية يصبح كما يلي:

$$\begin{aligned} \text{Min } \theta_{\pi} \\ \text{s.c.} \\ \sum_{j=1}^n \lambda_j x_{ij} &\leq \theta x_{i\pi} \quad i=1, 2, \dots, m; \quad (a) \\ \sum_{j=1}^n \lambda_j y_{rj} &\geq y_{r\pi} \quad r=1, 2, \dots, s; \quad (b) \\ \lambda_j &\geq 0 \quad j=1, 2, \dots, n; \quad (c) \end{aligned}$$

<sup>1</sup> H. Sherman David, Zhu Joe, Op. Cit., p. 63.

<sup>2</sup> W. W. Cooper, L. M. Seiford, Kaoru Tone, Op. Cit., p. 24-25.

<sup>3</sup> Othman Joumady, Efficacité Et Productivité Des Banques Au Maroc Durant La Période De Libéralisation Financière: 1990-1996, 17èmes Journées Internationales d'Economie Monétaire Et Bancaire, Lisbonne, Portugal, 7-9 Juin 2000, p. 14.

<sup>4</sup> R. Ramanathan, An Introduction To Data Envelopment Analysis: A Tool For Performance Measurement, 1<sup>st</sup> ed. Sage Publications, California, USA, 2003, p. 48.

يقوم برنامج الثنائية بتدنية قيمة  $\theta$  تحت القيود التالية: (a) أن تكون القيم المرجحة لمدخلات الوحدات الأخرى أقل أو يساوي قيم مدخلات الوحدة المراد قياس كفاءتها ( $\pi$ )، (b) أن تكون القيم المرجحة لمخرجات الوحدات الأخرى أكبر أو يساوي قيم مخرجات الوحدة المراد قياس كفاءتها ( $\pi$ )، (c) تعبر  $\lambda$  عن قيمة أو المعامل المضروب في المدخلات أو المخرجات للوحدات غير الكفؤة لتصبح وحدات كفؤة (100%).<sup>1</sup>

- المخرجات غير المرغوبة: وتقتصر هذه المخرجات في بعض الجوانب كالمجال البيئي، والتي يجب على أسلوب DEA التفاعل مع المعطيات التي يفرزها، حيث منهجيا تتعامل DEA مع مدخلات يجب تخفيضها ومخرجات يجب زيادتها، لكن وكما ذكر كوهمان<sup>2</sup> سنة 1951 أن مسار الإنتاج يمكن أن يولد كذلك مخرجات غير مرغوبة، ويمكن أن تتمثل هذه الأخيرة في الجانب الإيكولوجي (التأثيرات الضارة على البيئة)، كانبعاث الغازات الملوثة في الهواء والماء، النفايات، المعادن السامة، كما لا تقتصر المخرجات غير المرغوبة فقط على الجانب البيئي.<sup>3</sup>

وكذلك الأمر بالنسبة لبعض المدخلات فلا بد من زيادتها لتحسن الكفاءة كما هو الحال بالنسبة للنفايات المسترجعة فزيادتها تدل على كفاءة الشركة في استرجاع نفاياتها.<sup>4</sup>

### III. نموذج تقييم الخدمات الصحية SERVQUAL

من بين أساليب قياس وتقييم الخدمات الصحية نجد أسلوب SERVQUAL الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكاتهم الفعلية لها، ومن ثم تحديد مدى التطابق بين المستويين (المتوقع والمدرک) وتحليل الفجوة بينهما باستخدام الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية.

#### 1. III مفهوم نموذج SERVQUAL

نموذج (التوقعات/ الإدراكات) أو نموذج تحليل الفجوة هو نموذج مستخدم لتقييم مستوى الخدمات من حيث الجودة من خلال تقييم الفجوة الموجودة بين ما يتوقعه المرضى وبين ما يدركونه من خدمات صحية، غير أن هذه الفجوة تعتمد بدورها على طبيعة الفجوات المرتبطة بتصميم الخدمات الصحية وتقديمها.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>H. Sherman David, Zhu Joe, Ibid, p. 69-70.

<sup>2</sup> تجالينغ كويهان (Tjalling C. Koopmans) اقتصادي هولندي، حاز على جائزة نوبل في الاقتصاد سنة 1975، له مساهمات في دالة الإنتاج ونطبقها على المستوى الكلي.

<sup>3</sup>Mauro Coli, Eugenia Nissi, AgneseRapposelli, Monitoring Environmental Efficiency: An Application To Italian Provinces, Environmental Modelling& Software, 2011, p. 39.

<sup>4</sup>Joe Zhu, Wade D. Cook, Modeling Data Irregularities and Structural Complexities In Data Envelopment Analysis, Springer Science et Business Media, New York, USA, 2007, p. 104.



### III. 2. ابعاد نموذج SERVQUAL

يعتمد نموذج SERVQUAL على أبعاد الخدمات الصحية المستخلصة من الدراسات التي قام بها الباحثون Berry، Zeithaml و Parasurman، ففي سنة 1985 وفي دراسة بعنوان المقاييس الكمية لقياس جودة الخدمة، تمكن الباحثون من تحديد 10 أبعاد أساسية لقياس جودة الخدمة وهي الملموسية، الموثوقية، الاستجابة، الكفاءة، الكياسة، المصدقية، الأمان، فهم الزبون، الاتصال وإيصال الخدمة، وفي دراسة لاحقة لنفس الباحثين سنة 1988 بعنوان المقاييس الكمية لقياس جودة الخدمة: تم اختصار أبعاد قياس جودة الخدمة من 10 إلى 05 أبعاد هي الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد أو الثقة وأخيرا التعاطف.<sup>2</sup>

#### III. 1.2. بعد الملموسية Tangibles

ذكر "Chia-Ming" أن الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال، وأشار "Zeithmal and Britner" إلى أن الجوانب المتعلقة بملموسية الخدمة هي المباني وقنوات المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة، وغير ذلك.<sup>3</sup> وأوضح "Shahril" أن الملموسية تعني مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصالات. كما بين "Shaikh" أن الملموسية تشير إلى الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات وأخيرا الوصفة الطبية التي ينبغي أن تكون سهلة الفهم من قبل المرضى.

وبالتالي نجد أن الملموسية تشير إلى التسهيلات المادية التي تزيد من إقبال المستفيدين (المرضى والمراجعين للمستشفى) وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التشخيصية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق

<sup>1</sup> Sungchul, Y & Hyunsuk, S. "Ensuring IT consulting SERVQUAL and user satisfaction: A modified measurement tool". Information Systems Frontiers, 2004, p. 86.

<sup>2</sup> Brown, F & Jacqueline, L, A study in organizational change: The attitude of personal toward TQM implementation in state department of education". Dissertation Abstract International, 2003, pp. 125-126.

<sup>3</sup> قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 155.

الصحية ونظافتها، وحدثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمختبرية والأشعة والتمريضية وغيرها) ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المستشفى والتصميم والتنظيم الداخلي لها.<sup>1</sup> ومن معايير التقييم لهذا البعد نجد: الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة، أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.

### III. 2.2. بعد الاعتمادية Reliability

يرى "Cronin & Tylor" بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية (الطبيب، المحلل، الممرض، وغيرهم) على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، فضلا عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. وأوضح "Lovellock" بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الإيفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات. وأكد "Goncalves" بأن الاعتمادية تعني قدرة مجهزة الخدمة على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، ويرى "Slack" بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلا عن تسليم نتائج الفحوصات المختبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن، أما "Stevenson" فيرى بأن الاعتمادية هي القابلية على أداء الخدمة بموثوقية ومطابقة وبدقة عالية.<sup>2</sup> ولتقييم الاعتمادية في المنظمة الصحية نستخدم عدة معايير منها: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية، وذكر "Shaikh" أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة.

وفي ضوء ما تقدم نرى بأن بعد الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تشير إلى قدرة المنظمة الصحية على تقديم وأداء الخدمات الصحية بالجودة الموعودة للمستفيدين منها (المرضى والمراجعين للمنظمة الصحية) في الوقت المحدد وبموثوقية ومطابقة ودقة عالية وثبات وبدون أخطاء ويمكن الاعتماد عليها، فضلا عن إعطاء الحلول الصحيحة للمشاكل المتوقعة والحرص على حل مشكلات المريض مما يعطي ذلك المستفيد (المريض) إحساس وثقة بأن حياته بين أيدي أمينة وأن ثقته في الأطباء والأخصائيين عالية من حيث الدقة وعدم الأخطاء في الفحص والتشخيص والعلاج.

<sup>1</sup> مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 276.  
<sup>2</sup> قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 152.

### III 3.2. بعد الاستجابة Responsiveness

يرى "Lovellock" بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم. وذكر "Ming" أن الاستجابة تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة. فالاستجابة في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها. وبين "Shaikh" أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج.<sup>1</sup> وتشمل الاستجابة في الخدمات الصحية مجموعة من المتغيرات منها: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي، وأخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانهاء منها.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية يشير إلى أن العاملين في المنظمة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المنظمة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها.

ومن خلال هذه المتغيرات يمكننا استخلاص معايير تقييم بعد الاستجابة كالاتي: تقديم خدمات علاجية فورية، استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية، العمل على مدار ساعات اليوم.

### III 4.2. بعد الثقة Assurance (الضمان)

أشار "Shaikh" بأن الضمان في مجال الخدمات الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكوادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم، كما أكد بأن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين (مقدمي الخدمة) وقابليتهم لإشاعة أو نشر روح الثقة والصدق، وأيضا تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين

<sup>1</sup> مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 270.

مقدمي الخدمات والزبائن. وبين "Shaikh & Rabbani" بأن الضمان يتضمن العناصر الآتية: المستشفى جديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب مؤهل وكفاء، العاملين بالمستشفى يتمتعون بالكياسة والالطف.<sup>1</sup> ومن هنا يمكن القول بأن الضمان يقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة والشعور بالحصول على خدمة جيدة والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواح وممتلكات طالبي الخدمة. أو أن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمات الصحية يقصد به: "تأكيد إدارة المنظمة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين (أطباء، ممرضين، وغيرهم) فضلا عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة. ومن معايير تقييم جودة الخدمات الصحية بموجب هذا البعد نجد: سمعة ومكانة المستشفى عالية، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين.

### III. 5.2. بعد التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy

عرف "Shahril" التعاطف بأنه: الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها. وأوضح "Shaikh" أن بعد التعاطف (الجوانب النفسية) يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطاة للمرضى، ومناداته باسمه، وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى. أما "Maher" فيرى بأن التعاطف يشير إلى: "الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمها المنظمة الصحية إلى زبائنها. ومنه فالتعاطف يعني: "درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد".<sup>2</sup> وبين "Chia-Ming" بأن التعاطف يشير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة الى الزبائن. وأشار "Zeithaml" بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته.<sup>3</sup>

ويشير التعاطف إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد. إذ يرى "Parasuraman" بأن بعد التقمص العاطفي يشتمل على المتغيرات الآتية: اهتمام العاملين في المنظمة بالمستفيدين اهتماما شخصيا، تفهم العاملين

<sup>1</sup> طاهير حسين، مرجع سابق، ص. 16.

<sup>2</sup>K. Ishikawa, Manuel Pratique de Gestion, AFNOR, Paris, 2013, P. 9.

<sup>3</sup> قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص. 159.

في المنظمة لحاجات المستفيدين، ملائمة ساعات عمل المنظمة لتناسب جميع المستفيدين، وحرص المنظمة على المصلحة العليا للمستفيدين، والدراية الكافية باحتياجاتهم.<sup>1</sup>

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها. ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللطف والكيافة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى)، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلا عن أن التعاطف يضع مصلحة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين في المنظمة الصحية والإصغاء لشكوى المريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف.

ومن معايير التقييم لهذا البعد الآتي: اهتمام شخصي بالمريض، الإصغاء الكامل لشكوى المريض، تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف.

### 3. III. مبدأ عمل نموذج SERVQUAL

بالإضافة إلى فجوة الإدراكات/ التوقعات هناك أربع فجوات أخرى يتم تحليلها ضمن هذا النموذج، والتي نوجزها كما يلي:<sup>2</sup>

- الفجوة الأولى: وتنتج بسبب الاختلاف بين توقعات العملاء (المرضى) لمستوى الخدمة وبين إدراكات الإدارة والقائم على تقديم الخدمة لهذه التوقعات (عجز الإدارة عن معرفة رغبات وتوقعات العملاء).
- الفجوة الثانية: وتنتج عن القيود المتعلقة بموارد المنظمة والتي تحول دون ترجمة رغبات وتوقعات العملاء، حتى ولو كانت معلومة ومدركة إلى مواصفات متضمنة في الخدمة المقدمة.
- الفجوة الثالثة: وتنتج بسبب تدني مستوى مهارة القائم على أداء الخدمة أو إلى ضعف الرغبة لدى العامل في تحسين مستوى الخدمة ما يؤدي إلى إنتاج مواصفات في الخدمة المقدمة لا تتطابق فعلا مع ما تدركه الإدارة عن هذه المواصفات وعن كيفية تقديمها.
- الفجوة الرابعة: وتنتج عن عدم مصداقية المنظمة، فيمكن أن تقوم هذه الأخيرة بتقديم وعود حول مستويات خدمتها إلى أن هناك خلل وفرق واضح بين توقعات العملاء نتيجة هذه الوعود وبين الخدمة المدركة فعلا.

<sup>1</sup>K. Ishikawa, Ibid, P. 10.

<sup>2</sup> Sungchul, Y & Hyunsuk, S, Ibid, p. 86.

وتعتبر الفجوة الرئيسية (الإدراكات/ التوقعات) الفجوة الخامسة لنموذج SERVQUAL، الذي عادة ما يلجأ الباحثون عند استخدامه إلى الاعتماد على الفجوتين الأولى والخامسة في تحديد مستوى الخدمات الصحية بالمنظمة.

### المبحث الثالث: آليات تحسين مستوى الخدمات الصحية.

إن تحسين الخدمات لا يمكن أن يعطي ثماره إلا إذا كانت هناك سياسة واضحة ومبنية على طرق علمية لإرساء الآليات والأساليب الجديدة، وفي هذا الإطار سنتطرق في هذا المبحث إلى أهم الآليات التي تسمح بتحسين مستوى الخدمات الصحية والمتمثلة في إدارة التغيير على مستوى المنظمات الصحية، إدارة الجودة الشاملة، واسلوب التحسين المستمر "الكايزن"، وأخيرا التسيير التقديري لإدارة الموارد البشرية.

#### 1. التغيير في المنظمات الصحية

إن المنظمة الصحية كغيرها من المنظمات تنشط في بيئة حركية دائمة التغيير، وهذا ما يستدعي توفر إدارة عملية إبداعية تتفق والمتغيرات السكانية المتوقعة كما ونوعا وتتلاءم مع المستجدات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والصحية وتستطيع مواجهة التحديات المنتظرة.

#### 1.1 ضرورة التغيير في المؤسسات الصحية

نتيجة للتغيرات البيئية والتقدم التكنولوجي أضحت المؤسسات الصحية ملزمة بتغيير نمط تسييرها حتى تسترجع مصداقيتها أولا، وتواجه منافسيها ثانيا، وتكون قادرة على مسايرة الأوضاع لتجد لها مكانا يؤهلها للبقاء والنمو. وهناك عدة أسباب تجعل من التغيير في المنظمات الصحية وإصلاحها ضرورة يجب القيام بها وهي:<sup>1</sup>

- خلق الفعالية، ومضاعفة العطاء والخدمة العامة.
- تسهيل وسائل الاتصال بين المسؤول والموظف وجعل العلاقة أكثر مرونة.
- تعميم التكوين على كافة الموظفين لمسايرة ما يجري في المحيط الخارجي.

<sup>1</sup>Amel Laribi, Actualité du système National de santé (2005-2007), laboratoires de recherche, école National de santé publique El- Marsa, Mai 2008.

Sur le Site: www. Santé.Dz. Consulté le: 20/05/2013

- وضع إجراءات عمل سهلة، مفهومة من طرف الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين الموظفين (إداريين، تقنيين، أطباء، شبه أطباء) بحيث تكون هناك لغة مشتركة توضح أهداف المؤسسة.
- تحسين نوعية وجودة الخدمات الصحية (الاستقبال، التغذية...).
- البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء.
- تحفيز الموظف واستشارته في قرارات المؤسسة يجعله أكثر ثقة في مسؤوليه مما يدفعه للعمل أكثر.

بالإضافة إلى النقاط سالفة الذكر يمكن التركيز على التغيير كضرورة لمسايرة التطورات، فقد أوجدت التطورات السريعة في العلوم والتكنولوجيا حقائق جديدة، في حين يمكن القول أن المؤسسات الاجتماعية لمتوفق بالشكل المطلوب في مواكبة هذا التطور وتغير الأوضاع وأساليب العمل.<sup>1</sup>

## 2.1. ميادين وأنواع التغيير في المنظمات الصحية

يمكن أن يمس التغيير التنظيمي عدة ميادين في المؤسسات الصحية ووسيطم تناول اثنين منها: التغيير على مستوى الهياكل والتغيير على مستوى العنصر البشري في حد ذاته.

### 2.1.1. التغيير على مستوى الهياكل: فهو يحدد التغيرات الداخلية في التنظيم، من حيث إعادة تنظيم

الأقسام الإدارية، مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وإعادة تعديل العلاقات بين الإدارات والأفراد وغيرها.<sup>2</sup>

### 2.2.1. التغيير على مستوى العنصر البشري: يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة،

فباستقامته تستقيم الأوضاع وبعوجاجه تتعقد المشاكل. ولهذا يمكن القول أن تطور الهياكل وتغيرها لا يأتي إلا بتغيير وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل.<sup>3</sup>

أول نقطة يمكن التركيز عليها في تغيير العنصر البشري هي كيفية التأثير في تصرفات الموظفين وإدخال عوامل جديدة تدفعهم إلى تقديم مساهمات أكثر، لكن الأمر يبدو صعبا خصوصا، فالكل يعلم أن من أصعب الأمور التي تتطلب جهودا أكبر وإقناعا أكثر هو تكوين ذهنيات جديدة وتوجيه الأفراد وفق متطلبات المنظمة، لأن الفرد

<sup>1</sup> جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 8.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 287.

<sup>3</sup> Amel Laribi, Actualité du système National de santé (2005-2007), laboratoires de recherche, école National de santé publique El- Marsa, Mai 2008.

Sur le Site: www. Santé.Dz.

Date de consultation : 04/05/2013

أو الموظف ينطلق من ثقافته وبيئته ويستعمل الأساليب التي يعرفها والمتعود عليها فليس من السهل إقناعه بالتخلي عن المبادئ التي رسخت في ذهنه وتعويضها بأفكار جديدة. ومن الأمور التي تساعد الموظف على تقبل الجو الجديد للعمل هو جعله يحس فعلا أنه ينتمي إلى مؤسسته، وهذا بالنظر في مشاكله والاستماع إليه والتغلب على الخلافات الداخلية. وبهذا تصبح الأهداف مشتركة بين جميع الموظفين.

### 1. 3.2. أنواع التغيير في المؤسسات الصحية فيمكن تصنيفه كما يلي:<sup>1</sup>

#### 1. 3.2. التغيير الفني:

ينصب هذا التغيير على الوسائل وليس على الغايات، ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة. فعلى سبيل المثال، فإن قرار تغيير جهاز تصوير إشعاعي بآخر ذي قدرة إنتاجية أعلى يتضمن كلفة قليلة للمنظمة وأثرا قليلا أيضا. في حين أن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسل الكلى في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة المختلفة، حيث سيحدث طلبا على هذه الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة، والهندسة والصيانة وغيرها.

#### 1. 2.3.2. التغيير التعديلي:

وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل، حيث ينصب على أهداف المؤسسة دون تغيير في الوسائل الجوهرية، فقرار المستشفى مثلا بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزا للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي، حيث إن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين موجودة أصلا لدى المؤسسة، وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في أهداف المؤسسة وتركيزها، وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة.

#### 1. 3.3.2. التغيير التكميلي:

<sup>1</sup>Jisette Hart, Sylvie Lucas, Management Hospitalier, stratégie nouvelle descadres, Edition Lamane, France, 2002, p. 51.



ويتضمن تغييرا في كلا الوسائل والغايات معا، وهذا النوع لا يحدث في المؤسسة الصحية بشكل متكرر. وعندما يحدث، فإنه يتضمن تعديلا جوهريا في توجه المنظمة (الغايات والأهداف)، وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة.

### 3.1 استراتيجيات التغيير في المنظمات الصحية

توجد العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم، وسيتم تناول أهم هذه الاستراتيجيات على النحو الموالي.

#### 1.3.1 استراتيجيات إعادة التعليم: تعتمد هذه الاستراتيجية على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل

موضوعي، حيث إنها لا تقرر بشكل مسبق خطة للمنظمة بل تستعمل في الأصل كمصدر لتوليد النقاش والأفكار حول معالجة الفجوة بين ما تفعله المنظمة حاليا وما يتوجب عليها عمله ومن الاستراتيجيات الشائعة في منظمات الرعاية الصحية.<sup>1</sup>

#### 2.3.1 استراتيجيات التعليم المستمر: وتستعمل هذه الاستراتيجية بشكل خاص لأعضاء الطاقم

الطبي، حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والتفجر المعرفي في العلوم الطبية والصحية التركيز على التعليم المستمر كمدخل لتفعيل عملية التغيير.

#### 3.3.1 استراتيجية التغذية الراجعة للدراسات المسحية: تتمثل الفكرة الأساسية في هذه الاستراتيجية

في البدء بعملية التغيير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول أنشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين في المنظمة. ومن ثم يتم تغذية النتائج لمجموعة من الأفراد لإعطائهم فرصة لاستكشاف معاني ومضامين هذه النتائج والخلوص إلى استنتاجات والوصول إلى إجراءات تصحيحية. ثم يتم الانتقال إلى جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراءات التصحيحية ويعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراءات التصحيحية (التغيير).<sup>2</sup>

#### 4.3.1 استراتيجيات الإقناع: على عكس استراتيجيات إعادة التعليم تحاول استراتيجيات الإقناع إحداث

التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد، فالتركيز هنا هو على بيع الفكرة المراد تبينها والتي قد تركز على معلومات أساسية أو على معلومات مفيدة إضافة إلى التلاعب بالأفراد والتأثير

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص، 309.  
<sup>2</sup> جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 13.

على مواقفهم من خلال المناورة والسياسة وهذه الاستراتيجيات شأنها شأن استراتيجيات إعادة التعليم تكون أكثر أهمية في المراحل الأولى لعملية التغيير، أي مرحلة إدراك المشكلة ومرحلة تحديد ما يجب عمله أو في المرحلة الأخيرة أي مرحلة القبول بالتغيير.<sup>1</sup>

**5.3.1 استراتيجيات التيسير:** وتمثل هذه الاستراتيجيات في التدخلات التي يتم القيام بها لتسهيل تنفيذ التغيير المطلوب، ويقوم استعمال هذه الاستراتيجيات على افتراض أن المنظمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج، وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير.<sup>2</sup>

ومن بين أهم الاستراتيجيات المستعملة في هذا السياق أسلوب بناء الفريق، حيث إن منظمات الرعاية الصحية تعتمد إلى حد كبير على فرق العمل في أداء مهامها والتي يجب أن تعمل بتناغم وتعاون لضمان تقديم خدمات رعاية طبية جيدة. ورغم ذلك توجد درجة عالية من النزاع والخلاف والغموض بين مجموعات العمل داخل هذه المنظمات في عالم الواقع مما ينعكس سلبا على فاعلية المجموعات وعلى قدرتها على المشاركة الفعالة في عملية التغيير. ويعتبر أسلوب بناء الفريق مدخلا لدعم الأداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفاعلة فيها.<sup>3</sup>

**6.3.1 استراتيجيات القوة:** تقوم هذه الاستراتيجيات على استعمال العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان الفرد للتغيير. وتستعمل استراتيجيات القوة وبشكل خاص عندما تفشل المنظمة أو إحدى الوحدات التنظيمية فيها إدراك الفجوة الأدائية (ما تفعله وما يتوجب فعله)، حيث تفشل في البدء بعملية التغيير المطلوب. إلا أنه يعاب على هذه الاستراتيجيات وبشكل واضح أنها وإن كانت تضمن تنفيذ التغيير إلا أنها لا تضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة.

#### 4.1 معوقات التغيير في المنظمات الصحية

بالنسبة لمعوقات تنفيذ التغيير تواجه منظمات الرعاية الصحية صعوبات تتمحور في عدة عوامل سيتم ذكر بعضها كما يلي:

<sup>1</sup>AmelLaribi, Actualité du système National de santé (2005-2007), laboratoires de recherche, école National de santé publique El- Marsa, Mai 2008.

Sur le Site: www. Santé.Dz.

Date de consultation : 04/05/2013

<sup>2</sup> جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 20.

<sup>3</sup>Jisette Hart, Sylvie Lucas, Ibid, p. 55.

**1.4.1 طبيعة مهام الرعاية الطبية**

يمتاز العمل داخل المنظمة الصحية بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، حيث أن الأمر يتعلق بأتمن ما في الوجود وهو صحة الإنسان، وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض ولهذا فلا مجال للمخاطرة في الممارسة الطبية.<sup>1</sup>

**2.4.1 طبيعة العناصر البشرية العاملة في منظمات الرعاية الصحية**

يحكم أداء المهنيين الصحيين العاملين في المنظمة وخاصة الأطباء مبادئ وأخلاقيات قوية، كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم. وعلى ذلك، فإن أي عمل يتضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن ينتج عنه رفض أو انتقاد أعضاء المهنة.<sup>2</sup>

**3.4.1 طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية**

يتميز البناء التنظيمي في المؤسسات بالتعقيد وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة وما يتصف به من تعدد الأقطاب، حيث أن التغيير يستوجب التركيز على الأفراد الرئيسيين في المنظمة. وحقيقة الأمر بالمؤسسات الصحية أن الكثير من الأفراد ممن هم خارج نطاق السلطة الرسمية يمتلكون قدرا كبيرا من القوة والقدرة على التأثير مثل الأطباء، حيث أن الفشل في استشارة هؤلاء منذ البداية يمكن أن يفشل أو يعرقل جهود التغيير.<sup>3</sup>

**4.4.1 طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم**

أو ما يعرف بالنموذج الطبي والذي يتعارض مع معظم التغييرات التعديلية والتكيفية، حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل في العلاقة المباشرة والخاصة بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر.

**5.4.1 تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية**

<sup>1</sup> جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 22.

<sup>2</sup> فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 313.

<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص. 315.

حيث تضع منظمات الرعاية الصحية أهمية واهتمام كبير لتمويل أنشطتها وضمان التدفق المالي لها من الخارج مما يجعل من الصعب عليها تبني تغييرات لا تضمن استمرار التدفق المالي من الجهات الخارجية وخاصة المستهلكة لخدمات المنظمة الصحية مثل شركات التأمين والضمان الصحي.<sup>1</sup>

بالإضافة للمعوقات السالفة الذكر، يعد مصدر التغيير من أهم العوامل التي ترفع من مقاومة الفاعلين له لأن أي تغيير يفرض على الفاعلين من الخارج أو من القمة سوف يكون مثيرا للمعارضة لأنه يهدد مراكزهم وسلطاتهم ولاسيما إذا لم يكن بناء على طلبهم، لأنه يحمل في طياته معنى ضمنا بأنهم لا يؤدون أعمالهم على أكمل وجه، الشيء الذي يجعلهم يفسرونه في صورة نقد موجهة لهم ولظروف عملهم ولسلوكتهم الذي تعودوا عليه وتطبعوا به مما يرفع من درجة مقاومتهم له وتنعدم مساعدتهم إلى القائمين به.

أما إذا كان هذا التغيير بناء على طلبهم فإنهم ينظرون للقائمين به على أنهم يعملون لصالحهم. كما يؤدي التنظيم غير الرسمي دورا كبيرا في الرفع من درجة المقاومة للتغيير عند الفاعلين ولاسيما المنتمين إليه، حيث يعتمد إلى خلق الشكوك عندهم في نيات الإدارة، ويبرر احتمال ظهور نتائج سيئة مترتبة عليه، ويستمد قوته من بعض العيوب الشائعة والأخطاء المتكررة في المنشآت الرسمية.<sup>2</sup>

ومن هنا يمكن القول أن نجاح التغيير في النظام الصحي يتوقف على الفهم العميق لجوانبه المختلفة وأهدافه واقتناع الأفراد به ومشاركتهم فيه.<sup>3</sup> وهذا لن يتحقق إلا من خلال تقييم صحيح ودقيق لمكان الخلل في المنظمة الصحية والخدمة التي تقدمها ومن ثم اقتراح أفضل السبل والطرق الكفيلة بتحسين مستويات الأداء وتفعيله.

## II. إدارة الجودة الشاملة (TQM) كآلية لتحسين الخدمات الصحية

يعد مفهوم الجودة أحد السمات الأساسية للعصر الحاضر، وذلك لاتساع استخدامه، وازدياد الطلب عليه في كثير من جوانب الحياة المعاصرة. فالعالم اليوم يعتنق مبدأ الجودة الشاملة، والعالم كله مشترك في سوق عالمية واحدة تتنافس فيها كل الدول من أجل تعظيم قدرة الإنسان المشارك في عملية التنمية.<sup>4</sup> وستتطرق في هذا المبحث إلى المفاهيم الأساسية المرتبطة بالجودة الشاملة للخدمات الصحية من خلال ما يلي:

<sup>1</sup> الطعامنة محمد، مخيمر عبد العزيز، مرجع سابق، ص. 74.

<sup>2</sup> جاد الرب سيد محمد، مرجع سابق، ص. 30.

<sup>3</sup> لطعامنة محمد، مخيمر عبد العزيز، مرجع سابق، ص. 83.

<sup>4</sup> الزواوي، خالد محمد، الجودة الشاملة في التعليم وأسواق العمل في الوطن العربي، القاهرة، مجموعة النيل العربية، 2003، ص. 42.

## 1.11 مفهوم جودة الخدمة الصحية

قبل التطرق لمفهوم الجودة في الخدمات الصحية ارتأينا أن نتطرق بإيجاز للمفهوم العام للجودة، وفي هذا الإطار نجد أنه قد تعددت تعريفات الجودة في الأدبيات الاقتصادية، وذلك باختلاف المقاربات والمنظور الذي نعتمه في تعريف الجودة، فنجد ما يلي:

وجاد الشيء، أي صار جيداً،<sup>1</sup> وأجاد أتى بالجيد، فالجودة مصدر من لفظ (جاد) مثل الكيفية مصدر من لفظ (كيف) وكيفية الشيء تعني حالته وصفته.<sup>2</sup>

- **الجودة اصطلاحاً:** تشير إلى المواصفات والخصائص المتوقعة في المنتج وفي العمليات والأنشطة التي من خلالها تتحقق تلك المواصفات، وتساهم في إشباع رغبات المستخدمين وتتضمن السعر، الأمان، التوفر، الموثوقية، الاعتمادية وقابلية الاستعمال.<sup>3</sup>

أما بالنسبة للجودة في الخدمات الصحية، فقد عرفها العديد من الباحثين على النحو التالي:

يبين "خسروف" بأن أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتفيل" والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب "القرم" وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات.<sup>4</sup> أما حلياً فقد أصبح موضوع جودة الخدمة الصحية من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية، كما أن هذا الموضوع هو محل اهتمام وتركيز إدارات المستشفيات، الأطباء، الأطراف الممولة للخدمات الصحية من جهة، والمستخدمين من خدمات الرعاية الصحية من جهة أخرى، حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمات الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها (سنتناول في الفصل الثاني من هذه الدراسة إدارة الجودة الشاملة TQM كأسلوب لتحسين جودة الخدمات الصحية)، إذ أن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولهذا وجب التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

<sup>1</sup> الجوهري، إسماعيل بن حماد، معجم الصحاح للجوهري، ط2، تحقيق: أحمد عبد الغفور عطار، بيروت، دار العلم للملايين، ج2، 1984، ص. 416.

<sup>2</sup> الفيروز أبادي، مجد الدين محمد بن يعقوب، القاموس المحيط، ط2، تحقيق مكتب تحقيق التراث في مؤسسة الرسالة، بيروت، مؤسسة الرسالة، 1987، ص. 350.

<sup>3</sup> الفيروز أبادي، مجد الدين محمد بن يعقوب، مرجع سابق، ص. 352.

<sup>4</sup> مؤيد عبد الحسين الفضل، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الطبعة الأولى، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص. 256.

- وبصدد مفهوم جودة الخدمات الصحية يبين (Ellis and Whitngton) بأن جودة الخدمات الصحية تعني: "مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد من القدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمات الصحية المقدمة إلى المرشدين إلى المنظمات الصحية".<sup>1</sup>
- كما أكد "دونا بيديان" بأن: "جودة الخدمات الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر"،<sup>2</sup> وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بأفضل موازنة بين المخاطر والفوائد.
- أما منظمة الصحة العالمية فتعرف جودة الخدمات الصحية بأنها "التماسي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة وبتكلفة مقبولة من قبل المجتمع، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية".<sup>3</sup> إذ يعتبر العمل على ضمان جودة الخدمة الصحية أسلوباً لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلي احتياجات المرضى وغيرهم.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية تمكن من التأكد من أن مستوى جودة الخدمات الصحية المقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير، وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنظمة الصحية. وعليه يمكن تقديم التعريف الإجرائي التالي لجودة الخدمة الصحية، فهي تمثل: "مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين منها (المرضى وغيرهم) على نحو نظامي وموضوعي، يسهم في تقديم الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق العاملين في المنظمات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وهذا ما يعني أن جودة الخدمة الصحية هو أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلي احتياجات المرضى وغيرهم".

## II 2. نبذة عن التطور التاريخي للجودة الشاملة Total Quality

إن الموقع الاستراتيجي المتقدم الذي وصلت إليه الجودة في المنظمات المعاصرة وما رافقها من مفاهيم وفلسفات حديثة لم يكن ابتكاراً من ابتكارات العصر الحالي، بل إن له جذوره الموعلة في القدم. وتنسب أقدم

<sup>1</sup> مؤيد عبد الحسين الفضل، مرجع سابق، ص. 255.

<sup>2</sup> الزواوي، خالد محمد، المرجع نفسه، ص. 100.

<sup>3</sup> طاهير حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، ص. 2004، ص. 11.

الاهتمامات بالجودة إلى الحضارة البابلية، حيث سطر الملك البابلي حمورابي في مسلته الشهيرة أولى القوانين التي أولت الجودة والإتقان في العمل أهمية خاصة.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد ورد في مجموعة من الكتب يطلق عليها كتب "ثوث" وهي من كتب الحضارة المصرية القديمة بعض الممارسات الطبية حيث ذكر في هذه الكتب أن أي انحراف وتجاوز عن المعايير يعتبر جريمة.

أما في القرن الرابع قبل الميلاد استطاع العالم "أرسطو" أن يضع قانون يسمح للأطباء بتغيير طريقة علاجهم للمرضى في حال عدم تحسن حالتهم الصحية بعد أربع أيام من بداية المرض.

وفي عهد الإغريق طلب أبو قراط من تلاميذه تأدية يمين القسم على أنهم سوف يقدمون إلى مرضاهم أفضل خدمة وأفضل رعاية صحية يمكنهم تقديمها وحينها أنتشر في أوروبا "قسم الأطباء" وفيه يقسم الطبيب بأنه سيصف العلاج والنظام العلاجي المناسب لمرضاه ولا يستخدم أي شيء من شأنه تعريض المرضى لأي ضرر.

ونجد أيضا أنه في الحضارات القديمة كالحضارة الرومانية والصينية والعربية الإسلامية كانت توجد مدارس طب وتقاليد ومعايير جيدة تم وضعها لممارسة مهنة الطب وتم وضع قواعد وقوانين مدونة بخصوص التصرف المهني الطبي.

ثم جاء الدين الإسلامي الحنيف منذ بزوغ فجره على البشرية ليؤكد قيمة العمل وضرورة إتقانه لقوله تعالى: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه"<sup>1</sup>، وهذا خير دليل وتوجيه باعتماد الإجداد في العمل شرعاً ومنهاجا في الحياة فالإسلام دعا إلى الجودة وحث عليها لما لها من أثر في كشف الأخطاء وتصحيحها.

وفي عام 1518م وثق المسؤولون عن الكلية الملكية بلندن فكرة أن من أهم مهام الكلية تظهر في أهمية دعم مستوى الطب وذلك لفائدة العميل والاهتمام بجودة الخدمات الصحية التي تقدم للمرضى.

وفي عام 1820-1910م كانت هناك ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتنجيل" كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم حيث قامت بإعداد دراسة عن الجودة النوعية وهذه الدراسة ساعدت في إرساء وتأسيس فكرة الجودة النوعية حيث كان برنامجها يشمل النظافة والصحة العامة بالإضافة إلى وضع أسس ومعايير تنظيمية للعمليات والإجراءات اليومية في المستشفى.

<sup>1</sup> السنبل، عبد العزيز بن عبد الله، التربية والتعليم في الوطن العربي على مشارف القرن الحادي والعشرين، دمشق، منشورات وزارة الثقافة، 2004، ص. ص. 313\_314.

وكان الفضل للعالم "تايلور" 1856-1915م لأنه أول من حاول استخدام أساليب وطرق جديدة للتحسين والارتقاء في مستوى أداء العاملين. كما أنه وضع مجموعة من الأفكار والمفاهيم والتي أصبحت لاحقاً أساس للجهود المبذولة لتحسين مستوى الأداء في العمل.

وعند حلول عام 1915م أقامت الكلية الأمريكية للجراحين برنامجاً لمعايير معينة على أداء المنشآت الصحية وكان الهدف من هذا البرنامج التوصل إلى طريقة رسمية لاعتماد المستشفيات والتحقق والتأكد من جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وكان ذلك خلال الحرب العالمية الأولى وتعتبر هذه هي بداية تطبيق الجودة في نطاق الصحة بمعناه الحديث. وقد اشتمل برنامج المعايير على خمس نقاط رئيسية:<sup>1</sup>

- التأكيد على أهمية تنظيم الأفراد.
- التأكيد على أهمية الاجتماعات الشهرية.
- التأكيد على أهمية التدقيق في السجلات الطبية.
- التأكيد على أهمية الإشراف الفعال الكفء.
- التأكيد على أهمية اعتماد الأطباء وإجازتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب.

وفي عام 1970م بدء العمل بالتدقيق الطبي، قامت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات بتدشين فكرة الجودة النوعية في عام 1979م، وعام 1987م ظهر مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وفي عام 1989م نشرت الهيئة المشتركة (السمات المطلوبة في نشاطات إدارة المخاطر)، في عام 1990م أصدرت الهيئة (برنامج التغيير)، وفي عام 1992م تم تغيير مسمى الجودة النوعية إلى مسمى تحسين الجودة المستمر "Improvement Quality Continuous".

إذن فمفهوم الجودة في الرعاية الصحية ليس بمفهوم جديد أو وليد اللحظة أو ظاهرة سوف تنتهي في يوم ما، فحسب التسلسل التاريخي الظاهر نجد أنه مصطلح قد تم إرساء أسسه وتوضيح مفاهيمه منذ أقدم العصور وتدرج في التطور حتى وصل إلى ما يسمى بتحسين الجودة المستمر وما زال في طور التقدم والتحسين.

فضمان الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية هو نتيجة مباشرة لمبادئ الرعاية الصحية الأولية فلا يجب علينا النظر إلى تحسين الجودة على أنها مهمة معقدة ومكلفة إذا أردنا الوصول إلى تقديم أفضل الخدمات في الرعاية الصحية والسعي إلى تطويرها وتحسينها.

<sup>1</sup> السنبل، مرجع سابق، ص. 319.



### II 3. إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

وهي ترجمة احتياجات وتوقعات المستفيدين من الخدمة الصحية إلى مجموعة خصائص محددة تمثل الأسس والأفكار التي يتم الاستناد عليها عند إجراء التغيير والإصلاح، حيث تعكس أفضل الممارسات الواجب تنفيذها لتحقيق الجودة، وبالتالي فإن هذه الأخيرة تدخل أساساً في تصميم الخدمات الصحية وطريقة أداء العمل في المؤسسة الصحية من أجل تلبية احتياجات وتوقعات المستفيدين وتحقيق رضائهم عن الخدمات التي تقدمها المؤسسة، وهذا ما يتطلب مجموعة من الاحتياجات والمستلزمات التي من الواجب توفرها لتحقيق التطبيق الناجح والفعال للجودة.<sup>1</sup>

وتعتبر إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فلسفة شاملة للحياة والعمل في المنظمات الصحية تحدد أسلوباً في الممارسة الإدارية مبني على مجموعة من المبادئ التي ترمي إلى تقديم خدمات صحية متميزة للمستفيدين منها من خلال إيجاد بيئة ثقافة تنظيمية في المنظمة تعمل على تحديد أهدافها ورسالتها، وتعتمد بشكل أساسي على تلبية احتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية، والاهتمام بطريقة تأدية العمل والوصول إلى التحسين المستمر لعمليات الوقاية والرعاية والاستشفاء وحتى التعليم والتعلم وكذلك مختلف العمليات ذات الصلة غير المباشرة بالخدمة الصحية كوسائل الترفيه والفندقة...، بالإضافة إلى استخدام إجراءات تمنع وقوع الأخطاء بدلاً من اكتشافها، وتطوير مخرجات المؤسسات الصحية على أساس العمل الجماعي ومن خلال المشاركة في اتخاذ القرارات وتحسين الجودة، وتقدير جهود العاملين وتشجيعهم على الإبداع والابتكار والاهتمام بصفة مستمرة بتطوير أساليب تأدية الخدمة وتقديمها.<sup>2</sup>

وعلى العموم فإن إدارة الجودة الشاملة تقوم على خمسة مقاربات تعكس إلى حد كبير مفاهيم الجودة:

- المقاربة المبني على المنتج "الجودة درجة التفضيل": ويمتاز هذا التعريف بأنه محدد إلا أنه في الحالات التي تعتمد الجودة على التفضيل الشخصي، فالجودة تعني لمعظم الناس التفضيل فإن المعايير التي يتم القياس عليها قد تكون مضللة، فعندما تكون سيارة مرسيدس سيارة الجودة، والساعة رولكس ساعة الجودة، فالجودة هنا تعد مرادفة للرفاهية والتميز وهذه من الصعب قياسها. ويوافق هذا المنظور جوران

<sup>1</sup> بدرية بنت صالح الميمان، الجودة الشاملة في التعليم العام: المفهوم والمبادئ والمتطلبات، - قراءة إسلامية -، ورقة عمل: الجودة في التعليم العالي، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية (جستن)، 15\_16 ماي 2007، ص. 7.

<sup>2</sup> بدرية بنت صالح الميمان، مرجع سابق، ص. 8.

Juran، حيث عرف الجودة بأنها: "مدى ملائمة المنتج للاستخدام، أي القدرة على تقديم أفضل أداء وأصدق صفات.<sup>1</sup>

- المقاربة المبنية على أساس المثالية: ويعد هذا المدخل مفهوما مطلقا يعبر عن أعلى مستويات التفوق والكمال، ويتفق هذا المدخل مع تعريف الجودة لمخرم حيث عرفها بأنها: الامتياز الطبيعي.
- التعريف المبني على التصنيع "الجودة المطابقة للاستعمال": وفقا لهذا التعريف فإن الجودة تعرف على أنها التوافق مع المواصفات والمتطلبات المتعلقة بالممارسات التصنيعية والتشغيلية والهندسية ويتم تحديدها من خلال التصميم، فتعرف الجودة بأنها "الموائمة للاستعمال" وذلك لأهمية الجودة في التصميم والإنتاجية، من حيث المستلزمات الضرورية للعمل بما يحقق الأمان للعاملين حين إنجازهم للعمل، بالإضافة إلى مشاركة الزبون في وضع متطلبات جودة السلع والخدمات التي يحصل عليها. ويؤيد المهندس الياباني تقوشي Taguchi هذا الرأي حيث عرف الجودة بأنها: "تعبير عن مقدار الخسارة التي يمكن تفاديها والتي قد يسببها المنتج للمجتمع بعد تسليمه ويتضمن هذا الفشل في تلبية توقعات الزبون، والفشل في تلبية خصائص الأداء، والتأثيرات الجانبية الناجمة عن المجتمع كالتلوث والضجيج وغيرها". وهو تعريف يتوافق مع متطلبات دراستنا وعملنا من أجل تقييم جودة الخدمات الصحية وتحسينها.
- المقاربة المبنية على أساس القيمة: ويعتمد هذا التعريف على التكلفة والسعر، فالمنتج والخدمة الجيدة هي التي تحقق المواصفات بكلفة أقل، ويتفق هذا التعريف مع مفاهيم الجودة لبروث Broth الذي عرف الجودة بأنها: "تحقيق وتجاوز توقعات المستفيدين بسعر يمكنهم من الحصول على قيمة مناسبة".
- المقاربة المبنية على أساس "التركيز على الزبون": وهذا التعريف يركز على ضرورة الاهتمام بالمتطلبات أي حسب المطابقة مع المتطلبات التي يرغب الزبون في ملاحظتها في السلع بما يلي حاجاته الضمنية. حيث تعرف الجودة على أنها: "أمر فردي يعتمد على تفضيلات المستخدم للخدمة"<sup>2</sup>، والمنتجات أو الخدمات التي تقدم أعلى إشباع لهذه التفضيلات تعتبر هي المنتجات الأعلى جودة. فاستنادا إلى هذا التعريف تحقيق الجودة يتم إذا كانت الخدمة تشبع كل المتطلبات المحددة من قبل الزبائن سواء حددت في عقد الشراء أو حددت بموجب المواصفات المعلنة والمحددة أو حددت بموجب قانون أو غير ذلك. ويوافق كروسباي Crosby هذا الرأي فيعرف الجودة بأنها: "المطابقة مع المتطلبات وأكد بأنها تنشأ من

<sup>1</sup> الغزاوي، محمد عبد الوهاب، مرجع سابق، ص. 12.

<sup>2</sup> بدرية بنت صالح الميمان، مرجع سابق، ص. 9.

الوقاية Preventative وليس من التصحيح Corrective وبأنه يمكن قياس مدى تحقق الجودة من خلال كلف عدم المطابقة".<sup>1</sup>

## 4. II متطلبات الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

لتحقيق الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، لا بد من تطوير جميع العناصر المتضمنة في هذا المجال، وعند استعراض مبادئ الجودة الشاملة وجدنا تداخلها بصورة واضحة مع متطلبات القطاع الصحي ذلك أن كل مبدأ له مطلب أو أكثر وجب على المنظومة الصحية توفيره وتدعيمه إذا ما أرادت أن تتخذ الجودة الشاملة كنمط اداري لتقدم خدماتها، وفي ما يلي أكثرها انتشارا في أدبيات الدراسة:

- **الاقناع بتطبيق الجودة:** يجب أن يكون لدى إدارة النظام الصحي والعاملين فيه قناعة بتطبيق الجودة ليكون هناك حافز داخلي يساعد على تحقيق ممارسات الجودة داخل المؤسسة. والموافقة على التحول من النمط التقليدي إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات المسؤولة على تقديم الخدمة الصحية بالجزائر وتوفير كافة متطلباتها سواء كانت تنظيمية أم مادية أم بشرية. فدون هذه القناعة لن يكون هناك جودة بل ستكون الإدارة أول عائق لتحقيق الجودة، فالاعتقاد بصلاحية الجودة يورث الإيمان بها والقدرة على بلوغها وتحقيقها.<sup>2</sup>
- **نشر ثقافة الجودة:** وهي تزويد العاملين بمعلومات إيجابية وصریحة عن الجودة بهدف إشعارهم بأنهم ينتمون ويتبنون الاتجاه الجديد، والتخطيط للجودة، ووضع سجلات الجودة، والمراجعة الداخلية للجودة. وذلك من منطلق أن الجودة وتحسين العمل مسؤولية الجميع. فتطبيق الجودة على الوجه السليم يتطلب تهيئة العاملين نفسيا بمختلف مستوياتهم الوظيفية لقبول إدارة الجودة، من خلال نشر ثقافة الجودة عن طريق إعداد دليل نظام الجودة الذي يتضمن وصف مبادئ الجودة، ومعايير الجودة وكيفية تطبيقها، ويتم توزيعه على العاملين في المنظمة، وتنظيم ندوات ومؤتمرات بصفة دورية لزيادة وعي العاملين بأهمية الجودة في عملية تقديم الخدمة الصحية لما لهذه الأخيرة من أثر على الانسان بصورة خاصة لارتباطها بحياته وحالته الصحية وبالمجتمع بصورة عامة لأنه لا يمكن تحقيق القفزة النوعية والتنمية الاقتصادية بمجتمع مريض.

<sup>1</sup> العزاوي، محمد عبد الوهاب، مرجع سابق، ص. 14.

<sup>2</sup> بدرية بنت صالح الميمان، مرجع سابق، ص. 11.

- **التركيز على العمل الجماعي وتشكيل فرق العمل:** وهي تشكيل فرق عمل في المنظمة تضم كل واحدة منها ما بين عدد من العاملين الذين تتوافر لديهم الرغبة في العمل الجماعي والتفاعل والاستعداد لبذل جهود لتحسين الجودة في المؤسسة الصحية من خلال تحليل عمليات العمل، والتعرف على المشكلات والتعاون في إيجاد الحلول المناسبة لها، وتحديد الأولويات الخاصة بتحسين جودة الخدمة المقدمة.<sup>1</sup> وقد تنوعت أنواع فرق العمل في المؤسسات منها فرق العمل ذات المهمات الخاصة، وحلقات الجودة، وفرق تحسين الجودة، وفرق العمل الإداري. ويكون للعمل الجماعي وفرق العمل فوائد عديدة أهمها زيادة الإنتاجية وتحسين جودة الخدمات الصحية، وزيادة فعالية المشاركة، والحد من التنافس والصراع غير الإيجابي بين العاملين، كما تؤدي أيضا إلى زيادة فاعلية القرارات والارتقاء بنوعيتها، والعمل على إشباع احتياجات العاملين ورفع روحهم المعنوية. ولكي تحقق فرق العمل الجودة الشاملة لا بد أن يكون عملها موجه بالأهداف والاستراتيجيات العامة للنظام الصحي ككل والمنظمة التي يعملون بها بصورة خاصة.<sup>2</sup>

- **توفير قواعد معلومات وبيانات واضحة ومفصلة:** وهو نظام يتألف من مجموعة من العناصر البشرية والآلية لجمع وتخزين وتحليل وتوزيع وتصنيف معلومات عن الجودة تتعلق باحتياجات المستفيدين من الخدمة، وآرائهم في مستوى جودة الخدمة الصحية، وتقييم العمليات، والإمكانات اللازمة للعمليات، وأنظمة الرقابة في المنظمة الصحية، ونتائج مراجعة الأداء ومتابعة الحالات المرضية حتى في المراحل البعدية مما يساعد الإدارة والمسؤولين على اتخاذ القرارات السليمة المتعلقة بتحسين جودة الخدمات الصحية، والتحليل الدوري لأوضاع المنظمة حتى يمكن تحقيق التطور المستمر لكافة جوانب عمليات العمل فيها. ويتطلب تطبيق هذا المطلب الاعتماد على تقنيات وموارد تهيئة القنوات اللازمة لتمكين الأفراد وإيصال ما يمتلكونه من معلومات تتحدث عن الحقائق إلى حيث يجب أن تصل المعلومات للاستفادة منها في تحقيق الجودة.

إن أهمية المعلومات تتبلور في توافر البيانات المهمة للمؤسسة كالمعلومات المالية التي توضح للإدارات العليا الموارد المالية التي تحتاجها المؤسسة في حال تطبيقها لإدارة الجودة وما هي الاستثمارات المطلوبة لتبني هذه الفلسفة وهذا النمط الإداري، لأن توفر المعلومات الضرورية لمختلف العاملين يوسع آفاقهم وتطلعاتهم وفقا للمهام الجديدة التي ألقته إدارة الجودة على عاتقهم. وهذا يؤكد أهمية تبني برنامج إعلامي متكامل لغايات نشر الوعي

<sup>1</sup> البجوي، صبرية، مرجع سابق، ص. 38.

<sup>2</sup> الغزاوي، محمد عبد الوهاب، مرجع سابق، ص. 29.

حول مفهوم الجودة الشاملة وآلية تطبيقها يتضمن تنظيم دورات تدريبية متخصصة، وندوات عامة في مجال الجودة الشاملة، وإعداد كتيبات إرشادية تعريفية وتوزيعها على المعنيين، والإعلان عن المكاسب المتوقعة العاجلة والآجلة عن تطبيق مفهوم الجودة الشاملة.<sup>1</sup>

- **درجة كفاءة العاملين:** ويقصد بها قدرة العاملين على التعامل مع التغيرات العالمية والتزود بالخبرات والمعارف، والتعامل بنجاح مع الآخرين، فالموارد البشري الفعال هو خير ضمان لتطبيق واستمرار نجاح الجودة الشاملة في تقديم الخدمة الصحية. لذلك من الضروري العناية بالعاملين على اختلاف وظائفهم من جميع النواحي حتى يستطيعوا تقديم خدمات ذات جودة عالية.<sup>2</sup>

- **التدريب:** هو الجهد المنظم والمخطط له بهدف تزويد العاملين في المنظمة الصحية بمختلف مستوياتهم الوظيفية وتخصصاتهم بمعارف عن فلسفة الجودة ومفاهيمها ومبادئها ومتطلباتها ومعوقاتها وأدواتها بهدف إكسابهم مهارات وقيم سلوكية تساعدهم على الشعور بأهمية تطبيق إدارة الجودة بشكل سليم يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية. لذا كان من الضروري تنظيم دورات تدريبية للعاملين عن إدارة الجودة وتطبيقها ليساعد على تحقيقها، فالتدريب على مفاهيم الجودة هو الضمان للسعي في الاتجاه الصحيح لتطبيق الجودة الشاملة بالمستوى المطلوب.

- **التركيز على قيادة الجودة:** فاتخاذ القيادة، ومنح الصلاحيات وتحمل المسؤوليات أمر ضروري لإنجاح ارساء الجودة كفلسفة ونمط عمل، فتأثير القائد في سلوك الأفراد والجماعات في المنظمة الصحية قد يؤدي إلى كسب ولائهم ودفعهم نحو إنجاز الأهداف بجودة عالية. فالعنصر البشري هو الأساس في العمل ونجاحه وهذا ما يدعو إلى اختيار هذا الإنسان وفق معايير محددة تأهله بشكل مسبق للنجاح وتحقيق الأهداف.<sup>3</sup>

- **توفير الإمكانيات:** ويقصد بها توفير القوى العاملة، والآلات، والمواد، ورأس المال، والوسائل اللازمة من أجل تهيئة المناخ المناسب لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة الصحية، فنجاح الجودة يتطلب رصد الميزانيات والموارد البشرية المطلوبة التي تساعد في توظيف وتأهيل الخبرات من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية، كما يستلزم تطبيق الجودة إعداد المكان المناسب للتعافي وتوفير كل المستلزمات التي تجعل الخدمة في مستوى الكفاءة المطلوبة.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> الجبوي، صبرية، مرجع سابق، ص. 41.

<sup>2</sup> بدرية بنت صالح الميمان، مرجع سابق، ص. 15.

<sup>3</sup> الغزاوي، محمد عبد الوهاب، مرجع سابق، ص. 31.

<sup>4</sup> بدرية بنت صالح الميمان، مرجع سابق، ص. 19.

### 1.111 الكايزن كأسلوب لتحسين مستوى الخدمات الصحية

تعتبر المقاربات اليابانية للتسيير من بين الأساليب الناجحة لتحسين مستويات الأداء وتطويرها، وقد تبنت العديد من المنظمات عامة والمنظمات الصحية خاصة هذه الأساليب والمقاربات اليابانية لما توفره من نتائج إيجابية سواء على المدى القريب أو المتوسط وخاصة طويل الأجل.

ومن بين هذه المقاربات نذكر أسلوب التحسين المستمر (كايزن) كأحد الآليات المستخدمة لتحسين مستوى الخدمات الصحية، وسنحاول فيما يلي توضيح المفاهيم الأساسية لطريقة الكايزن.

#### 1.111 مفهوم الكايزن

تتطرق خلال هذا المطلب الأول إلى ماهية أسلوب الكايزن كوسيلة لتحسين مستوى الخدمات الصحية من خلال تعريف الأسلوب وتبيين جوانبه ومبدأ عمله.

يعني "الكايزن" إدخال تحسينات تدريجية صغيرة وبسيطة تقلل التكاليف والهدر وتزيد الإنتاجية والوفرة. وهي كلمة يابانية مركبة من جزئين (كاي وتعني التغيير) و(زان وهي تعني الأفضل أو الأحسن) وقد ظهر مفهوم الكايزن للوجود على يد الخبير الياباني "تاهيشي أوهونو"، بهدف قيادة المنظمات الصناعية والمالية، بل ولتطبيقها في كل نواحي الحياة، معتمدة على التحليل والعملية.<sup>1</sup>

في ميدان العمل تشير كلمة "كايزن" إلى النشاطات التي تؤدي باستمرار إلى تحسين جميع أبعاد العمل والتسيير الإداري محسنة النشاطات الموحدة وطرق العمل، غاية "كايزن" هي العمل دون وجود هدر في الوقت، وقد نفذت نظرية "الكايزن" في عدة ميادين في اليابان ومنذ ذلك الحين انتشرت في كل أنحاء العالم وفي مختلف الميادين بما في ذلك ميدان الخدمات الصحية.<sup>2</sup>

ترجم كلمة (كايزن) إجمالاً إلى التحسين المستمر للأفضل، الذي يتم تنفيذ تقنياته أساساً في موقع العمل الفعلي، "جمبا" باليابانية.

<sup>1</sup> Imai,M, Kaizen: The key to Japan's competitive success, 1986, McGraw Hill, USA, p. 29.

<sup>2</sup> Imai,M, IBid, p. 31.

إن "جمبا كايزن" هي مجموعة من الأدوات الإدارية التي تستخدم في موقع العمل الفعلي لتجعل العمليات التي تتم داخل المنظمة منسجمة وأكثر فعالية لنتج في الجمبا (موقع العمل) ارتفاعاً في القدرات الإبداعية للعاملين من خلال مشاركتهم في التغيير والعمل على التقليل من الهدر والتبذير.

الأساس في "كايزن" هو العمل على إزالة الـ "مودا" وهي كلمة يابانية معناها "الهدر"، وتقسم "المودا" إلى عدة أقسام منها:<sup>1</sup>

- مودا التخزين: كثيراً ما تمتلئ المخازن بكميات كبيرة من الأشياء والمعدات التي لا تنتمي إلى النشاط الرئيسي للشركة، فتشغل مساحات كان من الممكن الاستفادة منها بطريقة أفضل، وكثيراً ما تمتلئ بيوتنا بالكثير من الأشياء التي يمكن التخلص منها.
- مودا الأخطاء: تستدعي الأخطاء بذل مزيد من الجهد والوقت لتصحيحها، وكايزن يعمل على إزالة الأخطاء المتكررة، فأبي خطأ يتكرر بشكل مستمر معناه أنه يحتاج إلى كايزن أو تطوير في النظام أو الآلية لتجنب هذا الخطأ.
- مودا الحركة: أثناء العمل، تعتبر كل حركة زائدة يقوم بها العامل للبحث عن أدواته أو جلب أحد الأجهزة، نوعاً من المودا (الهدر)، تجنب هذه الحركات الزائدة بوضع الأشياء في الأماكن المخصصة لها، دون إهمال.
- مودا الانتظار: إذا أجبر عدد من العاملين على الانتظار حتى تصل المواد الخام أو حتى ينتهي عامل آخر من عمله قبل البدء في عمل جديد، وذلك لعدم التنسيق بين المهام وتوقيتاتها، فإن هذا هو أحد أنواع المودا. وتزداد أهمية القضاء على هذا الهدر في المنظمات الصحية فعندما نضيع ساعات في انتظار طبيب فإن هذا يمثل هدر في الوقت وزيادة في المخاطر يجب التفكير في كيفية التخلص منه أو على الأقل تقليله.
- مودا النقل: يمكننا أن نعتبر أغلب عمليات النقل عملاً بلا طائل، فالوقت الذي يستغرقه المستند في الانتقال بين مكاتب الموظفين، أو الوقت الذي تستغرقه المواد الخام في الانتقال إلى أماكن التصنيع، أو الأوقات التي يستغرقها طالب الخدمة حتى يصل إلى مقدمها هي كلها أوقات مهدرة وجهود ضائعة.

<sup>1</sup> DREW John, MCallum Blair, Roggenhoffer Stephan, Objectif Lean.S.L: Edition d'Organisation, Paris, 2004, p. 79.

القضاء على الهدر (المودا) هو أحد أهم وأحسن الوسائل للتقليل من التكاليف وزيادة الإنتاجية، وكل ما علينا فعله حسب نظرية "الكايزن" هو النزول إلى "جмба" مكان العمل الفعلي وموقع الأحداث، وملاحظة أماكن الهدر وإزالة أسبابه.

وبهذا يمكن القول أن الكايزن تعتبر عملية تحسين دائمة تقوم على فكرة التخلص من الهدر في العمليات إذ أن كل عمل ينفذ يمكن تحسينه وكل عملية تتم حالياً لا بد وأنها تحتوي على هدر يجب التخلص منه أو على الأقل تقليله لإنتاج قيمة مضافة للعملية وللعميل المستفيد من نتائجها.

### III. 2. مبادئ وأهداف الكايزن

يقوم أسلوب الكايزن على مجموعة من المبادئ نذكر منها ما يلي:<sup>1</sup>

- الدراسة المسبقة للمؤسسة ودور الخبرات وطرق استغلالها.
  - التزام مختلف العاملين في المنظمة انطلاقاً من الإدارة العليا وصولاً إلى المنفذين بقبول التغيير والشروع في تنفيذه.
  - خلق القدرة على الملاحظة لفرص التطوير
  - روح الفريق وتكثيف الجهود للتخلص من الهدر.
  - التغيير المرحلي
  - التدريب المركز كوسيلة مباشرة لصناعة التغيير والشعور بالملكية الفردية والجماعية للنجاح القادم.
  - الإبداع.
  - التقليل من الأعمال الورقية والتقارير التي ليس لها فائدة.
- أما بالنسبة لأهداف الأسلوب فيمكن القول أن التغيير باستخدام "كايزن" تطبيق يهدف إلى تحقيق عناصر تقنية واجتماعية، فإذا كانت الغاية من التغيير باستخدام "كايزن" هي التخلص من الهدر أو التبذير في العمليات قدر الإمكان مما يؤدي بالتالي لتحسين زمن العمليات وتكلفتها وجودتها فهذا هو الهدف التقني للعملية.
- أما عن الهدف الاجتماعي للكايزن فيتضمن التغيير في ثقافة العاملين بصورة خاصة والمنظمة بصورة عامة من خلال التعلم واعتبار أنشطة التعلم جزءاً أساسياً في فلسفة كايزن حيث يتعلم الفرد كيف يحدد أهدافه ويصل إليها

<sup>1</sup> DREW John, MCallum Blair, Roggenhoffer Stephan, Ibid, pp. 124-127.



بنفسه، وهذا ما سيؤدي في النهاية إلى الانتقال من مفهوم الفرد المتعلم إلى مفهوم المنظمة المتعلمة التي تعمل على ارضاء وتحقيق غاية عملائها.

بالإضافة إلى ذلك، وبالتركيز على المنظمات الصحية فإن الكايزن يهدف إلى:<sup>1</sup>

- كايزن يساعد على خلق بيئة قيادية متفاعلة مع النتائج وترغب في صنع التغيير مهما كلف الأمر من جهد.
- منظمات القطاع العام تفتقد طعم العمل بروح الفريق وبالتالي فإن (كايزن) سيساعد على جعل هذه الروح محببة إلى الجميع.
- معنى التكلفة للإنتاجية والهدر في القطاع الخدماتي وخاصة الصحي غير واضحة للكثير من المنظمات وبالتالي ممكن أن يكون لكايزن دور واضح في صنع هذه الثقافة.
- يعمل الكايزن على التقليل من الحساسيات التي تنتج بين الطبقات العمالية المختلفة (إداريين، أطباء، شبه طبيين، أعوان) وبالتالي يساعد أيضا على تكوين أسس الإبداع في مرحلة متقدمة بعد التخصيص. وحتى يطبق أسلوب الكايزن ويعطي نتائجه الإيجابية يجب التركيز على ما يلي:<sup>2</sup>
- إذا عرض علينا اقتراح جديد لا ننظر إلى من قدمه ولكن ننظر دائما إلى جدوى الاقتراح، ونفكر دائما في كيف ننفذ الاقتراح الجديد الجيد، وليس في لماذا لا ننفذه، فرما يصل اقتراح جيد من موظف صغير سنه أو في خبرته أو في موقعه في المنظمة.
- الطموح دائما في التطوير، ففلسفة الكايزن تنص على أن الرضى عن مستوى العمل الحالي والاكتفاء به يؤدي إلى تدهوره مستقبلا.
- المثابرة والعمل على التطوير دون البحث عن النتائج الناجحة بنسبة 100%، فالعبرة في فلسفة الكايزن بكيفية التخطيط لها، ثم التنفيذ الدقيق، ثم المراقبة والمراجعة والتقييم.
- تصحيح الأخطاء فور وقوعها، حتى لا تستعصي على الحل، فالإنسان أسير العادات، فرما نشأ جيل كامل من الموظفين اعتاد على العمل بآليات ركيكة.
- يجب أن لا يكون تطبيق نظام "كايزن" سببا في زيادة التكاليف وزيادة الإداريات والروتينيات، إذ سر كفاءة "كايزن" في تقليل البيروقراطية والتكاليف.

<sup>1</sup> Imai,M, IBid, p. 83.

<sup>2</sup> DREW John, MCallum Blair, Roggenhoffer Stephan, Ibid, p. 145.

- التخلص من الجمود الفكري بشأن: أننا يجب أن نفعل ذلك، بهذه الطريقة فقط، بل يجب علينا أن نوجد قدرا من الحرية في ممارسة أسلوب العمل، ولكن بما لا يخرج عن الخطة الموضوعية .
- اليقظة، ومحاولة التفتن للفرص واستغلالها وأيضا تجنب المخاطر وتفاديها.

### III. 3 استراتيجيات الكايزن

تقوم استراتيجية الكايزن على الإدارة من موقع الحدث أي موقع العمل الفعلي أو كما يسمى باليابانية (الجمبا) وفي هذا الإطار يقول ماساكي إيماي: "يكتفي كثير من المديرين بالجلوس إلى مكاتبهم ومتابعة الأمور عبر زجاج البرج العاجي الذي يطلقون عليه مكتب المدير العام، إنهم لا يعرفون شيئا عن منتجاتهم وخدماتهم إلا من خلال الأوراق والتقارير، ولا يفكرون في موظفيهم إلا عندما يوقعون كشوف المرتبات !! هؤلاء المديرون لا ينزلون إلى مواقع الإنتاج الفعلية في مصانعهم وشركاتهم. لذا فهم غريباء عن ما يحدث فيها من مشكلات لا يمكن صياغتها على الورق، وعندما تنفصل علاقتهم الحقيقية بموقع الأحداث على هذا النحو تنفصل أيضا علاقتهم الحقيقية بشركتهم وموظفيهم وعملائهم".

وعلى العموم يمكن القول أن إستراتيجية الكايزن يمكن أن تستخدم في كل مجالات الحياة من أصغرها إلى أكبرها، وهي إستراتيجية معاكسة للتجديد، فالتجديد يطبق التغيير الشامل الجذري، أما الكايزن فهو يطبق التغيير المتدرج المستمر باستخدام خطوات صغيرة.

الكايزن يحتاج إلى الخطوة الصغيرة والصبر والمتابعة المستمرة كي نضمن النجاح والتغيير المطلوب على المدى الطويل. وتعتمد استراتيجية الكايزن على ست نقاط أساسية هي:<sup>1</sup>

- طرح أسئلة صغيرة لتبديد الخوف واستلها الإبداع.
  - التدبر في أفكار صغيرة لاكتساب عادات ومهارات جديدة دون بذل جهد كبير.
  - العمل بشكل تدريجي (حتى وإن كان بطيئا) فالأهم هو العمل على ضمان النجاح.
  - حل المشكلات الصغيرة عند مواجهة أزمة طاحنة.
  - العمل على تقديم تحفيزات صغيرة ولكن بصفة دائمة ومستمرة.
  - إدراك الجزئيات الصغيرة والإهتمام بها لأنها قد تكون حاسمة ومؤثرة.
- ولتفيد استراتيجية الكايزن كآلية للتحسين والتغيير في المنظمات الصحية نقدم المقترحات التالية:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> DREW John, MCallum Blair, Roggenhoffer Stephan, Ibid, p. 156.

- يمكن أن يستخدم تطبيقات كايزن في أي مرحلة من مراحل عمر أي منظمة مهما كان نوعها لأنها تقوم على مبدأ أن هناك فرصة للتحسن والتطوير
- يجب بناء فكرة التغيير وفرض قبولها خاصة على مستوى الإدارة العليا للمنظمة الصحية إذ أن معظم المديرين يسعون للعلاج المؤقت للمشاكل أو لتفعيل الحلول السهلة التي تنتج نتائج مبهرة وسريعة ولا يستطيعون رؤية أهمية التركيز على زيادة اعتمادية العملية من خلال القياس والتحسينات الصغيرة المتراكمة.
- لا بد من وجود رؤية واضحة لمكامن الخلل ولعملية التغيير وتفهم ما هو مطلوب لنجاح هذه العملية.
- التحسين المستمر لا بد أن يظل دائما مستمرا.
- لا بد من مشاركة العاملين في كل المستويات في عملية التغيير وخلق الرغبة داخلهم في التغيير للأفضل.
- العمل على تغيير ثقافة المنظمة بترك النقد الهدام أو اختلاق الأعذار ومحاولة البحث دائما عن حلول تمنع تكرار المشاكل.
- البدء بالعمليات التي يمكن التعامل معها بسهولة لتحقيق نتائج سريعة تسهل قبول التغيير وتدعم التطوير.
- يجب التركيز على تحسين ظروف العمل أو أي عوامل يمكن أن تدعم عملية التغيير.
- الصبر على عملية التغيير لأنها عادة ما تستغرق وقتا طويلا نسبيا.

### 4. III مقارنة باستراتيجية (الكايزن) مع إستراتيجية (6 سيجما)

بالرجوع إلى الأبحاث الاقتصادية والتسييرية في مجال التحسين الإداري نجد أن هناك بعض الأساليب التي انتشرت وبشكل واسع، من بينها أسلوب (6 سيجما) وسنحاول فيما يلي أن نوضح الفرق بين هذا الأسلوب وأسلوب الكايزن.

يعد مفهوم، (6 سيجما) أحد أشهر المفاهيم الإدارية في ميدان التحسين الإداري وقد ظهر هذا المفهوم في شركة "موتورولا الأمريكية" في بداية الثمانينات من القرن الماضي وحقق انتشارا واسعا. حيث بدأت كبرى الشركات العالمية بتبنيه وتطبيقه على إجراءاتها الإدارية المختلفة.

ومبدأ فكرة (ستة سيجما) تكمن في أنه إذا كانت المنشأة قادرة على قياس عدد العيوب الموجودة في عملية ما فإنها تستطيع بطريقة علمية أن تزيل تلك العيوب وتقترب من نقطة الخلو من العيوب، أسلوب

<sup>1</sup> DREW John et autres, Ibid, pp. 172-174.

(6سيجما) يحوي منهجية وفلسفة إدارية تقوم على مبدأ حازم يسعى إلى تركيز الجهد للحصول على منتجات وخدمات تقترب إلى حد كبير من أقصى درجات الجودة والإتقان وبأقل تكلفة وفي وقت قياسي. إلا إن هذا الأسلوب الحديث للجودة يعتمد على فهم الصادرات ومدى التزامها في تطبيق منهجيته.<sup>1</sup>

ويعتمد نظام (6 سيجمما) على التحليل المتزايد للبيانات والإحصائيات المجمعة للتعرف على مواطن الخلل والعيوب في الإجراءات أو المنتجات، وذلك للعمل على معالجتها بشكل دائم ومحاولة تقليل نسبة الأخطاء لتصل إلى نسبة صفر كلما أمكن ذلك. ويقوم نظام (6 سيجمما) على معايير أساسية قوامها تعريف الإجراءات ومن ثم قياس مستواها وتحليلها ثم تطويرها والوصول إلى أعلى مراحل ضبط الجودة في الإجراءات والإنتاج.

وبالعودة إلى إسم الأسلوب فـ "سيجمما" هو الحرف الثامن عشر في الابجدية الاغريقية، وقد استخدم الاحصائيون هذا الرمز (S) سيجمما للدلالة على الانحراف المعياري، والانحراف المعياري هو طريقة احصائية ومؤشر لوصف الانحراف أو التباين أو التشتت أو عدم التناسق في عملية معينة بالنسبة للأهداف المنشودة.

وبهذا فسيجمما هي عملية او استراتيجية تمكن المنشآت من التحسين بصورة كبيرة فيما يخص عملياتها الأساسية وهيكلها من خلال تصميم ومراقبة أنشطة الأعمال اليومية بحيث يتم تقليل الفاقد واستهلاك المصادر "الوقت، الطاقة، الذهنية، الطاقة المادية" وفي نفس الوقت تلبية احتياجات العميل وتحقيق القناعة لديه.

أما عن مراحل تطبيق (6سيجمما):<sup>2</sup>

- القياس: يقوم فريق جمع البيانات بقياس الأداء وتحديد العيوب الحاصلة وإعداد البيانات عنها.
- التحليل: يقوم الفريق بتحليل البيانات بما يضمن وجود رقابة وتحليل لكل مرحلة من مراحل العمليات
- التحسين: يتم تنفيذ توصيات الفريق بالتحسين قياسا على ما تم تحليله من بيانات
- الرقابة: يتم إيجاد فريق لمراقبة تنفيذ التحسينات واستمراره.

#### IV. التسيير التقديري للموارد البشرية كآلية لتحسين الخدمات الصحية

إن نجاح أي منظمة واستمرارها بما في ذلك المنظمات المعنية بتقديم الخدمة الصحية يعتمد على عدة عوامل قد يكون أهمها مدى قدرتها على تقدير مختلف التحولات والتطورات المتوقعة، فهذا ما سيسمح لها بالتنبؤ باحتياجاتها المستقبلية، الاستعداد لتوفيرها وتفادي الظروف غير المتوقعة، ويعتبر العنصر البشري من بين أهم

<sup>1</sup> Définition Qualité. Analyse de Kepner-Tregoe.

<http://www.definition-qualite.com/analyse-de-kepner-tregoe.htm>, Consulté le: 16/10/2014.

<sup>2</sup> Définition Qualité. Analyse de Kepner-Tregoe.

<http://www.definition-qualite.com/analyse-de-kepner-tregoe.htm>, Consulté le: 16/10/2014.

الاحتياجات التي يكون على المنظمات الصحية توفيرها، هذا العنصر الأساسي الذي أصبح يعتبر أحد أهم عوامل الإنتاج وأحد التحديات الإستراتيجية التي تمكن المؤسسة من البقاء والاستمرار خاصة اذا كان هذا المورد في حالته العادية مسؤولاً عن تشخيص الحالة المريضة للشخص وعلاجه وأفضلها عن التنبؤ بها ووقاية الأفراد منها.

وحتى تتمكن المنظمات من تحقيق ذلك تستعمل العديد من الطرق والآليات، قد يكون أهمها النماذج التنبؤية والموازنات التقديرية لمختلف المدخلات والمخرجات، وغيرها من عناصر الإنتاج، تهتم النظرية الاقتصادية بتقدير وتوقع تطور المورد البشري، ففي بداية التسعينات ظهر ما يعرف بالإدارة التقديرية للموارد البشرية، هذا النمط التسييري الذي تطور وتعددت أبعاده ومجالات تدخله فأصبحنا اليوم نتكلم عن ما يعرف "بالإدارة التقديرية للمهارات والكفاءات" على أساس أن هذه المهارات وهذه الكفاءات هي العامل الرئيسي الذي يعكس مستوى أداء المنظمة، أي مدى فعالية المنظمة وقدرتها على تحقيق أهدافها بالإضافة إلى درجة كفاءتها وقيمة مخرجاتها إلى مدخلاتها وهذا ما نحن بصدد معالجته في هذه الدراسة.

#### IV. 1. ماهية الإدارة التقديرية للموارد البشرية

تعتبر المردودية وتحقيق النتائج الايجابية من بين أهم الأهداف التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها، ولهذا فهي تعمل على مزج وتنظيم عناصر الإنتاج بما يضمن لها الاستغلال الراشد والأمثل، وقد تكون الإدارة أحد أهم الوظائف التي تمكن من تسيير الموارد وخلق القيمة المضافة، والمقصود بالإدارة هنا ليس فقط الإدارة الآنية واللحظية للعمليات بل يتعدى مفهومها ليمس الإدارة التقديرية والاستراتيجية التي تمثل العامل الرئيسي في تقدير المستقبل وأحداثه مما سيمكن المنظمة من استغلال الفرص وتجنب المخاطر والتهديدات. وبما أن العامل البشري قد أضحي أهم عوامل النجاح وخلق الميزة التنافسية في المؤسسة، وتماشيا مع المطلب الثالث من المبحث الثاني سنعرض خلال هذا المطلب نموذج الإدارة التقديرية للموارد البشرية كوسيلة لتحسين جودة الخدمات الصحية وكوظيفة ضرورية ذات أهمية بالغة تسعى المنظمة من خلالها إلى تحقيق أهدافها وبلوغها.

تعرض المؤسسة اليوم إلى تغيرات عديدة يجب عليها استباقها والتنبؤ بها إذا أرادت أن تستمر أو تنمو في محيطها الذي يحوي العديد من العوامل التي يمكن أن تحول دون تحقيق ذلك. والإدارة التقديرية هي مقارنة ونمط تسييري يحاول أن يجعل من الموارد البشرية عنصر فعال في خدمة المنظمة وإستراتيجيتها، من خلال الاستباق والتقدير لما

يمكن أن يطرأ في المحيط من تغيرات وما تحتاجه المنظمة وهيكلها من موارد لمواجهة هذه التغيرات، تجنب تهديدها أو استغلال فرصها.

تعطي الإدارة التقديرية للموارد البشرية التقنيات والممارسات الكمية والنوعية لتكيف الموارد البشرية مع التطورات الداخلية والخارجية، على العموم، يمكن القول انه للإدارة التقديرية للموارد البشرية فلسفة واحدة يمكن وصفها بتقديم نموذج مرجعي، (النموذج الواحد)، ويعرف Watzlawik النموذج الواحد على انه نموذج تفكيري، يحلل ويقارب الظواهر بطريقة نظامية ويأبى وجهه نظر واحدة.<sup>1</sup>

كما يعرفه البعض الأخر على أنها عملية استباقية تهدف إلى تطوير المنظمة والفاعلين فيها، بطريقة تخلق انسجاماً وتكافؤاً ما بين الاحتياجات الهيكلية المستقبلية للمنظمة ومواردها البشرية.<sup>2</sup> وتهدف الإدارة التقديرية للموارد البشرية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف، يمكن أن نذكر منها:

- إعطاء أفاق للنشاطات: النشاط والفعل اليومي عادة ما يهدف إلى حل مشكل مستعجل، تسيير اليوميات ومعالجة المشاكل الطارئة، ونعلم علم اليقين كثرة الحالات الاستعجالية والطارئة في المستشفيات بصورة خاصة والمنظمات الصحية بصورة عامة، هذا بالإضافة إلى مختلف العمليات اليومية الاعتيادية والاستثنائية التي يكون على المنظمة القيام بها. كل هذه النظرة الآنية، يمكن للإدارة التقديرية أن تجعلها أكثر شمولية وأن تعطيها معنا إضافي على المدى المتوسط.

فالأمر هنا لا يتعلق بالأدوات بقدر ما هو فلسفة وإعادة توجيه النشاطات نحو مستقبل تمت دراسته وتعريفه إلى حد بعيد.

- إقحام الموارد البشرية في إستراتيجية الهيكلية: فيما يتعلق بالهيكلية، فإنه عادة ما نعتقد أن الأمر يتعلق بتوزيع الموارد دون الأخذ بعين الاعتبار لعامل تعريف الأهداف ووضعها بطريقة نظامية (خاصة على المدى المتوسط)، الإدارة التقديرية تعتبر الموارد البشرية عنصر مدمج في الإستراتيجية والأهداف المسطرة، فالحصول على أطباء وجراحين مختصين وطاقم شبه طبي كفاء وعلى قدر من الدراية في ميدان عمله يعتبر هدف للمنظمة في حد ذاته.

<sup>1</sup> Direction générale de l'administration et de la fonction publique, La gestion prévisionnelle des ressources humaines dans les services de l'État, Guide méthodologique, France, 2005, P. 08.

<sup>2</sup> UNIFAF, Gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications, ensemble anticiper et se préparer à l'avenir, guide méthodologique, 2008, P.04.

- **الاستعداد للتغيير:** لا يمكن لأي كان أن يجزم بمعرفته المطلقة لمستقبل هيكله، والإدارة التقديرية للموارد البشرية لا تدعي ذلك، بل هي محاكاة مبنية على أسس علمية وعملية للمستقبل، الهدف منها هو الاستعداد لمختلف التغيرات والتذبذبات المحتملة، فالإدارة التقديرية للموارد البشرية ليست ادعاء بمعرفة المستقبل بل هي استعداد لما يتوقع حدوثه، وفي مجال دراستنا نتكلم عن التوزيع الديموغرافي للسكان وأجناسهم وفتاتهم العمرية وحالتهم الاقتصادية وغيرها من المعلومات. التي تمكننا من توقع الأوبئة والحالات المرضية التي يمكن أن بتسع انتشارها حتى تتمكن من إعداد متطلبات الفترة المستقبلية ومواجهة حيثياتها بنوع من الأريحية.

- **تجنب تسيير حالة أزمة:** وهنا نتكلم دوما عن الاستباق، الذي يولد التجنب، تجنب الوقوع في حالة أزمة غير متوقعة تضيق من مجال المناورة (المالية، التنظيمية، الزمنية وخاصة التقنية).

## IV. 2 أبعاد الإدارة التقديرية

رغم عدم اليقين وصعوبة التحكم أو التنبؤ الدقيق والأكيد بما هو قادم، يبقى التحكم في المحيط والمستقبل من أهم أهداف الإجراءات التسييرية للمنظمة، وقد تمثل مراقبة التسيير احد السبل الممكنة لبلوغ هذا الهدف، باعتبارها على مجموعة من الأدوات المتطورة للإدارة التقديرية، والتي تشمل هي الأخرى بعدين أساسيين هما:<sup>1</sup>

- بعد أفقي أو زمني: ويتمثل في أفق زمني ينطلق من المدى القصير أي الموازات ليصل إلى المدى المتوسط والمقصود هنا هو التخطيط ومن ثم الطويل كبناء الاستراتيجية والاستشراف.

- بعد عمودي: يتعلق بإجمالي نشاطات المنظمة، ويسعى لأن تكون منظمة ومتناسقة مع بعضها. ومن أهم أبعاد الإدارة التقديرية ما يلي نجد:

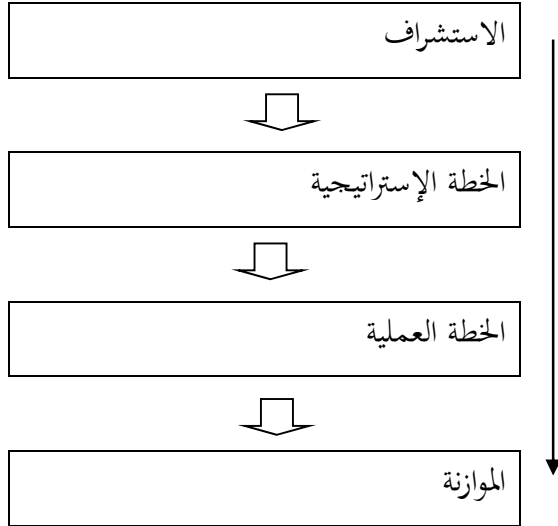
- **الأفق:** يمكن أن تكون الحلول التي تقدمها الإدارة التقديرية كبديل لمواجهة التعقيد وعدم اليقين حلولاً غير كاملة، كونها تتعلق بظروف مستقبلية لم تحدث بعد، غير أن الأكد هو أن التوصل وبناء هذه الحلول يتم بإتباع خطوات علمية، دقيقة ومنهجية للغاية ما قد يضفي عليها صفة الروتينية

<sup>1</sup> F. Gautier, A. Pazet, Contrôle de gestion, Dareios et pearson éducation, P. 43.  
www.gestionappliqué.com, Consulter le: 13/ 05/ 2014.

والاستقرارية التنظيمية في طريقة التوصل إليها، إذ تتم صياغة الحلول والأجوبة التقديرية بإتباع مجموعة من الإجراءات التي تربط بين مستويات عدة تنطلق من المدى الطويل وصولاً إلى المدى القصير.

ويوضح الشكل التالي أدوات الإدارة التقديرية:

#### الشكل رقم 04: أدوات الإدارة التقديرية



Source : F. Gautier, A. Pazet, Contrôle de gestion, Dareios et Pearson éducation, P.44 .

يمثل الشكل رقم (04) المخطط النظري لأبعاد وأدوات الإدارة التقديرية، حيث تعتمد هذه الأخيرة على ترابط وتكامل مجموعة من العمليات المتفاوتة المجال الزمني، إذ نجد:<sup>1</sup>

أ. عمليات استشرافية على مدى طويل (20 سنة مثلاً).

ب. عمليات تخطيط استراتيجي، عادة من 03 إلى 05 سنوات.

ج. خطة عملية على أفق متطابق مع الخطة الإستراتيجية.

د. موازنة عادة ما تغطي الخطة السنوية.

هـ. عمليات يقظة إستراتيجية، تكنولوجية تنافسية، أو مجتمعية مكاملة وداعمة للإجراءات السابقة الذكر.

<sup>1</sup> F. Gautier, A. Pazet, I bid, P. 47.  
www.gestionappliqué.com, Consulter le: 13/ 05/ 2014.



- **اليقظة والتخطيط الاستراتيجي:** على الرغم من الدور الذي تؤديه كل من اليقظة والاستشراف في تقديم الحلول وتغطية الفترات الزمنية طويلة المدى، ورغم أهمية اليقظة كأداة استراتيجية تمكن من تجنب العديد من بؤر التوتر عندما يتعلق الأمر بالقطاع الصحي إلا أنهما لا يعرفان نفس الانتشار الذي يحضاهما من كل من التخطيط والموازنة في المؤسسات والمنظمات الصحية، فالاستشراف واليقظة ميدانين يستهلكان الكثير من الوقت والموارد، هذا ما قد يجعل نطاق استغلالهما ضيقاً من طرف المنظمات التي حتى وإن لجأت لهما، فإن ذلك سيكون في أغلب الأحيان إجراء تكميلياً للإجراءات التقليدية لمراقبة التسيير، إذ يقدم كل من اليقظة والاستشراف رؤية موسعة وأكثر امتداداً من تلك التي قد تقدمها أدوات الرقابة واسعة الانتشار سواء في الزمن وذلك من خلال تغطية فترات طويلة المدى، اقتراح سيناريوهات مختلفة واحتمالات متعددة، أو في الموقع من خلال مناطق يقظة وانتباه عادة ما تتعدى حدود المؤسسة وحتى حدود محيطها الصحي، الإنساني والاجتماعي لتشمل المحيط الاقتصادي: القانوني، الجغرافي أو الاستراتيجي.<sup>1</sup>

- **الخطة الاستراتيجية:** الخطة الاستراتيجية هي: "إجراء دراسي وتحليلي لأفق زمني متعدد السنوات (عادة 03 أو 05 سنوات)، يسمح بتوثيق الاستراتيجية المحددة للمؤسسة والمقررة من طرف إدارتها العليا (الوصاية)". ومن الناحية العملية يمكن تعريف الخطة الاستراتيجية على أنها مجموعة من الأبعاد المتكاملة، والجدول التالي يوضح ذلك:

<sup>1</sup> La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, RH organisation, 2004, P. 07.  
www.RH-organisation.fr, Consulter le : 17/ 06/ 2014

## الجدول رقم 01: أبعاد الخطة الاستراتيجية

الشرح	البعد
يحاول إضاءة وكشف المستقبل، بهدف توضيح الممارسات التسييرية وتعديل القرارات الواجب اتخاذها، وإذا كانت الخطة متعددة السنوات فإن النشاط سنوي ولهذا فكل سنة يعاد توجيه الكاشف للثلاث أو الخمس سنوات اللاحقة. <sup>1</sup>	كاشف إنارة
بين الإدارة العليا والعمليين حول القرارات والأفعال الإستراتيجية الواجب قيادتها والقيام بها، ويكون هذا الحوار حوارا صاعد (عندما تحدد الإدارة العليا الإطار العام للعمليات) ونازلا (عندما يكون العاملون في صدد الإدلاء باقتراحاتهم أو تقديم آرائهم). <sup>2</sup>	لحظة تحاور
يهدف إلى تحديد الموارد المتواجدة أو المراد توفرها والحاجات المستقبلية التي يتم تحديدها بناء على العمليات والأفعال الإستراتيجية. <sup>3</sup>	عملية ونشاط جماعي
يتم ضمنها برمجة العمليات الإستراتيجية في إطار مستقبلي، كمي ومفصل.	وثيقة نهائية
خطوة مهمة، تقع بين التخطيط والموازنة، غير أنه عادة ما يتم إهمالها، عادة ما تسمح الخطة العملية بتركيز جهود المؤسسة على نشاطات وعمليات مستهدف تتسم بأنها ذات أولوية.	خطة عملية

المصدر:

**Direction générale de l'administration et de la fonction publique, La gestion prévisionnelle des ressources humaines dans les services de l'État, Guide méthodologique, France, 2005, P. 13.**

**UNIFAF, Gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications, ensemble anticiper et se préparer à l'avenir, guide méthodologique, 2008, P.10.**

<sup>1</sup> Direction générale de l'administration et de la fonction publique, I bid, P. 13.

<sup>2</sup> UNIFAF, I bid, P. 10.

<sup>3</sup> I bid P. 14.

يوضح الجدول رقم (01) أهم الأبعاد التي من شأنها أن تمكن المنظمة من وضع خطة إستراتيجية ناجحة وفعالة في إطار الإدارة التقديرية للمهارات والكفاءات.

### 3. IV مراحل الإدارة التقديرية للموارد البشرية

في سعيها إلى تنظيم مواردها وتسييرها تستعمل المنظمة مجموعة من المقاربات منها الإدارة التقديرية للموارد البشرية كوسيلة للتنبؤ بالاحتياجات والتطورات المستقبلية لهذا المورد الفعال، ويتم ذلك من خلال مجموعة من العمليات التي تستعملها المنظمة في بناء وتفعيل هذا النمط التسييري الاستراتيجي.

- **عملية تخطيط الموارد البشرية:** إن أي منظمة تحتاج إلى موارد بشرية تؤدي من خلالها نشاطات الاستغالية أما بالنسبة للمنشأة والكيان المسؤول عن تقديم الخدمة الصحية فإن الطاقم البشري الكفاء والمتخصص يعتبر أولوية الأساسيات، ومن هنا وجب على المؤسسة الصحية العمل على التخطيط من اجل تحديد والحصول على هذه العمالة وفقا لحاجاتها كما ونوعا. فعملية التخطيط تسعى إلى التنبؤ باحتياجات المنظمة من تلك الموارد وكيفية الحصول عليها.

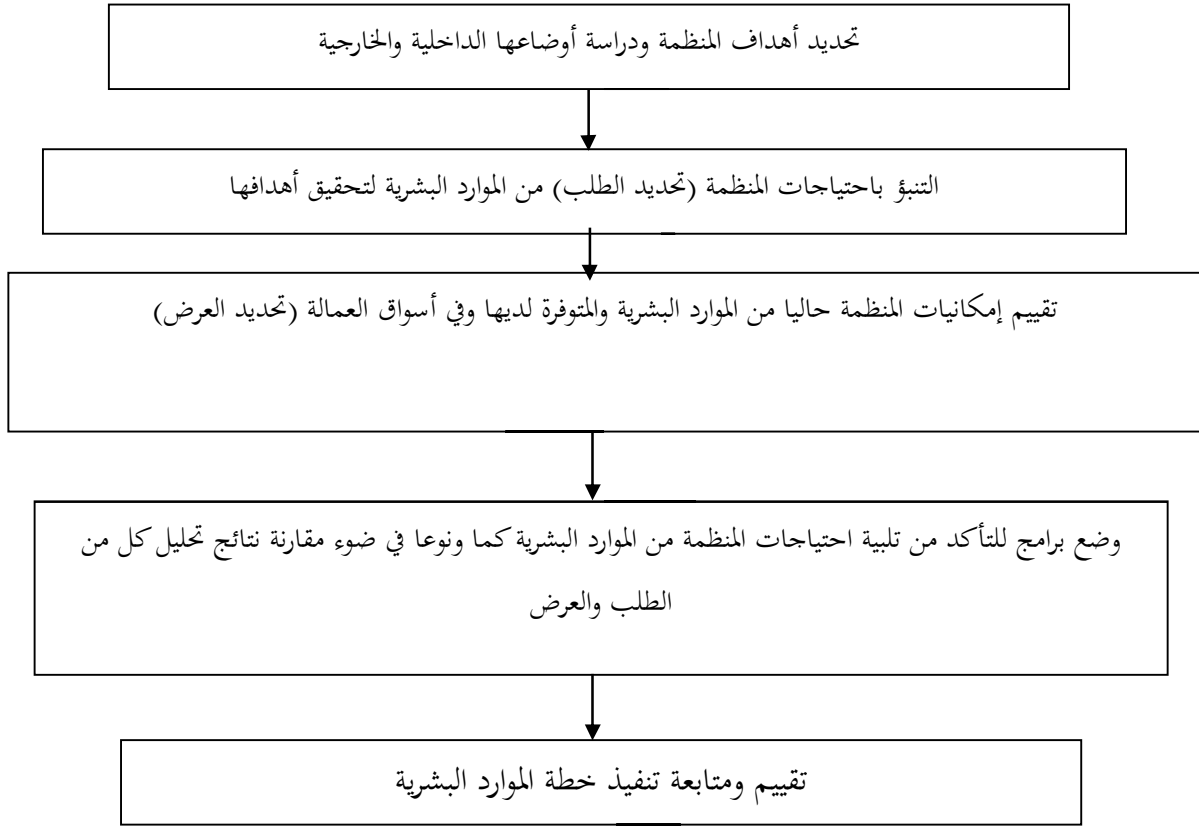
ويعرف تخطيط الموارد البشرية على أنه: "محاولة لتحديد احتياجات المنظمة من العاملين خلال فترة زمنية معينة وهي الفترة التي يغطيها التخطيط وتكون سنة في اغلب الأحيان".<sup>1</sup>

ويعتبر تخطيط الموارد البشرية برجة الرؤية الاستراتيجية للمنظمة والعمل على تنفيذ هذه الرؤية، وذلك بتزويد الإدارة بالمعلومات اللازمة من اجل تحقيق ذلك".<sup>2</sup>

ويمكن توضيح عملية تخطيط الموارد البشرية من خلال الشكل التالي:

<sup>1</sup> احمد ماهر، مرجع سابق، ص. 90.  
<sup>2</sup> زيد منير عوي، ادارة الموارد البشرية، دار كنوز المعرفة للنشر، عمان، 2007، ص. 19.

الشكل رقم 05: مراحل وخطوات عملية تخطيط الموارد البشرية على مستوى المنظمة



المصدر: عبد الباري إبراهيم درة، زهير نعيم الصباغ، الإدارة الحديثة، الطبعة الأولى، المركز العربي للخدمات الطلابية، عمان، الأردن، 2002، ص. 168.

يبين لنا الشكل رقم (04) أهم الخطوات التي تتبعها المنظمة عند قيامها بعملية تخطيط الموارد البشرية، حيث تهدف من وراء ذلك الحصول على حاجاتها من الموارد البشرية التي قد تحتاجها في المستقبل من أجل تنفيذ نشاطاتها وبلوغ أهدافها.

وحتى تتنبأ المنظمة الصحية تتوفر لها مجموعة من الطرق منها ما هو تقديري يقوم على أساس الحكم الشخصي للإدارة أو بانتهاج بعض النماذج "نموذج دالفي مثلاً" أو رياضي يعتمد على الأسس الرياضية والطرق الاحصائية المختلفة.<sup>1</sup>

- تحليل الوظائف: تعتبر الخطوة الأولى والأساسية في إجراءات الإدارة التقديرية للوظائف والكفاءات، تسمح بالمعرفة الدقيقة للمناصب المتواجدة بالمنظمة. إن تحليل الوظائف هو أداة تسمح بوصف النشاطات الأساسية وكذا الهدف من كل وظيفة موجودة بالمنظمة، عادة ما تضم هذه الخطوة

<sup>1</sup> راوية محمد حسن، مرجع سابق، ص. 84.

النقاط التالية: اسم الوظيفة وموضوعها، الهدف منها، الروابط الهرمية والتسلسلية المتعلقة بها (الاقسام والإدارات)، العلاقات الداخلية أو الخارجية، النشاطات الأساسية. ويتعلق هذا التوصيف والتحليل بالظروف الوظيفية الآنية للمنظمة مع تقدم نظرة مستقبلية تقديرية على المدى المتوسط لتطور هذه الوظائف ومتطلباتها.

وتعرف هذه العملية على أنها: "وسيلة لجمع المعلومات عن الوظائف لتحديد القدرات والمهارات والمعارف المطلوبة التي على شاغل الوظيفة أن يتقنها للقيام بالأداء الوظيفي".<sup>1</sup> وتعتبر عملية تحليل الوظائف عملية ذات أهمية كبيرة حيث تمكن المنظمة من جمع كافة المعلومات والحقائق المرتبطة بإدارتها والتي على ضوئها تتمكن إدارة الموارد البشرية القيام بجميع الأنشطة المرتبطة بأدائها. وبغرض إنجاز هذا التحليل، يمكن اللجوء إلى عدة طرق نذكر منها: المقابلات، الجرد الكتابي للنشاطات، تحليل يوميات العمل، التحليل الوثائقي، الملاحظة المباشرة، وبعد توصيف النشاطات وتبعاً للمعايير المعتمدة في كل طريقة أو حيثيات وظروف كل منظمة يتم تشكيل الوظائف توصيفها وتحليلها ومن ثم التنبؤ بالتطورات الممكنة لها.

- **توصيف الوظائف وتحديد معالم المنصب:** يقصد بتوصيف الوظائف "إعداد وصف تحليلي لكل

ما تحتاجه الوظيفة من واجبات ومسؤوليات، أساليب عمل ومعدات الأداء".<sup>2</sup>

وتعتبر عملية توصيف الوظائف عملية مهمة وأساسية في المنظمة، فهي تساعدها على إدارة الموارد البشرية وذلك بتحديد واجبات ومسؤوليات الوظائف، وتمثل أهداف هذه العملية في:<sup>3</sup> اختيار الفرد الملائم للوظيفة، وضع برامج سليمة للتدريب، رسم سياسة عادلة للأجور، تحديد واجبات ومسؤوليات الموظف، وإمداد الإدارة بوسيلة تساعد على الاستخدام الفعال للموارد البشرية والحصول على الموظفين ذوي المؤهلات البشرية المطلوبة.

وعادة ما يتم القيام بعملية التوصيف عند إنشاء الوظيفة، أو عند تغير الواجبات والمسؤوليات بسبب إعادة التنظيم أو تغيير نوع الواجبات الموكلة للموظف وهذا ما ينطبق على اصلاح المنظمة الصحية ومحاوله تحسين أدائها.

<sup>1</sup> بيسيوني محمد البرادعي، مهارات تخطيط الموارد البشرية (دليل عملي)، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 2005، ص 59.  
<sup>2</sup> كامل بربر، إدارة الموارد البشرية وكفاءة الأداء التنظيمي، الطبعة الثانية، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2000، ص 53.  
<sup>3</sup> المرجع نفسه، ص 56\_57.

إن عملية التوصيف تأتي كنتائج لعملية التحليل الوظيفي، حيث يتم وضع وصف شامل للوظيفة في شكل تعريف تفصيلي مكتوب، تحديد هدفها، طبيعتها، مهام وظروف العمل ومواصفات شاغل الوظيفة.

- **تصميم الوظائف:** يقصد بعملية تصميم الوظيفة "تحديد طريقة أداء العمل ونوع الأنشطة والمهام التي ستؤدي وحجم المسؤوليات والأدوات المستخدمة في الأداء وطبيعة العلاقات الموجودة في الوظيفة والشكل والظروف المحيطة بالوظيفة"<sup>1</sup>.

كما تضم هذه العملية جميع الأنشطة والفعاليات التي يتم في إطارها تحديد الأهداف والخصائص والواجبات العامة للوظائف التي يشغلها الهيكل التنظيمي لمنظمة ما.

- **تصنيف الوظائف:** هو بناء منهجي يتم من خلاله تشكيل مناصب العمل المتواجدة بالمنظمة الصحية في عدد من المجموعات، بحيث يكون لمناصب المجموعة الواحدة تماثل أو تقارب كبير في محتوى النشاطات والكفاءات اللازمة لأداء الوظيفة المنوطة بهذه المناصب (مجموعة الإداريين، مجموعة الجراحين، مجموعة الأطباء، مجموعة الشبه طبيين ومجموعة الأعوان)، كما يمكن أن نجد عدة مجموعات فرعية داخل المجموعة الواحدة، ويسمح هذا التشكيل بدراسة وتحليل مناصب المجموعة الواحدة بصورة مشتركة وإجمالية.

يفترض بالوظائف المندرجة تحت نفس الصنف أن تتضمن ظروف وشروط عمل متقاربة، حتى انه يمكن لشخص واحد أن يقوم بأداء وشغل جميع مناصب المجموعة والواحدة.

ويكون الهدف من مثل هذا التصنيف هو تقديم مقارنة استشرافية جماعية لتسيير الوظائف وتطورها وتطور المتطلبات المتعلقة بأدائها ويمكن التوصل إلى وضع تصنيف مجدي للمناصب ووظائف العمل بمنظمة ما من خلال دراسة<sup>2</sup>: التقنية، المعلومة، الاتصال والمساهمة في المردودية.

إن الموارد البشرية هي أحد العوامل الأساسية لنجاح أي منظمة بغض النظر عن نشاط استغلالها بما في ذلك منظمات القطاع الصحي، إذ تعتبر هذه الموارد هي المسؤولة عن تقديم الخدمة مهما كان مستواها، هذا من جهة ومن جهة أخرى فهي المسؤولة أيضا عن إدارة هذه الخدمة وتحديد الطريقة والآلية التي ستؤدي إلى انتاجها بالإضافة إلى استغلالها للمدخلات المادية والمالية للمنظمة ومحاولة ترشيد استعمالها بما يؤدي إلى تعظيم المنفعة من الخدمة الصحية المقدمة.

<sup>1</sup> أحمد ماهر، إدارة الموارد البشرية، مرجع سابق، ص. 70.

<sup>2</sup> Gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications, ensemble anticiper et se préparer à l'avenir, guide méthodologique, UNIFAF, 2008, P.24.

## خاتمة الفصل الثاني

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل الثاني أن نتناول بعض أساليب تقييم الخدمات الصحية وقد ركزنا على أسلوب التحليل التطويقي للبيانات أو كما تسميه بعض الأدبيات العلمية التحليل المغلف للبيانات DEA، والذي يعتبر وسيلة جد فعالة لتحليل البيانات وإعطاء صورة واضحة عن مدى كفاءة أداء المنظمات ذات الطابع غير الربحي وحتى الربحي بعد توسيع مفهوم الأسلوب، ثم ارتأينا الإشارة إلى دور المورد البشري في تقديم الخدمة الصحية وضرورة منحه أهمية أكبر فيما يتعلق بتقييم الأداء وهنا استعرضنا لوحة قيادة الموارد البشرية أو كما تعرف اللوحة الاجتماعية وبطاقة الأداء المتوازن (BSC) كأدوات لتقييم مردود المورد البشري باعتباره العامل الأساسي في الرقي بالمنظمة الصحية ومستوى الخدمة التي تقدمها.

وتناولنا بعض نماذج تحسين مستويات الخدمة الصحية فقمنا بشرح نموذج إدارة الجودة الشاملة كأحد المناهج التي يؤدي التطبيق السليم لها إلى تحسين السبل وبالتالي تحسين النتائج، ثم تطرقنا إلى النظرة اليابانية في تحسين الأداء (كايزن) أو نظرية التحسين المستمر باعتبارها أحد الآليات التي يمكن اعتمادها على مستوى المنظمات الصحية، وأخيرا وفي إطار التركيز على العامل البشري تطرقنا إلى الإدارة التقديرية للموارد البشرية كأحد الأساليب الحديثة المعتمدة على كفاءة وفعالية المورد البشري كعنصر أساسي قادر على خلق القيمة المضافة الفعالة والدائمة.

## الفصل الثالث

تشخيص واقع الخدمات بالمنظومة الصحية

الجزائرية



## مقدمة

إن التطور العلمي السريع في كافة فروع الطب والعلوم الصحية والتخصصات الدقيقة أدى إلى تغير جوهرى في مفهوم الصحة والعلاج وأصبحت تكلفة الخدمات من أبرز القضايا الصحية التي تتطلب تدخلا حاسما من قبل الجهات المسؤولة، وباعتبار أن السياسة الصحية الوطنية هي تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحديد الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغ الأهداف فلا بد أن تكون مناسبة لاحتياجات الاجتماعية والأحوال الاقتصادية للجزائر، وأن تكون أيضا جزءا من السياسة العامة للتنمية الوطنية.

في هذا الفصل سنحاول تشخيص واقع الخدمات الصحية بالمنظومة الصحية الجزائرية ومعرفة مختلف نقاط القوة والضعف وكيف تسعى الدولة الى زيادة الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع والاهتمام بالخدمات الصحية، وتحول التركيز عند تقديم الخدمة الصحية من الكم إلى الكيف مع السعي الجاد لتحسين جودة الخدمات المقدمة في مختلف المؤسسات الصحية ومن هنا ظهرت الحاجة الملحة إلى ضرورة تقويم أداء لها عن طريق استخدام مجموعة من المؤشرات العالمية والتي على ضوءها يتم الحكم على مدى نجاحها أو فشلها في تقديم خدماتها.

حيث قسمنا هذا الفصل الذي جاء بعنوان " تشخيص واقع الخدمات بالمنظومة الصحية في الجزائر "

الى ثلاثة مباحث:

- المبحث الاول وقد حاولنا التطرق لماهية المنظومة الصحية الجزائرية وذلك بتعريفها والتطور التاريخي لها ومختلف الهياكل الصحية المتواجدة بها؛
- اما فيما يخص المبحث الثاني فقد تناولنا مختلف المؤشرات الصحية العالمية وكانت الدراسة مقارنة بين دول المغرب الثلاث: تونس الجزائر والمغرب، ومختلف العراقيل والحلول التي تواجه المنظومة الصحية؛
- المبحث اخير في هذا الفصل تناولنا مختلف السياسات الصحية التي حاولت الجزائر انتهاجها من اجل تحسين واصلاح هذه المنظومة.

## المبحث الاول: المنظومة الصحية في الجزائر

قبل التطرق للمنظومة الصحية في الجزائر وتطورها ومختلف العناصر المكونة لها يجب ان نقف اولا على مفهوم المنظومة الصحية.

### 1. مفهوم المنظومة الصحية ومكوناتها

#### 1.1. تعريف المنظومة الصحية

يتم تعريف المنظومة الصحية بالاعتماد على النظرة التحليلية التي تعتبر المنظومة على انها نموذج يسمح بتحليل مجموعة عناصر مستقلة ليس لها معنى إلا في مجملها، هناك عدة تعاريف للمنظومة الصحية نذكر اهمها:

المنظومة الصحية عبارة عن مجموع العناصر المتناسقة والمهيكلية بهدف الوقاية، الترقية الصحية وتوزيع العلاج على جميع أفراد المجتمع .يمكن القول أنها منظومة معقدة تسهم في الحماية، الإطعام وتحسين الوضع الصحي للأفراد مما يسمح لهم بالعمل، التفاعل، الاتصال...<sup>1</sup>

يعرف "J.F NYS" المنظومة الصحية على أنها: " مجموع نشاطات مرتبطة فيما بينها، لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية و الاجتماعية الأخرى، التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين و التي تنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلتا تجانس واستقرار زمني " <sup>2</sup>

كذلك، هي عبارة عن أسلوب عمل وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما ، بتوفير أساليب عمل وطرق وإجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات والمناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé; OCDE- Europe de l'est- Maghreb, Bahaeddine éditions, Constantine, Algérie, 2010. p73.

<sup>2</sup> J.F . NYS , la Santé Consommation ou Investissement , Edition ECONOMICA , Paris 1981 , p18 .

<sup>3</sup> صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمرکز الصحية الحديثة: منظور شامل، دار الفكر، عمان، 2009، ص52.

وعرفت المنظمة العالمية للصحة على أنها: مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية، والنشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الأساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية أو في إطار متعدد القطاعات".<sup>1</sup>

مما سبق يتضح لنا إن الفهم الجيد للمنظومة الصحية وأهدافها، يتطلب منا معرفة مختلف النشاطات التي تحتويها حيث بتحديد هدف كل نشاط ثم بتنسيق هذه الأهداف نصل إلى الهدف الرئيسي للمنظومة الصحية.

## 2.1. مكونات المنظومة الصحية

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

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

**2.2.1. الموارد المالية:** تتنوع مصادر التمويل الصحي، فالسلطات العمومية تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول كمكافحة الأمراض المعدية، مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة والإشراف على برامج رعاية الأمومة والطفولة وبرامج التطعيم، إلا أن زيادة التكاليف والطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون الزيادة في الإنفاق الحكومي عليها دفع

<sup>1</sup> OMS : rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système de santé plus performant, Genève 2000. p8.

يبعض الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها ومستوى تطورها، نذكر أهمها: التمويل عن طريق اشتراكات التأمين الاجتماعي، التمويل عن طريق الضرائب، التمويل من خلال التأمين الخاص،

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

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

**5.2.1. المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية:** هم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية والرعاية الصحية، ورغم أنه من الصعب تليتها بشكل كامل إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها، فبقدر تعدد حاجات المرضى ومتطلباتهم تتعدد وتنوع المستويات الخاصة بالخدمات.

**6.2.1. البحوث وتراكم المعارف:** تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية والاختراعات بهدف تحسين العلاج ومكافحة الأمراض، كما تساهم في تخفيض التكاليف الصحية من خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض واعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولة مثل: إبر الأنسولين..<sup>1</sup>

## II. التطور التاريخي للمنظومة الصحية في الجزائر

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، وقد عرف القطاع الصحي انهماك في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000

<sup>1</sup> Brahim Brahamia, opcit, p 66

ساكن متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير<sup>1</sup>.

## 1. II مرحلة ما قبل الاستقلال

كانت وضعية الصحة العمومية في الجزائر قبل الاستقلال مزرية جدا، حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان وظروف المعيشية السيئة المخصصة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر ما أدى إلى أوضاع كارثية انتشرت فيها مختلف الأمراض البوائية والمعدية مثل: الملاريا، السل، الكوليرا، التيفوئيد، والإسهال، أما نسبة الوفيات عند الأطفال فكانت من أعلى النسب في العالم، حيث لم يتمكن سوى القلة القليلة من المواطنين في الحصول على العلاج العام أو حتى الخاص، إذ كان الأطباء والمستشفيات متمركزة المدن أين الكثافة الاستعمارية أما المناطق الريفية ذات الأغلبية الجزائرية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لأنها تفتقر لأدنى المراكز الصحية.<sup>2</sup>

غداة الاستقلال كان وجوبا على الحكومة الفتية أن تعمل على تغيير هذا الوضع، فكان عليها تحديد الأولويات ومعرفة التحديات والرهانات، عن طريق وضع سياسة وطنية صحية تهدف من خلالها إلى القضاء على الأمراض والأوبئة، ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية والإدارية.

وعليه يمكن تقسيم هذه الفترة إلى عدة مراحل أساسية، نبين من خلالها مدى حرص الحكومة الجزائرية على تطوير المنظومة الصحية وجعلها تتماشى واحتياجات السكان إلى الرعاية الصحية، وهذا من خلال وضع سياسات وطنية بمجموعة من البرامج، والأهداف القصيرة المدى والمتوسطة والطويلة المدى، مع توفير الإمكانيات والوسائل المتاحة في تلك الفترة.

## 2. II المرحلة من سنة 1962 إلى سنة 1965

<sup>1</sup> حوالم رحيمة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه ، جامعة أبو بكر بالقائد تلمسان، 2009-2010.ص 133.  
<sup>2</sup> نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009، ص. 132.

ورثت الجزائر سنة 1962م وضعية صحية لا يرثي لها نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة ونقص التأطير خاصة في الميدان الطبي، بالإضافة إلى نقص التغطية الصحية ما أدى إلى خلق فوارق اجتماعية وجهوية كبيرة. بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية والبشرية، هناك المعوقات القانونية، بحيث أن إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة ومستقلة بذاتها لم يكن إلا في سنة 1965، بعدما كانت مندمجة ضمن وزارات أخرى.

وقبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة. أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1969 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962 إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها. وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنايات والهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.

ولهذا يمكن القول أن السياسة الصحية للجزائر بعد الاستقلال ارتكزت على شطرين أساسيين هما: من جانب العمل على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال من خلال تعميم العلاج الوقائي، كالتلقيح ونظافة المحيط وحماية الأمومة والطفولة والنظافة المدرسية وطب العمل، ومن جانب آخر بناء الهياكل الصحية وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية والإدارية والحصول على التجهيزات وتوفير التمويل الصحي والطبي.

### 3. II المرحلة من سنة 1965 إلى سنة 1979

تميزت هذه المرحلة بجانبين أساسيين هما محاولة إرساء العلاج الأولي والمجاني من خلال وتوفير ومضاعفة قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو وكل حي.<sup>1</sup>

فتميم خدمات الوقاية والعلاج الأولي من جانب عن طريق زيادة الهياكل القاعدية يهدف من جهة إلى حماية المجتمع الجزائري الشاب (حوالي ثلاثة أرباع المجتمع أقل من 30 سنة) وكذلك محاولة توفير تغطية صحية عادلة، فالملاحظ هو عدم وجود إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، إذ نجد تركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض.

ومن جانب آخر كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد، وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، ومنذ 1975 شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وهي كما يلي:

-المشكلات الصحية: كمكافحة الأمراض المتنقلة، مثل الملاريا، السل، الرمد، الأمراض المعدية... الخ

-مكافحة الأمراض الغير متنقلة: كأمرض القلب، الأمراض العقلية... الخ

-المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.

-المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها، في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي

تقود إلى التطور.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 65-73، المؤرخ بتاريخ 28 / 12 / 1973، الصادر بتاريخ 01 / 01 / 1974 المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحية، ص. 2.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة بـ 60 % من مجموع النفقات و 30 % من طرف الضمان الاجتماعي ، والباقية 10 % من طرف السكان أو الأسر ، بحث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها ، وتضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة AMG الطبية المجانية وما يقدم كانتقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها ، وانعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام أن لنا تسميته بنظام ، بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان . وفي النهاية نشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني، علما بأنها مرتبطة بالمرحلة القادمة التي نتناولها في دراسة خاصة بها.

## II .4 المرحلة من سنة 1979 إلى 1995

تمثل هذه الفترة التاريخية مرحلة تقييم السياسات التنموية بما فيها السياسة الصحية، التي عملت الوصاية على تحديد معالمها المستقبلية والخطوط الرئيسية الواجب إتباعها.

وقد عرفت هذه المرحلة بمرحلة إصلاح القطاع الصحي، و كانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث انعطاف مهم في اتجاهات السياسة الصحية، اذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية قدرا من التقدم في المجال الصحي.

وكانت من أهم الاهتمامات خلال هذه الفترة العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف، من خلال وحدات العلاج التي تم إقامتها هناك، واعتمد في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع، مع ضرورة دعم المؤسسة الصحية.<sup>1</sup>

واصلت دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته وذلك في مرحلتي الثمانينات وبداية التسعينات، وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، وكذا المنشور الوزاري سنة 1985 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي .بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 انه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.

<sup>1</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص. 137.



## II. 5. المرحلة من سنة 1996 إلى 2007

رغم الايجابيات التي حققها النظام الصحي المطبق في الجزائر خلال الفترة السابقة إلا أن هناك العديد من التحديات التي كان على القطاع مواجهتها، فمثلا مجانية العلاج والارتفاع المفرط في النفقات الصحية بالإضافة إلى تدهور جودة الخدمات الصحية ... كل هذا شكل عائقا حقيقيا للنظام الصحي بالجزائر وفرض انتهاج سياسة إصلاحية ورؤية استراتيجية ترفع من فعالية أداء القطاع وكفاءته.<sup>1</sup>

اما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 ، فقد عرفت بعض التحسن و الدليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة انه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة ب % 09.10 من الميزانية العامة ، إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى ، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة استراتيجية ناجعة ، وسوء توزيع الأطباء و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج.

## II. 6. المرحلة ما بعد سنة 2007

تتميز هذه المرحلة بمواصلة إصلاح النظام الصحي بالجزائر، إذ تمثل هذه الفترة امتدادا للمرحلة السابقة، ويمكن إيجاز بعض أهم معالمها في ما يلي:<sup>2</sup>

- البداية التدريجية في تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات وتطبيقه بصورة نهائية خلال سنة 2009،
- صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 والذي أدى إلى إعادة هيكلة الخارطة الصحية المعمول بها قبل سنة 2007 وتطبيق الهيكلة الجديدة ابتداء من 01 جانفي 2008 التي تحول وتصنف جميع الهياكل والمؤسسات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية (EPH) ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP)،
- وضع برنامج "المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر" المقدر بتكلفة 2000 مليار دينار جزائري والمخطط للفترة من سنة 2009 إلى سنة 2025،

<sup>1</sup> Ministère de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale, Algérie, novembre 1981, P. 2.

<sup>2</sup>Ministère de la santé et de la population, Ibid, P. 3.

من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

وكانت سنة 2012 سنة للمكتسبات حيث يجمع المتبعون للقطاع الصحي على تحقيق قفزة متميزة من حيث الكم والنوع بفضل الاهتمام الطبي اولته الدولة غير ان لا تزال هناك اختلالات تعتري مجال الصحة حسب اراء المختصين

وعلى العموم، ورغم مختلف التطورات والانجازات الايجابية التي حققها النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى تاريخنا هذا، إلا أن هناك العديد من الصعوبات حالت دون تجسيد النظام لمجموعة من أهدافه، التي يبقى السبيل الأساسي لبلوغها هو تغيير التصرفات التسييرية في القطاع حسب رأينا، فالمشكل في الجزائر ليس مشكل موارد مالية أو إمكانات أو حتى كفاءات تقنية بشرية بقدر ما هو مشكل تنظيمي وتسييري.

### III. تنظيم النظام الصحي بالجزائر وهيكله

بعد عرض التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري من خلال المراحل الثلاثة التي مر بها، سوف نتناول تنظيمه العام ومختلف هيكله.

#### III.1. تنظيم المنظومة الصحية

تشمل المنظومة الصحية الجزائرية ثلاثة مستويات أساسية هي:<sup>1</sup>

##### III.1.1. المستوى المركزي:

تشمل الوزارة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم ومنسقة عن طريق الأمين العام، إضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وأخرى قطاعية، تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان، حيث تقوم هذه اللجان بالفحص، كما أنها تلعب في الغالب دور مهم في تنمية ومتابعة وتقييم البرامج الوطنية للصحة. وفي المقابل توجد عشر هيئات تحت وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الإدارة.

<sup>1</sup> امير حيلالي، مرجع سابق، ص.178.

### III 2.1. المستوى الجهوي:

من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج واحتياجات السكان، وضمان مبدأ المساواة والعدالة في مجال الاستفادة من العلاج، أسست الجهوية الصحية سنة 1995 ويعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية، اتخاذ القرار، وعلى الخصوص تخصيص الموارد وعلى المستوى القانوني والوظيفي، يمكن إعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية.

توجد خمس مناطق صحية منطقة الوسط تضم 11 ولاية، ومنطقة الشرق تضم 14 ولاية، أما منطقة الغرب فهي تضم 11 ولاية، ومنطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين، منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07 ولايات، ومنطقة الجنوب الغربي تضم 05 ولايات.

والجدير بالإشارة أن المستوى الجهوي يبقى افتراضي، حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة، وتبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.

### III 3.1. المستوى الولائي:

بما أن الجزائر تنقسم إداريا إلى 48 ولاية فكل منها مديرية للصحة والسكان طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 261-97 المؤرخ في 14 جويلية 1997، المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديريات الصحة والسكان والوارد بالجريدة الرسمية رقم 47 تتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومات الصحية، ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي وتقييمها فمديرية الصحة والسكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت والهيكل الصحية؛ كما تمارس وصايتها ومراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدليات، مخابر التحاليل والأشعة، عيادات خاصة) إلى جانب المنشآت الصحية العمومية المتمثلة في:

-المنشآت الصحية المتخصصة [EHS]

-القطاعات الصحية [S S]

## -المراكز الاستشفائية الجامعية [ CHU ]

## III 2. الهياكل والمؤسسات بالمنظومة الصحية

تقوم الوزارة الوصية بالإشراف وتسيير القطاع الصحي في الجزائر الذي يتكون من مكونين هما القطاع الصحي العام والقطاع الخاص (يخضع للمراقبة وشروط الممارسة التي تفرضها الوزارة الوصية)، مع الإشارة إلى هيمنة القطاع العام على الخدمات الصحية في الجزائر.

## III 1.2. المؤسسات الصحية العمومية

تقسم الخريطة الصحية المعاد هيكلته من خلال المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر إلى ما يلي:

- **المركز الاستشفائي الجامعي (CHU):** هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة ووزير التعليم العالي والبحث العلمي يصدر مرسوم تنفيذي يرخص بإنشاء مركز استشفائي جامعي تتمثل مهامه الأساسية في تغطية الاحتياجات الصحية والتكوينية بالإضافة إلى ميدان البحث العلمي والأعمال الدراسية.<sup>1</sup>

- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS):** هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت وصاية والي الولاية، تتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره، وبالإضافة إلى ذلك فهي تقوم ب:<sup>2</sup> تنفيذ نشاطات الوقاية، التشخيص والعلاج، إعادة التكييف الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة، المشاركة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستوياتهم.

➤ **المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH):** هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تخضع لوصاية الوالي، تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تعمل على تغطية سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات، وتتمثل مهام المؤسسات العمومية

<sup>1</sup> أنشأت المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب القانون رقم 74-100 الصادر بتاريخ 13/06/1973.  
<sup>2</sup> تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006 الذي أسس لتشكيل المستشفيات الاستشفائية المتخصصة EHS.

الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان من خلال:<sup>1</sup> ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج، التشخيص وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية الصحية، ضمان حفظ الصحة والنظافة، مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، تجديد معارف مستخدمي الصحة والعمل على تحسين مستواهم.

➤ **المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):** قانونيا لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج، وتمثل مهامها في:<sup>2</sup> تشخيص المرض والعلاج الجوارية، الفحوصات الخاصة بالطب العام، الفحوصات الخاصة بالطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

➤ **العيادة متعددة الخدمات (Polyclinique):** وتمثل المهام الأساسية لها في:<sup>3</sup> تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة، الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية، تقوم بالوساطة بين المركز الصحي (Centre de Santé) والمستشفى، مع الإشارة أنه منذ سنة 2007 تم إلغاء المراكز الصحية وتحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات.

### III. 2.2. المؤسسات الصحية الخاصة

في السابق كان نشاط القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية مقتصرًا على عيادات الفحص والتشخيص، تم إضافة هياكل جديدة هي العيادات الاستشفائية ذات الأنشطة الطبية والجراحية بما في ذلك أمراض النساء والتوليد وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات بالإضافة إلى مخابر التحليل الطبية ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية.

<sup>1</sup> تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، والذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH وحددت مهام هذه المؤسسات في المادة 04 من هذا المرسوم.  
<sup>2</sup> تم تغيير تقسيم القطاعات الصحية بالجزائر بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، والذي أسس لتشكيل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP.  
<sup>3</sup> بموجب قرار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006، تم إلغاء المراكز الصحية Centre de Santé للتحويل إلى قاعات متعددة الخدمات Polyclinique أو إلى قاعات علاج Salle de Soins.

وقد اشترط المشرع الجزائري في إطار ممارسة الخواص لنشاطات مرتبطة بتقديم الخدمات الصحية على أن تستغل هذه العيادات عن طريق طبيب/ مجموعة أطباء من ذوي الاختصاص أو عن طريق جمعيات وتعاضديات لا تهدف إلى الربح.

والجدير بالذكر هو أنه رغم عدم وجود ما يمنع ذلك، إلا أن الجزائر لا تحتوي على مستشفيات ضخمة خاصة في شكل المراكز الاستشفائية الجامعية، ورغم أن القانون الجزائري يرخص لأي مستثمر له المؤهل، القدرة والرغبة في القيام بهذا التوظيف المالي.<sup>1</sup>

#### IV. دوافع التغيير في المنظومة الصحية الجزائرية

تتميز المنظومة العمومية للصحة ببعض الاختلالات، الشيء الذي أدى إلى إعادة التفكير في تنظيمها. وسيتم إبراز خلفيات التغيير في المنظومة العمومية للصحة من خلال التعرض إلى العناصر الآتية:<sup>2</sup>

##### 1.IV. دوافع وأسباب التغيير

من بين اهم دوافع التغيير في المنظومة العمومية للصحة نذكر:

- تكريس القطاع الصحي لأهم موارده لصالح المستشفى أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية والذي نجم عنه سلبيات تتمثل فيما يلي:
- اتجاه المواطن بالدرجة الأولى للمستشفى العام الذي وجد نفسه يؤمن خدمات العيادة الخدمات.
- تركز الطلب على العلاجات أكثر خصوصية مثل (الأورام، جراحة القلب والأوعية طب العيون) في بعض المستشفيات.

- اكتظاظ المستشفيات الجامعية والمتخصصة.

- اللجوء إلى العلاج في الخارج بالرغم من أنه عرف تناقصا خلال السنوات الأخيرة.

- اختلال في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن، حيث أن الجزائر العاصمة تستحوذ على نسبة 55% من المؤسسات العمومية للصحة، والشرق على نسبة 22%، والغرب على

<sup>1</sup> Le système de santé en Algérie, Défis nationaux et enjeux partagés, les notes IPEDM, Etudes et Analyses, Tirage N° 13, Avril 2012, P. 43.

<sup>2</sup> عدنان مريزق، عدنان محمد، "التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية" ملتقى الدولي الابداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة البليدة، الجزائر، 2010، صص 11-13.

نسبة 20%. في حين منطقتي الجنوب الشرقي والغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي 2% و 1% على التوالي.

ان الاختلال لم يقتصر فقط على التمييز في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بل شمل أيضا عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية، حيث أن معظمها متمركزة في الشمال وبالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55% تاركة المناطق الأخرى منكوبة خاصة الجنوبية منها.

## 2.IV. أهداف التغيير

يتمثل الهدف الرئيسي في تقريب الخدمات الصحية من المواطن ولتحقيق هذا الهدف تم اتخاذ الإجراءات التالية:

- تحقيق العلاجات المتخصصة والدقيقة يكون بقرار من الطبيب المسؤول عن الهيكل الاستشفائي.
- تحقيق أفضل تغطية للهيكل الاستشفائي في المناطق الداخلية والجنوبية للموطن.
- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المتخصصة وذات المستوى العالي.
- تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.
- تقريب الهياكل خارج الاستشفائية التي تهتم بالوقاية والعلاج القاعدي من المواطن.
- إحالة المريض من الهياكل خارج الاستشفائية إلى المستشفى يكون بقرار من الطبيب العام أو من الطبيب المختص.

أثر المرسوم التنفيذي الصادر ب ماي 2007، بلغ عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية 192 مؤسسة، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية ب 271 مؤسسة.

وتتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية *Etablissement publique de santé* *proximité* من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغييرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة.

➤ **قاعة العلاج:** تتمثل قاعة العلاج الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية، أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية أو الأولية.

ولتسهيل المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية، يجب تكثيف شبكة قاعات العلاج، بحيث يتم تجهيز على الأقل قاعة علاج واحدة في كل حي في الوسط الحضري وكذلك في الأحياء القروية والريفية.

يمكن توضيح المهام التي تقوم بها قاعة العلاج في النقاط أدناه:

\* تأمين فحوصات الطب العام وذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام وممرض.

\* ضمان تواجد قاعة للعلاجات العامة كتغيير الضمادات، الحقن.

\* ضمان وظائف الوقاية الآتية

وبهدف ضمان المناوبة المستمرة للطبيب والمساعد، تم تحسيس البلديات بضرورة توفير إقامتين سكنيتين لكل واحد منهما.

➤ **عيادة متعددة الخدمات:** تمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية، وهي مرتبطة إداريا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، ويمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها.

باعتبار العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الاستشفائية يجب عليها تنظيم وضمان الوظائف الموالية:

- وظائف الطب العام؛
- وظائف طب الأسنان؛
- الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية وتشمل:
  - الجراحة العامة؛
  - الطب الداخلي؛
  - التوليد؛
  - طب الأطفال.

مهما كان مصدر التغيير التنظيمي المقرر، فعلى المؤسسة أن تنمي قدراتها للاستجابة للتغيرات الخارجية والداخلية، وبهدف تغيير تنظيم المؤسسات الصحية في إطار التحسين يجب إيجاد وسائل لتوحيد أصحاب المصلحة حول مشروع التغيير، وقيادتهم وحشدهم بصورة كبيرة ومستمرة من أجل إدامة التغيير في سياق التحسين المستمر.



## المبحث الثاني: مؤشرات تقييم الخدمات الصحية في الجزائر

تمر المؤسسات الصحية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة بوضعية صعبة، فأصبحت اليوم محط لانتقادات عديدة سواء من قبل المرضى المستعملين، أو من قبل المستخدمين الصحيين بما فيهم مسؤولين سامين في وزارة الصحة.

### 1. مستوى الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية

واجهت المؤسسات الصحية الجزائرية عدة انتقادات حول اهمالها الكبير الذي كون قطاع غير منظم، وعدم تحريك والاستعمال السيئ لموارد بشرية مؤهلة ولكن بدون تحفيز وآفاق تمثل من 70 إلى 80% من ميزانية هذه المؤسسات، أو عطل المعدات والتجهيزات الطبية في حين تبقى معدات حديثة غير مستغلة، إلى جانب التبعية إلى الخارج، الشيء الذي لم يسمح بالتكفل بالمرضى على أحسن وجه. تتمثل هذه الأزمة التي هي متعددة ومتنوعة فيما يلي:<sup>1</sup>

**1.1 الجانب التنظيمي:** إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير، وفي اتخاذ القرارات، حيث يقتصر دور المسيرين على تنفيذ الميزانيات لا غير، إلى جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية كما ينبغي، عدم القيام بالمراقبة من قبل مديريات الصحة للولايات إلى هذه المؤسسات، وإن قامت بها فهي شكلية. الشيء الذي أدى إلى الإهمال الكبير في هذه المؤسسات، وإلى ارتفاع تكاليف العمل، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور.

**2.1 عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية:** يعتبر العنصر البشري أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال، حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع، فتمثل ما بين 80-90% من ميزانية هذه المؤسسات.

لكن هذا المورد الهام والثروة الدائمة غير مستخدم بفعالية، وبدون تحفيز وآفاق، نتيجة لضعف الأجور، آفاق غامضة، عدم تحريكهم... الخ. لا تستطيع الإدارة مكافأة العمال المجددين، مما أدى بهم أن لا يدافعوا إلا عن

<sup>1</sup> بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، سكيكدة، 2007 على الموقع <http://www.startimes.com/?=4303243>

حقوقهم: الأجور، العلاوات، شروط العمل... الخ، ونسوا واجباتهم، حيث تطالنا الصحف الوطنية من يوم لآخر بقيام عمال هذه المؤسسات بإضراب في كل مناطق البلاد.

رغم الزيادة الأخيرة في العلاوات التي قررتها الحكومة، فإن عمال هذه المؤسسات اعتبروها غير كافية وأمهلوا السلطات شهرين قبل استئناف الإضراب.

كما شهدت هذه المؤسسات نزيفا هاما للمختصين الاستشفائيين الجامعيين نحو القطاع الخاص، نتيجة لتدهور ظروف العمل في القطاع العمومي، وإلى آفاق إغنائهم السريع في القطاع الخاص.

**3.1 الجانب المالي والمحاسبي:** إيرادات ميزانية هذه المؤسسات مرتبطة بالضمان الاجتماعي والدولة، والموارد الخاصة المتأتية من الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين تبقى ضعيفة جدا، لا تتعدى في أحسن المؤسسات 2% من إجمالي إيراداتها. يرجع ذلك إلى الأسعار الرمزية التي حددتها السلطات لهذه الخدمات مقارنة مع أسعار القطاع الخاص، إلى جانب عدم اهتمام عمال هذه المؤسسات بتحصيلها من جانب آخر، لأنهم لا يستفيدون منها إذا ارتفعت.

بالنسبة للجانب المحاسبي، فإجراءات المحاسبة العمومية ثقيلة لا تواكب التطورات، لا تسمح بالمرونة وبسرعة التدخل. كما أن غياب المخطط المحاسبي الوطني الاستشفائي، وعدم استخدام أدوات المحاسبة التحليلية جعل هذه المؤسسات لا تعرف مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

**4.1 الصيانة:** إن الكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل بأقل بكثير من قدراتها، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها، إذ عانت وتعاني من تعطلات متواترة، والذي زاد في إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما جعلها دون استعمال لعدة أيام.

وما زاد في مشكل الصيانة في مؤسساتنا هو اعتمادها فقط على الصيانة العلاجية، وعدم وجود مختصين في ذلك.

**5.1 منافسة القطاع الخاص:** ظهور قطاع خاص ينمو يوما بعد يوم يجلب أحسن الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الصحية العمومية، بفعل إغرائه المالية، وظروف العمل الجيدة في هذا القطاع. إلى جانب عدم مراقبة هذا القطاع رقابة تقنية وعلمية خاصة من جانب استيراد الأدوية وتجهيزاته الصحية، وإلى أسعار خدماته المرتفعة جدا، مقارنة بمستوى خدماته، ومقارنة بأسعار المؤسسات العمومية. إلى جانب هذه المظاهر

فهناك التبعية إلى الخارج فيما يخص المواد الصيدلانية (الأدوية والمواد المستهلكة) وتقلص الموارد من العملة الصعبة أدى إلى عدم توفرها بهذه المؤسسات، وبالتالي شلل بعض النشاطات العلاجية.

## II. الاختلالات والعراقيل التي تواجه المنظومة الصحية

يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لما له من دور فعال في ربط كل القطاعات الحيوية، الاقتصادية منها و الاجتماعية، بحيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية في قطاع ما دون القطاعات الأخرى، ويواجه هذا القطاع الحساس عدة عراقيل و اختلالات تتمثل فيما يلي:

### 1. II اختلالات متعلقة بالتنظيم:

ومن أهم العراقيل المتعلقة بعملية التنظيم نذكر:<sup>1</sup>

- غياب الاهتمام بعملية التحفيز للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم.
- سوء ظروف العمل وتدني في الأجور مقارنة مع القطاع الخاص.
- قلة التجهيزات و عدم صلاحيتها في أغلب الأحيان و عدم تجانس حظيرتها و عجز في صيانتها بسبب قدمها أو عدم توفر قطع الغيار الخاصة بها.
- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية و المادية بين جهات الوطن وحتى داخل كل جهة.
- نفاذ المواد الصيدلانية الأساسية، حيث أن الصيدلية المركزية للمستشفيات التي لها احتكار لم تعد قادرة على سد كل الاحتياجات.
- تعسر حصول المرضى على العلاج.
- ضعف المتابعة المؤسساتية للمريض في حالة المكوث في المستشفى لمدة طويلة.

### 2. II اختلالات مرتبطة بعملية التمويل

- يجب أن يقوم تمويل المنظومة الصحية على مبدأ التضامن والعدالة، ويمكن تلخيص أهم العراقيل التي أدت إلى -نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة فيما يلي:
- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.

<sup>1</sup> حميدة بن حليمة، الإصلاحات الاستشفائية في الجزائر: النظام التعاقدية . تقرير التريص الميداني ،السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة ،أفريل 2006 ،ص5 .

- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة و النفقات الصحية.
- إمتصاص حقيقي لميزانيات القطاعات الصحية من قبل مستشفى على حساب الهياكل غير الاستشفائية، فهذه الطرق تتسبب في زعزعة المنظومة الصحية وتمس بمبدأ تسلسل العلاج.

### 3.11 اختلالات متعلقة بالوسائل المادية والموارد البشرية

نظرا للمقتضيات الجديدة المفروضة على المؤسسات، والتي ينبغي عليها احترام توازن الميزانية على مستوى الكلي، وإشعار مجموع العاملين بالمستشفيات بمسئولياتهم الاقتصادية، وكان موقف الكثير مع النظرة التي مفادها أن إهمال الإدارة المركزية يؤدي إلى اختلالات مالية وهذا حسب القطاعات و النشاطات.

و تتمثل العراقيل المرتبطة بالوسائل المادية والبشرية فيما يلي<sup>1</sup>:

- أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.
- عدم تلائم القوانين الأساسية للمؤسسات الصحية مع مهامها.
- عدم ملائمة وحدة الهياكل التنظيمية.
- نقص إجراءات التسيير.
- تباين في التوزيع للموارد البشرية و المادية بين المناطق و داخلها.
- تجهيزات ناقصة أو قديمة في كثير من الأحيان.
- عدم تجانس حظيرة العتاد الطبي و نقص الصيانة.
- غياب مراجعة مدونة للأعمال و التسعير
- تقييم غير كاف للنشاطات الطبية

### 4.11 الاختلالات المتعلقة بالإعلام والتكوين

ينبغي تحديد منظومة إعلام موثوق بها وتجهيدها، كما يتعين تحديد الأهداف قصد توفير الأدوات لأخذ القرار، إضافة إلى ذلك فإن ضرورة إدخال هذه المنظومة الصحية ولاسيما:

- التسيير الإداري والمالي.

<sup>1</sup> تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، 2003، الجزائر، ص41.

- تسيير النشاطات الطبية وغير الطبية.
  - تسيير الأدوية والتجهيزات.
  - تسيير المستخدمين والطواقم الفني.
  - تسيير الاستعجالات والمخططات الاستعجالية.
  - تسيير مسار المرضى
- وتتمثل العراقيل المرتبطة بالإعلام والتكوين فيما يخص المنظومة الصحية مايلي:
- مستخدمون ناقصو التكوين في الترميز.
  - سوء مسك الملف الطبي والتقارير الطبية.
  - عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية.
  - إن نظام التعليم و التكوين لا يأخذ بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
  - بعض التخصصات غير واردة ضمن مخطط تسيير الموارد البشرية.
  - مكتب قبول غير مسير على أكمل وجه.
  - سجلات وأدوات تسجيل غير كاملة.
  - التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات، التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية و شبه الطبية.
  - مدارس التكوين الشبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
  - تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي، لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.

### 1.1.1. مؤشرات تقييم الخدمات الصحية بالدول المغاربية - دراسة مقارنة -

يتم التطرق الى دراسة مقارنة لقطاع الخدمات الصحية بين دول المغاربية الثلاث: الجزائر، تونس، المغرب. وذلك باستخدام مؤشرات عالمية ومعرفة مكانة الجزائر بين هذه الدول، ومن بين اهم المؤشرات نذكر مايلي:

#### 1.1.1.1. تعداد اجمالي السكان

يستند مؤشر مجموع السكان إلى تعريف مبني على الأمر الواقع للسكان، يحصي كل السكان بصرف النظر عن الوضع القانوني أو الجنسية ماعدا اللاجئيين الذين لم يتم توطينهم بشكل دائم في بلد اللجوء، والذين يعتبرون بوجه عام جزءا من سكان بلدهم بلد المنشأ. هذا ما يبينه الجدول الآتي:

### الجدول رقم 02: تعداد اجمالي السكان للدول المغاربية.

الدول/السنة	2011	2012	2013	2014
الجزائر	36717132	37439427	38186135	38934334
تونس	10673800	10777500	10886500	10996600
المغرب	32531964	32984190	33452686	33921203

المصدر من اعداد الطلبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.TOTL/countries/1W?display=default>

lt. vu le: 15/02/2016

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 02 ان الجزائر تحتل المرتبة الاولى من حيث عدد السكان وتليها

المغرب ثم تونس باقل عدد من للسكان والذي يمثل حوالي ثلث سكان الجزائر او المغرب.

### 2.III. الزيادة السكانية (% سنويا)

يمثل النمو السكاني (% سنويا) معدل النمو الأسي لعدد السكان محسوبا في منتصف السنة من السنة "t-1"

إلى "t"، معبرا عنه كنسبة مئوية يبينها الجدول التالي:

### الجدول رقم 03: نسبة الزيادة السكانية لدول المغاربية

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	1.8	1.9	1.9	2	1.9
تونس	1.0	1.2	1.0	1.0	1.0
المغرب	1.2	1.3	1.4	1.4	1.4

المصدر من اعداد الطلبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.GROW>. Vu le : 16/02/2016

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 03 ان نسبة الزيادة السكانية في الجزائر اعلى نسبة مقارنة بدول المغاربية الاخرى ثم تليها المغرب واخيرا تونس. ونلاحظ ان فارق نسبة الزيادة يقدر بحوالي 0.05% من دولة لأخرى، كما ان نسبة الزيادة السكانية في مجموع الدول الثلاث تعتبر مستقرة خلال سنوات الدراسة.

### 3.III. إجمالي معدل المواليد (لكل 1000 شخص)

يشير معللّ وَاَليد الخَام إلى عدد الولادات لمواليد أحياء علي مدار العام لكل 1000 شخص مقدرة في منتصف العام. وناتج طرح معدل الوفيات الإجمالية من المعدل الإجمالي للمواليد هو معدل الزيادة الطبيعية التي تساوي معدل التغير السكاني دون احتساب المهاجرين وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

### الجدول رقم 04: إجمالي معدل المواليد (لكل 1000 شخص) لدول المغاربية

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	25	25	25	25	24
تونس	19	21	21	21	21
المغرب	21	19	19	19	19

المصدر: من اعداد الطلبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN>

<http://wdi.worldbank.org/table/2>.

من خلال الجدول رقم 04 يتضح لنا ان اجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص كان اكبر في الجزائر بمعدل 25 مولود حي في السنة ثم تليها تونس ب 21 مولود واخيرا المغرب ب 19 مولود في السنة.

### 4.III. إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد

يشير متوسط العمر المتوقع عند الميلاد إلى عدد السنوات التي سيعيشها الطفل المولود إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة في وقت ميلاده على ما هي عليه طيلة حياته وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

### الجدول رقم 05: اجمالي العمر المتوقع عند الميلاد لدول المغاربية.

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	74	74	74	75	75
تونس	75	74	74	74	74
المغرب	73	73	73	74	74

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

<http://wdi.worldbank.org/table/2.21>. Vu le: 16/02/2016

نلاحظ ان العمر المتوقع عند الميلاد متقارب جدا فيما بين هذه الدول مع تسجيل ارتفاع بسنة بواحدة بالنسبة في الجزائر والمغرب بالنسبة لسنتين الاخيرتين في حين وجود انخفاض بسنة واحدة في السنوات الاربع الاخيرة بالنسبة لتونس وهو ماجعل الجزائر تحتل المرتبة الاولى والمغرب وتونس يحتلان المرتبة الثانية مناصفة.

### 5.III. العمر المتوقع للإناث عند الميلاد (بالسنوات)

يشير متوسط العمر المتوقع عند الميلاد إلى عدد السنوات التي سيعيشها الطفل المولود إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة في وقت ميلاده على ما هي عليه طيلة حياته. وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم 06: العمر المتوقع للإناث عند الميلاد (بالسنوات) لدول المغاربية.

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	76	76	77	77	77
تونس	77	74	74	75	75
المغرب	74	77	76	76	77

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN> .Vu le 16/02/2016

نلاحظ من خلال الجدول رقم 06 ان العمر المتوقع للإناث متقارب فيما بين هذه الدول وهو اعلى في الجزائر والمغرب مع اختلافات فيما بينهما خلال بعض السنوات، وهو اعلى على العموم في الجزائر التي



تحسنت في السنوات الاخيرة بسنة واحدة ثم تليها المغرب واخيرا تونس التي تراجعت الى المرتبة الاخيرة في السنوات الاربع الاخيرة.

### 6.III. العمر المتوقع للذكور عند الميلاد، (بالسنوات)

يشير متوسط العمر المتوقع عند الميلاد إلى عدد السنوات التي سيعيشها الطفل المولود إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة في وقت ميلاده على ما هي عليه طيلة حياته. وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

#### الجدول رقم 07: العمر المتوقع للذكور عند الميلاد

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	72	72	72	72	73
تونس	73	72	72	72	72
المغرب	71	72	72	73	73

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN>

[http://wdi.worldbank.org/table/1.5\\_vu\\_le\\_16/02/2016](http://wdi.worldbank.org/table/1.5_vu_le_16/02/2016)

من خلال الجدول رقم 07 نلاحظ ان العمر المتوقع عند الميلاد للذكور متقارب نسبيا وقد تساوى بين الجزائر والمغرب في السنة الاخيرة في حين تونس تراجعت في السنوات الاربع الاخيرة في المرتبة الثالثة ونلاحظ ان العمر المتوقع للذكور اقل منه نسبة للإناث كما كان موضح في الجدول السابق.

### 7.III. معدل الوفيات الأولي (لكل 1000 شخص)

يشير معالّل واليد الخام إلى عدد الولادات المواليد أحياء علي مدار العام لكل 1000 شخص مقدرة في منتصف العام. وناتج طرح معدل الوفيات الإجمالية من المعدل الإجمالي للمواليد هو معدل الزيادة الطبيعية التي تساوي معدل التغير السكاني دون احتساب المهاجرين.

#### الجدول رقم 08: معدل الوفيات الاولي لدول المغاربية

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	5	5	5	5	5

6	6	6	6	6	تونس
6	6	6	6	6	المغرب

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN>

<http://wdi.worldbank.org/table/2.1> Vu le 17/02/2016

يتضح لنا من خلال الجدول 08 ان الجزائر تحتل المرتبة الاولى بعدد وفيات اقل ثم تليها المغرب وتونس بنفس المرتبة كما نلاحظ ان معدل الوفيات خلال السنوات الخمس متقارب بشكل مطلق بالنسبة لدول الثلاث محل الدراسة

### III. 8. معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي)

يمثل معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة عدد الوفيات لكل 1000 مع احتمال أن المولود الجديد سوف يموت قبل بلوغ سن الخامسة إذا كان يخضع لمعدلات الوفيات في أعمار محددة من السنة المحددة وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم 09: معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات لدول المغاربية

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	27	27	26	26	26
تونس	17	17	16	15	15
المغرب	33	32	31	30	29

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT>

<http://wdi.worldbank.org/table/5.8> vu le 17/02/2016

نلاحظ من خلال الجدول رقم 09 ان تونس تحتل المرتبة الاولى بمعدل وفيات اقل في صفوف الاطفال دون سن الخمس سنوات ثم تليها الجزائر واخيرا المغرب، كما نلاحظ ان هناك تحسن في السنوات الاخيرة في كل الدول الثلاث.

### III. 9. معدل وفيات الرضع (لكل 1000 مولود حي)

يشير معدل وفيات الرضع إلي عدد وفيات الأطفال الرضع قبل بلوغهم عمر سنة لكل 1000 مولود حي في سنة معينة. وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

### الجدول رقم 10: معدل وفيات الرضع للدول المغاربية

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	24	23	22	22	22
تونس	15	14	14	13	13
المغرب	29	27	26	26	25

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع

<http://wdi.worldbank.org/table/2.21>

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN> vu le 17/02/2016.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 09 ان تونس تحتل المرتبة الاولى بعدد وفيات اقل للرضع بسن اقل من سنة والذي يتراوح ما بين 15 الى 13، ثم تليها الجزائر بحوالي 22 واخير المغرب في المرتبة الثالثة بعدد وفيات اعلى في صفوف الرضع دون السنة.

### III. 10. نسبة وفيات الأمهات (لكل 100 ألف مولود حي)

تمثل نسبة وفيات الأمهات عدد النساء اللاتي يتعرضن للوفاة أثناء الحمل والولادة لكل 100 ألف مولود حي. وتم تقدير البيانات بنموذج الانحدار باستخدام معلومات عن الخصوبة، والقابلات، ومعدل انتشار فيروس الإيدز وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

### الجدول رقم 11: نسبة وفيات الامهات - لكل 100 الف مولود حي - في الدول المغاربية

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	147	147	145	144	141
تونس	67	66	64	64	63
المغرب	153	144	137	131	126

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.STA.MMRT>

<http://wdi.worldbank.org/table/5.8> vu le 20/02/2016

نلاحظ من خلال الجدول رقم 11 ان تونس تحتل المرتبة الاولى في معدل وفيات الامهات بأقل عدد لكل 100 الف حالة وهو ما يمثل نصف معدل الدول الاخرى، ثم تليها المغرب واخيرا الجزائر بمعدل اعلى، الا اننا نلاحظ بانه هناك تحسن في كل الدول الثلاث خلال السنوات الخمس.

### III. 11. نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي

إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة. وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم 12: نسبة الانفاق على الخدمات الصحية من اجمالي الناتج المحلي لدول المغاربية

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	5.1	5.3	6.1	7.1	7.2
تونس	6.5	7.2	7.2	7.3	7.0
المغرب	5.9	6.0	6.1	5.9	5.9

المصدر: من اعداد الطلبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع

<http://wdi.worldbank.org/table/2.15> vu le 20/02/2016.

نلاحظ من خلال الجدول رقم 12 ان نسبة الانفاق على الخدمات الصحية من اجمالي الناتج المحلي تزايد في الجزائر خلال السنوات الخمس بصفة مستمرة وهو ما جعلها ترتقي الى المرتبة الاولى في سنة 2014 بعدما كانت تحتل المرتبة الثانية والثالثة في السنوات السابقة، كما تراجعت تونس الى المرتبة الثانية في سنة 2014 بعدما كانت تحتل المرتبة الاولى، اما فيما يخص المغرب فقد اصبح تحتل المرتبة الاخيرة في السنتين الاخيرتين بسبب تراجع نسبة الانفاق بعدما كانت تحتل المرتبة الثانية سابقا.

### II. 12. نسبة الإنفاق القطاع العام على الخدمات الصحية (من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية)

ويتكون الإنفاق العام على الصحة من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية (بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية)، وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية (أو الإجبارية). إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة. وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي وهذا ماوضحه الجدول التالي:

### الجدول رقم 13: نسبة انفاق القطاع العام على الخدمات الصحية لدول المغاربية

الدول/السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	70.2	71.3	73.6	72.8	72.8
تونس	58.5	58.2	57.9	58.2	56.7
المغرب	35.2	34.9	35.5	33.0	33.9

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PUBL>

<http://wdi.worldbank.org/table/2.15> vu le 20/02/2016

نلاحظ من خلال الجدول رقم 13 ان الجزائر تحتل المرتبة الاولى من حيث انفاق القطاع العام على الرعاية الصحية وهو ما يمثل أكثر من الثلثين، وهو ما يعكس هيمنة القطاع العام السياسة الاجتماعية لدولة الجزائرية، في حين احتلت تونس المرتبة الثانية والمغرب المرتبة الثالثة نتيجة تقدمها في مجال الخوصصة وهيمنة القطاع الخاص.

### III. 13. نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)

إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة، معبراً عنه كنسبة مئوية من إجمالي السكان. وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي. والبيانات معبر عنها بالقيمة الحالية للدولار الأمريكي، وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

## الجدول رقم 14: نصيب الفرد من الانفاق على الرعاية الصحية بالدول المغاربية

الدول / السنة	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	229	287	355	346	362
تونس	271	305	298	309	305
المغرب	166	183	179	184	190

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على الموقع <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PCAP> vu le 20/02/2016.

من خلال ماسبق نستنتج ان الجزائر الأسوأ بالمنظومة الصحية بدول المغرب العربي من حيث التغطية الصحية مقارنة بالجارتين تونس والمغرب رغم أنها الأكثر إنفاقا على قطاع الصحة

#### IV. التدابير والحلول المتعلقة بالمنظومة الصحية

- انطلاقا من العراقيل السابقة الذكر والمعلقة بعمليات مختلفة منها التنظيم، الاعلام والتكوين...، يمكن اتخاذ التدابير العامة المقترحة، عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق، نعرضها فيما يلي<sup>1</sup>:
- الحد من تدخل الوصاية بتوزيع مهام الإدارة المركزية على هيكلها غير المركزية.
  - المهني وإدراج نظام تعويضي محفز.
  - إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة تتكلف بالتجهيزات و الصيانة.
  - تحيين مدونات الأدوية الاستشفائية على مستوى التراب الوطني والمؤسسات والمصالح.
  - التأكيد مجددا على ضرورة مركزية الشراء وتجميع الشراء، لاسيما بالنسبة لمناطق الجنوب بسبب صعوبات التمويل.
  - تزويد المستشفيات بالهيكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة، للتقييم الداخلي والمراجعة الداخلية.
  - البحث عن مصادر جديدة لتمويل المنظومة الصحية، من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.

<sup>1</sup> -Centre for administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region; Assistance sociales dans la région Méditerranéenne;Algérie. <http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/unpan018927.pdf>.

- توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية، وكذا وضع خريطة صحية لتوزيع الموارد البشرية.
  - جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلاً، وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسئوليتها.
  - تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.
  - إعطاء استقلالية تسيير أكبر للمستشفى.
  - إعادة تحديد مهام المؤسسات الاستشفائية وتكييف قوانينها الأساسية مع هذه المهام، و توحي
- إضفاء مرونة

- ضرورة مراجعة الهياكل التنظيمية للهياكل الإدارية للمؤسسات الصحية، وفق الأهداف المسطرة.
- إعداد كتب حول إجراءات التسيير.
- إحصاء شامل لحظيرة العتاد الطبي و غير الطبي، بغية تحديثها وإعداد قائمة التجهيزات والأدوات.
- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى خاصة بهياكل القطاعات غير الاستشفائية.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.
- إدخال تربصات تكوينية جديدة عند نهاية التعليم في الميدان خارج المراكز الاستشفائية الجامعية،
- لوضع الأطباء و مسيري قطاع الصحة المستقبل في حالة مهنية حقيقية.

- إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين الشبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة

في إطار

- إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.
- تحديد المجالات التي يدرج فيها الإعلام الآلي، ووتيرة هذه العملية ومصاحبتها على تطوير التكوين
- الضروري لذلك.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تحيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقاً للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة، في إطار المهام المنوطة بالمستشفى تكوين غير
- جامعي، و إخراج المصالح الاقتصادية والعامّة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفيات.

- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
  - إدراج الإيرادات في الميزانية.
  - إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم و البحث الطبي نحو المستشفيات.
  - إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
  - الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
  - جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية بجميع الطاقم الفني، إعادة توزيع الموارد البشرية.
  - تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
  - دعم التسلسل السلمي وشبكات العلاج بوصفها للتحكم في التكلفة.
- من خلال ما سبق يتضح لنا ان توفير الخدمة الصحية الجيدة في المجتمع الجزائري من أكبر التحديات التي يواجهها القائمون على إدارة المستشفيات والمراكز الصحية المختلفة، ذلك أن هذه الخدمات لها صلة مباشرة بصحة الأفراد وحياتهم بالدرجة الأولى ، كما أن هذه الأخيرة تتميز بالتكلفة العالية نسبيا وهو ما لا يتلاءم مع محدودية الموارد المخصصة لها.

### المبحث الثالث: سياسات اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

انتهجت الجزائر في سبيل اصلاحها للمنظومة الصحية عدة سياسات كلية وجزئية عقب فترات زمنية ومن بينها مسار النهج التعاقدية ، قبل ذلك سنتطرق اولا لتطور التاريخي لسياسات الاصلاح في الجزائر منذ الاستقلال ليومنا.

#### 1. التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر

كانت الدولة الجزائرية غداة الاستقلال أمام تحديات كبرى على جميع الأصعدة ومن جملتها المشكلات الصحية التي يعاني منها الشعب، على أساس أن التنمية لن يكون لها معنى في ظل وجود عدد كبير من السكان يعاني من الأمراض والعاهات التي تسبب فيها الاستعمار وخلفتها الحرب التحريرية والتي راح ضحيتها مئات الآلاف من الجزائريين.

#### 1. التطور التاريخي لسياسات الصحية في الجزائر من الاستقلال حتى سنة 1990



تم تقسيم هذه المرحلة الى ثلاث حقبات زمنية مرت بها سياسة اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر من الاستقلال الى غاية سنة 1990 كما يلي:

### 1.1.1 من الاستقلال سنة 1962 إلى 1973

وهي مرحلة بناء الدولة وتميزت السياسة الصحية خلال هذه الفترة بمحدودية خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة، كما كان عليها إعادة إنعاش البناءات والهياكل التي خلفها الاستعمار مثل توفير قسط من الخدمات الصحية للسكان ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية<sup>1</sup>.

من هنا كانت أولويات السياسة الصحية تتمثل في:

- إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كان اغلبهم فرنسيين.  
- وضع برنامج صحي وطني هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة الأكثر انتشار بين السكان، والتكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية.<sup>2</sup>

- تعبئة الموارد البشرية المحلية والاستعانة بالكفاءات الأجنبية.

- تعبئة الموارد المالية في بلد لا يتعدى الناتج الداخلي الخام فيه 400 دولار للفرد الواحد.

ولتطبيق هذه التوجهات كان على السلطات السياسية إصدار حزمة من القرارات السياسية أهمها:

- إصدار قانون الممارسة العمومية الإجباري سنة 1963 لكل طبيب يعتزم فتح عيادة خاصة.

- إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964 وكان الهدف من إنشائها "إنجاز الأعمال الخاصة

بالدراسات والبحث في الصحة العمومية لضرورة تطوير برامج العمل الصحية وترقية الصحة".

- وضع البرامج الوطنية لمكافحة امراض السل والملاريا والرمد الحبيبي سنة 1965 بدعم من منظمة الصحة

العالمية.

- ترسيم الاداءات الإضافية التي يقوم بها أطباء حواص في المصالح العمومية سنة 1965 كذلك قرار

وزاري في نفس السنة يقضي بإلحاق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية من اجل تسيير تلك

الوحدات الصحية التي كانت تفتقر للمسيرين. مع القيام بحملات وطنية لتلقيح الأطفال ضد مرض السل.

<sup>1</sup> العلواني عديلة، تقييم فعالية النمط التعاقد كاسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية دراسة حالة الجزائر ، أطروحة دكتوراة، تخصص علوم اقتصادية، غير منشورة ، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2011، ص177.

<sup>2</sup> Grangaud, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Ipméd, 2012, p47

- مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 5 جويلية 1969،<sup>1</sup> والقاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها وهي خطوة ايجابية تهدف إلى القضاء على الامراض المعدية.

- كذلك إنشاء في نفس السنة الصيدلية المركزية الجزائرية وكانت مهمتها "تمثل في احتكار عمليات استيراد لأدوية ونتاج وتوزيع المنتجات الصيدلانية".

- إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة بذاتها سنة 1965 للقضاء على المعوقات القانونية التي كانت تحول دون أداءها لوظائفها، بسبب أن إدارة الصحة كانت مندجحة قبل ذلك ضمن وزارات أخرى.<sup>2</sup>

## 1.1.1 فترة 1973 - 1980

ما ميز هذه المرحلة التاريخية من حيث بناء الهياكل القاعدية هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 - 1979 وهذا محاولة لإعطاء العلاج الأولي وأولية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي. والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شئ الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974 وجاءت هذه الجهود ضمن الاجراءات المعتمدة من منظمة الصحة العالمية بعد ندوة آلماتا في كازخستان أين تمت مناقشة قضايا الصحة في العالم وكان من أهم القرارات ضمان الصحة للجميع "قبل سنة 2000 اعتمادا على استراتيجية علاجات الصحة الأولية"<sup>3</sup>

وكان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد ، وذلك بتسخير كافة الوسائل والاجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد وتعميم صيغة الطب مجانية النظام الصحي الوطني.<sup>4</sup>

إصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيدلة وجراحي الأسنان وفق التطورات العلمية الحاصلة في مجال الوقاية والعلاج، بوضع برنامج يهدف لتكوين أطباء والوصول إلى تغطية صحية جيدة.

<sup>1</sup> 3- R.A.D.P, Décret n° :69-96 du08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose **Journal Officiel**, n° 59, du 11 juillet 1969, p 560

<sup>2</sup> 1 - Grangaud, op cit ,p48

<sup>3</sup> Stéphane Tizio, « trajectoires socio-économiques de le régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle », **Mondes en développement**, 2005/3 - no 131, p46. <http://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-3-page-45.htm>

<sup>4</sup> نور الدين حاروش ، المرجع السابق، ص21

1975تميزت بتبني البرمجة الصحية للدولة "PSP" la programmation sanitaire du pays ، انشاء

قطاعات الصحية الفطاعات الصحية الفرعية

### 3.1.1. الفترة من 1980-1990

بناء العديد من المستشفيات والعيادات والمركز الصحية عبر الوطن التي وان ساعدت في توفير تغطية صحية في الكثير من المناطق التي كانت محرومة، فإنها من جهة أخرى تميزت بغياب دراسة جادة في التقسيم الجغرافي لهذه الهياكل وهندستها الغير ملائمة للمحيط الذي أُنيِت فيه. كذلك تميزت هذه الفترة بإصدار جملة من القوانين والمراسيم:

➤ قانون 89-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 والذي بموجبه سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية إلى صناديق الضمان الاجتماعي واخذ مبلغ جزائي دون تحديد علمي قبلي لاحتياجات القطاع وصبه في ميزانية الصحة.

➤ مرسوم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 يعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية، بعدما كانت هذه المراكز مندججة مع باقي القطاعات الصحية ، وكان لهذا القرار اثار سلبية على المرضى بان حدثت انقطاعات في مسارات علاجهم، وعلى طلبة الطب بان حرموا من التدريب في القطاعات الصحية، والتي تعج بالحالات المرضية المعبرة فعلا على حقيقة الوضعية الصحية للبلاد.

➤ إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89-11 المؤرخ في 07 فيفري 1989 والذي يعطي للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري ، ويحدد مهمتها " إدخال المبادئ والتقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية عبر التكوين الموجه الموظفين المسيرين والممارسين في مؤسسات وهياكل الصحة"<sup>1</sup>.

## 2.1. السياسة الصحية في الجزائر في فترة الانتقال السياسي والاقتصادي

يمكن تقسيم الفترة محور الدراسة إلى قسمين الأولى من 1990-2002 والثاني من 2002-2012

### 1.2.1 الفترة من 1990-2002: غياب التوافق بين التحول التنظيمي للنظام الصحي

والتحولات الديمغرافية والوبائية في الجزائر.

<sup>1</sup> Grangaud, op cit, p51 .

لا يمكن لمن يضع السياسة الصحية النجاح في مسعاه دون الإلمام بكل جوانب هذه السياسة، ويأتي على رأس هذه الجوانب المعرفة الدقيقة لمحمل المعطيات الديمغرافية والوبائية الخاصة بالبلد المعني، بالإضافة إلى القيم والمعايير التي تحكم المجتمع بما فيها المعتقدات الخاصة بالصحة والمرض، وكذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية المميزة للمرحلة التي تم وضع السياسة الصحية خلالها. لذا نجد أن صانع القرار الصحي في الجزائر كان أمام خيارات صعبة، حتمت عليه تحديد الأولويات لمواجهة تحديات صحية كان أهمها تحديات التحول الديمغرافي و التحول الوبائي حيث عرفت الجزائر منذ أكثر من ربع قرن تحولات ديمغرافية و وبائية تركت آثار شديدة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي وحتى السياسي

ففيما يخص التحول الديمغرافي ، فإننا نجد أن عدد السكان في الجزائر غداة الاستقلال كان يقارب 8 ملايين نسمة ، حيث كانت التجمعات السكانية خلال الحرب التحريرية تتمثل في المحتشدات التي أقامها جيش الاستعمار للسكان أو في أحياء قصديرية في ضواحي المدن، أين تنعدم ادني أسباب الحياة ولا يعرف الأطفال معنى الدراسة ، ولا يوجد ما يسد الرمق من الغذاء مما جعل نسبة الوفيات بين الأطفال من أعلى النسب في العالم.

وقد جندت الدولة كل الوسائل من اجل تنفيذ مجموعة من الب ا ر م ج في إطار خطط التنمية المطبقة آنذاك، وقد أتت تلك الب ا ر م ج أكلها في الكثير من الجوانب ، حيث انتقلت الكثير من المؤشرات الصحية وبدرجات متفاوتة من السلب إلى الإيجاب، فالأمل في الحياة انتقل من 52.6 سنة في عام 1970 الى 75.7 سنة في 2008. وقد أدى هذا التطور في مؤشر الأمل في الحياة إلى انخفاض كبير في مؤشر نسبة وفيات المواليد إلى عدد السكان .

لا يمكن للدولة مواجهة شيخوخة السكان مع ما يرافقها من تناقص في الفئات العمرية النشطة، وفي نفس الوقت مواجهة الانفجار الكبير لجملة من الامراض التي تتطلب علاجات باهظة الثمن لا يقدر عليها الغالبية العظمى من المواطنين<sup>1</sup>. وهذا التحول لم يحدث فجأة بل ساعد في حصوله جملة من الأسباب الموضوعية والطبيعية أهمها:

-البرامج الصحية التي وضعتها الدولة مباشرة بعد الاستقلال لمواجهة بعض الأوبئة التي كانت منتشرة بشكل واسع بين افراد الشعب السل والملاريا، والتكفل بالفئات الهشة كالأأم والطفل.

<sup>1</sup> Rachid bougharbal, **la transition épidémiologique en Algérie**, journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef – Alger : 2010.p10.

-وضع برنامج للقضاء على شلل الأطفال سنة 1993 تطبيق لقرار المجلس العالمي للصحة وبناء الهياكل الصحية في كامل أنحاء البلاد.

-تكوين أعداد كبيرة من مهني الصحة من أطباء وشبه طبيين، كل هذه الجهود كان لها الأثر المباشر في تحسن الكثير من المؤشرات الصحية كإنخفاض نسبة الوفيات بسبب الأمراض المتنقلة خاصة لدى الأطفال، بالإضافة إلى تحول واضح في العديد من محددات الصحة كالتعليم.<sup>1</sup>

وان كانت هناك جهود مازالت مطلوبة في الكثير من المجالات من اجل تحسين محددات الصحة العامة التي أصبح لها وزن كبير في ميزان المعطيات الخاصة بالسياسات الصحية في أي دولة<sup>2</sup>. ومن نتائج هذه التحولات ارتفاع عدد المسنين من بين السكان وما يعنيه ذلك من ارتفاع في فاتورة العلاج لدى هذه الفئة الهشة، وكذلك ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض الغير متنقلة كأمراض السكري والضغط الدموي وأمراض القلب وأنواع السرطانات المختلفة. التي أصبحت تمثل احد الأسباب المهمة للوفاة بعدما كانت الأمراض المعدية هي المسؤولة على ذلك.

كل هذه الأمور ترتب عنها ضرورة التحول في البرامج الصحية والتحول في الأولويات في جميع المجالات انطلاقا من التحول في بنية الهياكل الصحية أي في هندسة بنائها إلى المسارات العلاجية التي تختلف باختلاف الأمراض المتنقلة والأمراض الغير متنقلة.

لقد أثارت الوضعية المزرية التي عرفتها هياكل الصحة العمومية اهتمام المسؤولين الجزائريين، فعكفوا على دراسة وتشخيص الوضعية قصد إصلاح شامل للمنظومة الصحية يركز أساسا على طرق التمويل لقطاع الصحة العمومية.

وتتضح نية الإصلاح بجلاء من خلال تعزيز الهيئة المسؤولة الأولى على الصحة بتسمية جديدة أطلق عليها " وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات" .

وقد عقدت جلسات و أصدرت مجموعة من القوانين و المراسيم تصب كلها في اتجاه إصلاح المنظومة الصحية.

### - المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية:

<sup>1</sup> يوسف كرباح، " هل تؤدي الثورة الديمغرافية إلى ثورة ديمقراطية؟ نموذجا الشرق الأوسط وشمال أفريقيا"، مجلة عمران، العدد 1 الدوحة: المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، مارس 2013، ص.6.

<sup>2</sup>Rachid bougharbal, op cit, p8.

المنعقد بالجزائر العاصمة في ديسمبر 1990 وقد شكلت في إطاره ست لجان منها لجنة التمويل للمنظومة الوطنية للصحة، حيث قدمت من خلاله بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية مع إقتراح مجموعة من الحلول و التوصيات.

### - حلقة للخبراء تتعلق بإصلاح المنظومة الصحية:

عقدت بمدينة جانت من 17 إلى 20 ديسمبر 1990، شارك فيها ممثلون عن القطاعات المعنية: وزارة الصحة و السكان، وزارة الشؤون الاجتماعية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، وحوادث العمل آنذاك و خبراء أجنب و تمثلت أهدافها في:

- إجراء تقدير نتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية و الضمان الاجتماعي.

- اقتراح خطة عمل يصحبها جدول زمني لجل المباشرة في تنفيذ الإصلاح بدءا من شهر جانفي

1991.<sup>1</sup>

### - قانون المالية لسنة 1992:

بموجب القانون رقم 91-25 المؤرخ في 11 جمادى الثانية عام 1412 هـ الموافق لـ 18 ديسمبر سنة 1991م المتضمن قانون المالية المعتمد على قراءات الدراسات السابقة، اتجه المشروع الجزائري إلى نظام تمويل آخر يركز على أسلوب الاتفاق، و قد جاء في المادة 175 منه ما يلي: " يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كفاءته عن طريق التنظيم".

و بالإضافة إلى ما جاء في هذا القانون، فإن القانون 91-26 المؤرخ المتضمن المخطط الوطني لسنة 1992 هـ الموافق لـ 18 ديسمبر 1991 الجديد حيث جاء في المادة 11 الفقرة الأولى منه ما يلي " تتجسد أعمال الوتيرة الاجتماعية الرامية إلى الحفاظ على التوازنات الاجتماعية للمواطنين فيما يلي: إعادة ترتيب كفاءات تمويل وتسيير هياكل الصحة العمومية من أجل ترشيد التكلفة وتحسين الخدمات للعلاج وهو ما يعني إعادة النظر في أسلوب التمويل الجزائري.

### - قانون المالية لسنة 1995:

<sup>1</sup> شاوي صلاح، النظام الوطني للصحة، تقرير من المؤتمرات و الحلقات الدراسية، وزارة الصحة والسكان، 1990. ص. 25.

ورد في المرسوم رقم 94-03 المؤرخ في 27 رجب عام 1415 هـ الموافق لـ 31 ديسمبر سنة 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995 في المادة 132 منه في الفقرات 2،3،4 كما يلي:

"يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان، حسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم".

وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين اجتماعيا و ذوي حقوقهم.

وتتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا " المعوزين". وهنا يلاحظ أن المشروع الإصلاحي هذا قد تجاوز ذكر العلاقة التعاقدية بين الضمان الاجتماعي و قطاع الصحة ليتحدث عن كيفية استعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الاجتماعي والدولة:

#### - القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 07 جانفي 1995:

يحدد هذا القرار طبيعة و قيمة الموارد المتأنية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية، و بموجبه أصبح المواطنون يساهمون في تمويل الخدمات الصحية التي يستفيدون منها في المؤسسات الصحية العمومية باستثناء بعض الفئات الاجتماعية التي تتكفل بها الدولة : "المعوزين".

- استمرار المشرع في إصدار القوانين و المسؤول في الجهاز التنفيذي في إصدار المراسيم والقرارات و اللوائح التي تصب كلها في إطار المنظومة الصحية واعتماد النمط التعاقدية كبديل للتمويل منها.

#### - قانون المالية لسنة 1996

بموجب المرسوم التنفيذي 96-148 المؤرخ في 27 افريل 1996 إنشاء المعهد الوطني للبيداغوجيا والتكوين الشبه طبي وهي مؤسسة ذات طابع إداري.

تعديل المادة 65 من القانون 83-11 الامرية رقم 96-17 جويلية 1996 التي تقول "إن مصاريف العلاج والإقامة في الهياكل الصحية العمومية، يتم التكفل بها بناء على الاتفاقيات المبرمة بين مؤسسات

الضمان الاجتماعي ومؤسسات الصحة المعنية " إلى اليوم فان مساهمة صناديق في تمويل المؤسسات الصحية العمومية تتم على أساس جزائي.

### - مرسوم 2 ديسمبر 1997

مرسوم 97-457 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 يحدد الإطار القانوني للمراكز الاستشفائية الجامعية التي أصبحت تحت الوصاية الإدارية لوزارة الصحة والسكان والوصاية البيداغوجية لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

### I. 2.2. الفترة ما بين 2002-2010 ومحاولة إعطاء دفع للسياسة الصحية في

#### غياب رؤية استشرافية واضحة

اتسمت هذه الفترة بتطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة، بفضل زيادة الاعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومات المتعاقبة، وارتفعت ميزانيات التسيير وكذا التجهيز بفعل تنامي عائدات البترول، وعرفت هذه الفترة تحسن واضح تمثل في:

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 14 جانفي 2003 المتضمن إنشاء، تشكيل مهام اللجنة

الوزارية المشتركة المكلفة بمتابعة وتقييم وضع التعاقد في العلاقات بين الهيئات الصحية العمومية، هيئات الضمان الاجتماعي و مديريات النشاط الاجتماعي الولائية.

- التعليم الوزاري المشتركة المؤرخة في 14 جانفي 2003 المتعلقة بوضع العلاقات التعاقدية بين

الهيئات العمومية للصحة، هيئات الضمان الاجتماعي و مديريات النشاط الاجتماعي الولائية.

### II. النمط التعاقدية كأساس لإصلاح المستشفيات في الجزائر:

إن المشروع الجزائري للإصلاح في مجال الصحة باعتماده النهج التعاقدية كبديل لتمويل الصحة

العمومية و بالتالي تحسين و رفع مستوى الخدمات المقدمة، قد سبقته إليه فرنسا باعتماده.



## 1. II أطراف التعاقد في الجزائر:

ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 في الفقرة الثانية ما يلي: " يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة و السكان و حسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم "

و من نص هذه المادة نجد أن أطراف التعاقد في هذه الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية هي:

### ➤ الممول:

و تشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة و ذلك بناء على المعطيات و البيانات التي تقدمها الهيئة الاستشفائية صاحبة الخدمة و هم:

### أ- الدولة

وتمثل وظيفتها في هذا التعاقد في تغطية نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا و ذلك حسب ما نصت عليه المادة 3/132 من قانون المالية لسنة 1995. تقوم الدولة بتحديد المعوزين عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي التي حددت لها التعليلة الوزارية المشتركة الصادرة في 14 جانفي 2003 و المتعلقة بتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة و هيئات الضمان الاجتماعي و مديريات النشاط الاجتماعي للولايات - مهمة تعيين الإطارات الضرورية على المستوى المراكز لإنجاز العملية، و بعد تحديد قوائم المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا. وتسلم لهم بطاقة المعوز التي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية وبالتالي توفير خدمة علاجية مجانية للأفراد المعينين و هذا ما سيتم عرضه بالتفصيل من خلال الفصل الخامس في الجانب الميداني.

### ب- الضمان الاجتماعي:

الضمان الاجتماعي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال و عائلاتهم و يعد مصدر تمويله الأساس الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال و ينحصر دوره الأساسي في توفير الحماية الاجتماعية للعمال من خلال تحقيق التضامن و العدالة بين جميع الأفراد.

و يعتبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية تقدم خدمات اجتماعية ذات طابع إداري، تعد اجتماعية كونها تلعب دور الوسيط بين العمال و أرباب العمل و بموجب قانون 1997

أصبحت مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع شخصية معنوية واستقلال مالي و يمكن حصر مهامه و صلاحياته في:

- تسيير التأمينات الاجتماعية و حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- تسيير الأداءات العائلية لحساب الدولة، و ترقيم المستخدمين و المؤمنين هم اجتماعيا.
- تغطية النفقات و مراقبة النزاع في تغطية اشتراكات الضمان الاجتماعي لحساب التقاعد.
- المساهمة في الوقاية من حوادث العمل و الأمراض المهنية.
- تسيير الأداءات المستحقة للمستفيدين من اتفاقيات دولية للضمان الاجتماعي.
- تنظيم و ممارسة المراقبة الطبية، و ممارسة العمل الطبي الاجتماعي.
- اعلام المستفيدين و المستخدمين

### ج- الضمان الاجتماعي و التأمين على المرض:

التأمين على المرض هو التكفل بمصاريف العلاج الصحي و تعويض أيام العطل المرضية أثناء التوقف عن العمل و تتمثل هذه المصاريف في:

- العلاج، الجراحة، الأدوية الصيدلانية، الإقامة بالمستشفى.
- الفحوص البيولوجية، والكهروديوغرافية والنظرية.
- علاج الأسنان والأطقم (تركيبها)
- العلاجات المعدنية والمتخصصة التي لها علاقة بالعلل التي تصيب المريض.
- الجبارة الكفية والوجهية، والأجهزة والأعضاء الاصطناعية.
- إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء والتأهيل المهني.
- النقل بسيارة الإسعاف أو غيرها من وسائل النقل الأخرى التي تستلزمها مصالحه.
- الأداءات الخاصة بالتخطيط العائلي وتنظيم النسل.

أما للتعويض للمتكفل به يتمثل في:

- التعويض بنسبة 80 % ل.
- الفحوص والمواد الصيدلانية، النظارات والتداوي بالمياه المعدنية.
- التعويض بنسبة 100 % ل.

بعض العمليات الجراحية المهنية وبعض الأمراض المزمنة.

### 3. أهداف النظام التعاقدية:

إن السبب الذي من أجله اعتمد هذا النظام كبديل لتسيير نظام الصحة العمومية، هو الفوضى السائدة في قطاع الصحة حيث ارتفاع الإنفاق، عدم التحكم في التكاليف، و تردى الخدمة مما يؤدي إلى تراجع في وتيرة التنمية الاجتماعية و لهذا فالنظام التعاقدية يتمحور حول الأهداف التالية:<sup>1</sup>

#### ➤ التحكم في النفقات:

من خلال السياسة الإصلاحية للصحة العمومية (اصلاح المستشفيات) تعيين على المستشفى تحقق أفضل الأهداف بأقل الوسائل الممكنة إذ أن النمط التعاقدية سيتمنح للمستشفى نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي تماشيا مع محاسبة التكاليف، بما يفرض على مسيري المستشفيات ترشيد الاتفاق و حسن تشخيص التكاليف

#### ➤ تحسين نوعية العلاج:

و يتأتى ذلك من كون النظام التعاقدية سيفرض على المؤسسات تقديم أفضل الخدمات العلاجية، لأن المستهلك سيصبح شريكا فعليا كونه يمثل الزبون. ولإرضائه يجب تقديم نوعية علاج جيدة و هو ما سيؤدي بدوره إلى تحسين المؤشرات الصحية.

#### ➤ التسيير العقلاني للموارد البشرية:

لابد للنظام التعاقدية لضمان نجاحه من توفر الإطار الكفاء الذي يتمكن من التأقلم مع هذا التغير والاستجابة لمقتضياته، لذا فالتكوين الجيد و إعادة التكوين ضروريا لإيجاد العنصر البشري القادر على مواكبة التغيرات الجديدة.

<sup>1</sup> حنان مراد، أهمية اصلاح المستشفيات في تحقيق التنمية الاجتماعية، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة بسكرة، 2007، غير منشورة، ص ص 109-112.

خاصة و أن النمط الجديد من الإصلاحات يقرض حسن التسيير و التوزيع للكفاءات و الطاقات البشرية ليضمن استغلالها التام ، مما يعد عاملا مهما في محاربة التبذير في مصلحتة و سوء التسيير والعكس فيما يخص مصلحة أخرى.

### 3.11. مسار النهج التعاقدية في الجزائر

يبدأ سريان ملف المريض انطلاقا من مصلحة الاستقبال لدى المؤسسة الصحية التي تتلقى بيان أو شهادة قبول هيئة الضمان الاجتماعي للتكفل بالمريض أو بطاقة المعوز.

#### 1.3.11. مصلحة الاستقبال:

بعد فحص المريض، يقوم الطبيب المشرف على مصلحة الاستقبال بفتح ملف المريض الذي يبدأ سريانه بمجرد دخوله المستشفى إذ يقوم الطبيب الرئيسي بتأشير طلب الاستشفاء الذي يحتوي على المعلومات التالية.

➤ بالنسبة للممارس المشرف على المريض: يجب أن يلتزم بما يلي:

- الإشارة إلى اسم المصلحة التي يخضع فيها المريض للعلاج، مثال: مصلحة الجراحة.
- تبيان اختصاص المصلحة
- وضع أسماء، ألقاب و درجات الممارسين الطبيين (البروفسور، أستاذ، مساعد، مقيم).

➤ فيما يتعلق بالمريض:

- كتابة اسم المريض بخط مقروء بالحروف الأبجدية.
- في حالة المرأة المتزوجة، يكتب اسمها ولقبها بالإضافة إلى اللقب الزوجي.
- كتابة لقب المريض.
- الإشارة إلى جنس المريض (ذكر أو أنثى)
- الإشارة إلى السن الكامل للمريض مثلا إذا كان المريض يبلغ من العمر 50 سنة و 11 شهرا، تكتب 50 سنة فقط

- الإشارة إلى سبب الاستشفاء
- كتابة اسم ورقم القاعة التي يتواجد بها المريض.
- الإشارة إلى رقم السرير المخصص للمريض، و السهر على عدم تغيير المريض للسرير طيلة إقامته.

- الإشارة إلى التاريخ الدقيق لاستشفاء المريض: اليوم، الشهر، السنة.

- الإشارة إلى ساعة استشفاء المريض.

➤ **في حالة توجيه المريض:** فيما إذا حول المريض إلى غير المصلحة الأصلية التي عولج فيها

يراعي مايلي:

- كتابة ألقاب، أسماء و درجة الطبيب الذي أشرف على عملية تحويل المريض إلى المصلحة المعنية.

- وضع اسم المؤسسة الصحية التي وجهت المريض مركز استشفائي جامعي، مركز استشفائي مختص،

قطاع صحي، عيادة خاصة.

- تبيان اختصاص الوحدة، أو المصلحة التي ينشط فيها الطبيب المعني بعملية التحويل.

- كتابة اسم الولاية و رمزها الجغرافي.

➤ **فيما يتعلق بحارس المريض:**

يتجلى هذا خاصة إن كان المريض قاصر أو مصاب بأحد عوارض في الأهلية و يجب مراعاة:

- الكتابة الواضحة للقب بالحروف الأبجدية، و كذا اسمه؛

- الإشارة إلى صلة القرابة التي تربط بالمريض؛

- كتابة العنوان الدقيق لحارس المريض؛

- طلب رقم الهاتف في حالة توفره؛

- طلب بطاقة الهوية؛

- تسجيل رقم، تاريخ و مكان تحرير بطاقة الهوية؛

إذن و بعد ملء طلب الاستشفاء الذي نقدم به المريض، سيتحول فيما بعد إلى مكتب القبول الذي

يعمل هذا النمط التعاقدي إلى إعادة الاعتبار إلى دوره الهام.

### 2.3.11. مكتب القبول:

تتمثل المهام المنوطة بمكتب القبول فيما يلي:

- استقبال طلب الاستشفاء الذي تقدم به المريض

- طلب التكفل: الذي يبقى في حوزة مكتب القبول لاستعمالات لاحقة .

- الإشارة إلى اسم المؤسسة الاستشفائية المطالبة بضمان التكفل.

و من المهم جدا إعطاء أرقام تسلسلية للطلبات الاستشفائية هذا الترتيب يسمح بتسهيل المراسلات مع هيئات الضمان الاجتماعي.

### II 3.3. مصلحة التوجيه:

يقوم المراقب الطبي الرئيسي:

- استقبال المريض
- استلام بطاقة القاعة ورقة المتابعة .
- ملء الصفحة الأولى من ورقة المتابعة، التي تشمل و تحض الشخص المعالج و كذا حركة تنقله داخل المستشفى.
- فتح ملف المريض المعالج و يقوم بإدراج و تسيير ورقة المتابعة و بطاقة القاعة التي تبقى بصفة نهائية بداخل المصلحة.
- توجيه المريض إلى القاعة و السرير المخصص له.
- الاشراف على ورقة المتابعة، بكل ما تحتويه من معلومات تخص المريض انطلاقا من مختلف الجداول التي تضمها.

### II 4.3. مصلحة التمويل:

في حالة تحويل المريض إلى عدة مصالح أخرى داخل المستشفى، بغية الحصول على علاج خاص، ورقة المتابعة يجب أن تتبع إجباريا المريض و تسجيل كل التدخلات الطبية و الإسعافات التي تلقاها المريض داخل المصلحة المستقبلية.

### II 5.3. خروج المريض:

- و يتم عبر طريقتين:
- إذا تمت عملية استشفاء المريض داخل مصلحة الاستقبال، تؤشر ورقة المتابعة في هذه الحالة من طرف رئيس المصلحة.
- إذا تمت عملية العلاج في مصلحة أخرى غير المصلحة التي تلقى فيها العلاج الأولى، تؤشر ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة الأخيرة، أي التي حول إليها المريض، و ذلك بعد استشارة رئيس مصلحة الاستقبال.

### 6.3.11 مكتب القبول:

تحول ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة حسب الحالتين المذكورتين سابقا إلى المصلحة الاقتصادية بالمستشفى بغية إنجاز فاتورة العلاج و بخصوص هذه العملية فهناك إجراءات يجب إتباعها: بعد ملء ورقة المتابعة من قبل كل الممارسين المتدخلين أي تسجيل كل التدخلات الطبية، شبه الطبية، و كذا الأدوية التي تناولها المريض و هنا يجب الإشارة إلى نقطة هامة بخصوص الأدوية، يتم حساب الكميات المستهلكة من قبل المريض و ليس ثمن كل الأدوية.

إذن فدور المستشفى اتسع عن الدور السابق له، إذ يقوم هذا الأخير بتوفير كل الأدوية اللازمة للمريض في عين المكان، و يضاف إلى ما يبقى حساب مصاريف الأشعة أي التحاليل المخبرية إن وجدت. بعد الانتهاء من ملء صفحات ورقة المتابعة (الأعمال الطبية شبه طبية و الأشعة، الأدوية) ترسل هذه الأخيرة إلى المصلحة الإدارية بالمستشفى التي تقوم بتلخيصها و إعادة تسجيلها في الفاتورة التي ترسلها إلى الضمان الاجتماعي، تعد أن تكون قد أعدت السندات (Les rapports) التي تشمل مصاريف الإقامة، الأكل، الكهرباء، نصيب المريض من المنظفات المستعملة، و بخصوص العنصرين الأخيرين، فالمصلحة تحصل على حصة المريض تقسيمة المبلغ الإجمالي للمستهلك على عدد المرضى، و جمع مبلغ التكاليف للنفقات مع المصاريف الطبية و الشبه طبية و الأدوية.

و من خلال هذه العملية يتم التوصل إلى المبلغ النهائي الذي يتحمله المريض، من خلال الفاتورة التي تصدر في أجل أقصاه 30 يوم، و يقوم المستشفى بإرسالها إلى هيئة الضمان الاجتماعي لتحصيلها.

### 1.1.1. السياسات البديلة لتسيير قطاع الصحة العمومي:

من أجل الوصول إلى نموذج الأمثل الذي يجب على الجزائر اعتماده لتحسين فعالية القطاع العمومي في ظل وضعيتها الراهنة، و يمكن تصنيف السياسات المتاحة على النحو التالي:

- سياسات جزئية تدريجية لإصلاح النظام الصحي.
- سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي

### 1.1.1.1. سياسات جزئية لإصلاح النظام الصحي

هناك مجموعة من الإجراءات التي تتخذها الجزائر من اجل اصلاح النظام الصحي وهي:

### 1.1.1.1. رفع كفاءة الأداء واحتواء التكاليف:

- العمل وفقا لمفاهيم اقتصاديات الصحة فيما يتعلق باتخاذ القرار الصحي و تطبيق برامج النوعية بالمرافق الصحية، و التوزيع الأمثل للموارد، و إجراءات دراسة الجدوى الاقتصادية للمشاريع الصحية و البحث عن مصادر بديلة للإنفاق على القطاع.
- تحسين تقديم الخدمات و ظروف الاستقبال في مراكز الرعاية الأولية لتحقيق حجم العبء على المراكز الاستشفائية.
- تطوير أساليب توفير و تخزين و توزيع الأدوية والمستلزمات الطبية وفقا للمعايير الاقتصادية والاستفادة من تقنيات الحاسب الآلي والتحكم في أساليب التسيير الحديثة.
- تعميم حسابات التكاليف من خلال عملية الفوترة لشمول جميع الخدمات المقدمة من طرف المراكز الاستشفائية وغير الاستشفائية.
- ترشيد الاستهلاك بالنسبة للمستفيد من طرف الخدمة بالمشاركة في جزء من تكلفة العلاج، بإتباع الأساليب اللازمة للحد من الهدر في استخدام الوسائل التشخيصية والعلاجية المكلفة أو استعمال الدواء بكميات أكبر من الحاجة.

### 2.1.1.1. التنسيق والتعاون بين القطاع العام والخاص لتنفيذ الأداء:

من خلال:

- التكامل بين ما يقدمه القطاع العام من خدمات صحية مع خدمات القطاع الخاص لبلوغ أهداف الرعاية الصحية والذي يسهم في تخفيف العبء على القطاع العمومي.
- تشجيع القطاع الخاص لتقديم الخدمات الصحية لمواكبة زيادة الطلب على الخدمات الصحية.
- زيادة استثمار القطاع الخاص في مجال إنشاء المرافق (لتوفير أكبر نسبة من الخدمات الصحية) للإسهام في رفع عدد المنشآت الصحية المقدمة للخدمات.
- تشجيع القطاع الخاص على تضييع الأدوية والكيميائيات والتجهيزات الطبية وفقا للمعايير العالمية للجودة والنوعية، وتقديم الدعم من الدولة لهذه المبادرات لتخفيض تكاليف الأدوية المستوردة.



- حث القطاع الخاص على فتح عيادات في التخصصات النادرة التي تتطلب تقنيات طبية باهضة (دقيقة) الثمن من أجل الحد من إرسال المرضى للعلاج بالخارج لما يترتب عن تكاليف باهضة.

### 3.1.1.1. تفعيل الوصول إلى الأدوية الأساسية:

- توجيه السياسة المحلية نحو رفع إنتاج الأدوية والمواد الصيدلانية محليا للوصول إلى غلاف أدنى من الاحتياجات الوطنية.

- مراجعة النصوص المرتبطة بستراد الأدوية، من أجل تشجيع الشركات التجارية والمستثمرين الخواص في الاستثمار في مجال صناعة الأدوية.

- مراجعة سنوية لمدونة الأدوية الوطنية تماشيا مع أنواع الأدوية المصنعة محليا.

### 4.1.1.1. خلق مصادر تمويل جديدة:

#### 1.4.1.1.1. المؤسسات والجماعات المحلية:

- مساهمة المؤسسات:

وذلك من خلال فرض ضريبة تنتزع لصالح قطاع الصحة، ويمكن أن تختلف هذه الأخيرة من مؤسسة إلى أخرى حسب درجة التلوث الذي تلحقه بالبيئة وبالتالي تساهم في تدهور الحالة الصحية.

كذلك مساهمة المؤسسات في إطار حماية صحية عاملها: إذ أن نشاط طب العمل يعد إجباري على المؤسسة وهذا طبقا للقانون رقم 88-07 المؤرخ في 26 جانفي 1988 والخاص بالوقاية والحماية وهذا الأخير يعد من مهام القطاعات الصحية، وعليه يمكن إيجاد صيغة تعاقدية بين المؤسسات المعنية والمؤسسات الصحية على أن يكون تطبيقه إجباريا بالنسبة لكل من المؤسسات العامة والخاصة.

- مساهمة التأمينات الاقتصادية:

إن التأمينات الاقتصادية يجب أن تقدم مشاركتها في التمويل الصحي حسب قوانين وإجراءات معينة تم تحديدها لكونها تتكفل طبيا بالخسائر البشرية الناتجة عن مؤمنيتها، واستغلال ما جاء في القرار الوزاري الخاص بحوادث المرور والذي لم يطبق لحد الآن والخاص بالأشخاص الذين

يتعرضون لحوادث المرور بحيث يجب أن تتحمل شركات التأمين المؤمنة لديها السيارة المسببة للحوادث مصاريف العلاج الخاصة بهم.

### - مساهمة الجماعات المحلية:

هذه الأخيرة يجب مساهمتها فعالية ومتنوعة لكونها مسؤولة عن الوقاية العمومية، وبالتالي التخفيض من الأمراض الناتجة عن البيئة والمحيط، وهذه المشاركة تجعل الجماعات المحلية تهتم أكثر بالمؤسسات الصحية الواقعة في إقليمها وتحسين تسييرها، ومنه ضرورة توسيع مسؤوليته الجماعات المحلية في ميدان الصحة، مع ضرورة التكفل يدفع أقساط أفراد المعوزين عن طريق دفع اشتراكاتهم للضمان الاجتماعي دوريا.

### 2.4.1.111. مصادر تمويل أخرى: مثلا:

- فتح مجال في الميزانية خاص بقطاع الصحة العام لمساهمة المتبرعين.  
- لا بد أن تعكس المبلغ المدفوع مقابل العلاج الخدمة السعر التكلفة الحقيقية للعلاج.

- إعفاء الموارد الخاصة بالمستشفيات من الضرائب. (لجزء من التحفيز لرفع المستوى المقدم من الخدمات)

- الدفع المباشر لغير المقيمين.

- الحصول على عوائد التغطية الصحية الناتجة عن النشاطات والمقابلات والحفلات وذلك بالتعاقد مع الهيئات المنظمة لها.

## 2.111. سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي:

### 1.2.111. نظام الضمان الاجتماعي الإجباري:

إن نظام الضمان الاجتماعي الإجباري يظهر في العديد من الدول الأوروبية ويختلف التأمين على المرض من بلد إلى آخر، ويعد الضمان الاجتماعي أحد الأساليب لتمويل الخدمات الصحية سواء كان يمثل الآلية الرئيسية أو الآلية المكملة، وعليه فإن نظام التمويل الصحي يوفر نوعا من التضامن الاجتماعي بين المواطنين، بحيث يستفيد الأشخاص الذين يتعرضون لمخاطر كبيرة وأصحاب الدخل المنخفضة من دعم أصحاب الدخل المرتفعة.

### 2.2.111. تفعيل دور الضمان الاجتماعي في التأمين على المرض

إن الأزمة التي يعيشها الضمان الاجتماعي والعجز المستمر أدى إلى انخفاض مشاركته في النفقات الوطنية للصحة، لذا فإن تفعيل دور الضمان الاجتماعي يحتاج إلى عملية من الإصلاحات نجعلها في:

- يجب أن تكون مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسات العمومية على أساس علاقات تعاقدية.
- إعادة هيكلة مؤسسات الضمان الاجتماعي بهدف زيادة مردودية و مسخه استقلالية في التسيير عن إدارة الدولة.
- فتح المجال للمؤسسات الخاصة للاستثمار في ميدان التأمين على المرض و من ثم خلق منافسة بين مؤسسات الضمان الاجتماعي بما يحسن فعالية أدائها.
- رفع مساهمة الضمان الاجتماعي في النفقات الإجمالية للصحة.
- تحسين تنظيم هياكل الضمان الاجتماعي و سيرها و خدماتها و أن تتوسع التغطية لتشمل القطاعات المصرح بها.

### 3.2.111. موارد الضمان الاجتماعي:

- العمال و أصحاب المهن الحرة و الحرفيين حيث يدفعون اشتراكهم من الاقتطاعات المأخوذة من الأجر و الارباح المحققة من نشاطاتهم.
- تدفع اشتراكات الأفراد المعوزين من قبل الجماعات المحلية مساهمة منها صحة سكانها.
- مساهمة أرباب العمل في التأمين لصالح مستخدميهم (تأمين إجباري)

### 4.2.111. تنظيم عمل الضمان الاجتماعي

#### 1.4.2.111. تعزيز الصيغة التعاقدية بين هيئات الضمان الاجتماعي و المؤسسات العمومية

للصحة: <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mise en œuvre de la contractualisation, Ministère de la santé, de la population, point de situation au 31 décembre 2003.

- تنص قوانين المالية الصادرة منذ سنة 1993 على أن مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسة العمومية للصحة يجب أن تطبق على أساس علاقات تعاقدية، كما توضح من جهة أخرى تكفل ميزانية الدولة بنفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و تهدف هذه العملية إلى:
- تحسين خدمات العلاج المقدمة للمرضى في المؤسسات العمومية للصحة.
  - تقييم النشاطات و الكلفة الاستشفائية.
  - التوجه تدريجيا نحو علاقات تعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة و الممولين.

### ➤ أدوار و صلاحيات المتدخلين في العملية:

#### - مسيري المؤسسات العمومية للصحة:

- يجب أن يحظى هذا الجهاز بتوضيحات و تفسيرات واسعة في محتواه و أهدافه قصد إنجاحه و يجب أن يستهدف مجموع الأطراف المعنية لاسيما
- الأجهزة الاستشارية: المجلس العلمي، المجلس الطبي
  - رؤساء المصالح الطبية و الممارسون الطبيون.
  - المراقبون الطبيون
  - مكتب القبول ( مكتب الدخول):

إن الأهمية الكبرى التي يكتسبها مكتب القبول في تسيير و متابعة الملف الطبي لإداري للمرضى تم تكريسها في الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية كما حددتها التعليمات رقم 03 المؤرخة في 07 ديسمبر 2002 للسيد وزير الصحة و السكان واصلاح المستشفيات المتعلقة بتنظيم و سيره، و يجب اشتراك ممثلي وكالات الضمان الاجتماعي و مديرية النشاط الاجتماعي للولاية في نشاطات مكتب القبول

#### - منظومة الإعلام:

ينبغي أن لا تستعمل في إطار هذه العملية إلا الوثائق التي تم إعدادها و تبنيها. و يجب أن تتوفر هذه الوثائق بشكل دائم و أن تملأ بدقة لتسهيل استعمالها خاصة عند تحضير عناصر الفتوة.

#### - مركز الضمان الاجتماعي:

لابد أن ينصب مركز للضمان الاجتماعي على مستوى كل مؤسسة صحية معينة، و يجب على المسيرين منح المقررات الضرورية و توفير كل التسهيلات لإدخال و سير النشاطات الإدارية و المراقبة الطبية لهذا المركز.

### - مدراء النشاط الاجتماعي للولايات :

يكلف مدراء وكالات الضمان الاجتماعي بتعيين الإطارات الضرورية على مستوى المراكز التي تم اختيارها (مكتب القبول و الدخول)، المكاتب البلدية للنشاط الاجتماعي) و بعد تحديد المعوزين غير المؤمنين لهم اجتماعيا تسليم لهم بطاقة المعوز و التي تمكن من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري، حيث تدفع أقساط اشتراكاتهم الجماعات المحلية .

### III.2.5. التنسيق بين أطراف التعاقد: و هذا عن طريق :

- التنسيق بين الأنظمة الاجتماعية للهيئات المسؤولة عن التأمين:  
CNAS بالنسبة للأجراء CASNOS لغير الأجراء)  
- تفعيل دور ممثلي وزارة الداخلية و الجماعات المحلية لتسهيل عملية تحديد المعوزين و المجردين من التأمين غير المعوزين.

- دعم العلاقة بين منشآت الصحة على مستوى الولاية ووكالات الضمان الاجتماعي  
"CNAS" المنتسبة لها من أجل تسريع عملية التأكد من ملفات المؤمنين فيها.  
- مراقبة النشاطات و تقييم مصاريف المنشآت الصحية بتعميم استخدام الإعلام الآلي في مختلف مراحل البرنامج و تكوين أفراد مؤهلين و مكلفين في هذا المجال.

- الاطلاع و التقييم لاتفاقيات ممضية من طرف وكالات التأمين الاجتماعي « CNAS » مع بعض العيادات الخاصة بغية إلحاق هذه الخدمات الاستشفائية بالقطاع العام لضمان تقييم مماثل للتكاليف، و ذلك للحالات التي تتطلب العلاج من نفس الطبيعة.

- ادماج خدمات متفق عليها من قبل وكالات التأمين الاجتماعي "CNAS" في إطار تقليل التنقل من أجل العلاج في الخارج.

- دعم العلاقات لتسهيل عملية الوصول للملف الوطني للتعرف على المؤمنين اجتماعيا

### III.2.6. كيفية مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانية قطاع الصحة:

وفقا للمرسوم الذي تبناه مجلس الحكومة في جلسته ليوم 24 نوفمبر 2003، من أجل المادة 116 من قانون المالية لسنة 2003 التي تلخص " مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية في المنشآت الاستشفائية المتخصصة (المراكز الاستشفائية المتخصصة و المراكز، الجامعية) التي قد خصصت للتغطية المالية للعبء الطبي للمؤمنين الاجتماعيين و حقوقهم، و يستخدم هذا التمويل على أساس معلومات مرتبطة بالمؤمنين الاجتماعيين المأخوذين على عاتق المنشآت العامة للصحة و في إطار الروابط التعاقدية التي تربط الحماية الاجتماعية ووزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات " ويرتبط هذا بالأسس التالية:

- منظمات الحماية الاجتماعية تنشأ من دفع المساهمات المالية السنوية إلى ميزانيات المؤسسات العامة للصحة كل ثلاثي على أساس المعلومات المحددة للمؤمنين الاجتماعيين و حقوقهم.
- تدخل المراقب المالي لمنظمات الحماية الاجتماعية على مستوى الهياكل الاستشفائية على أساس المراجع و الملفات المرضية المحددة.
- ضرورة وضع مصلحة في المستشفيات و العيادات) المناسبة لمنظمات الحماية الاجتماعية المخصصة لتسهيل معرفة حق التكفل بدون أن تلحق هذه العملية ضررا يمنع أو يؤخر الاهتمام الطبي العادي بالمرضى<sup>(1)</sup> مهما كانت الفئة التي ينتمي إليها.
- إدخال نظام الرسوم مقابل الخدمة:

إن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها المستفيد هي من سياسات إصلاح المستشفيات و النظام الصحي الشاملة و تعتبر مصدر تمويل للخدمات الصحية و قد تم تطبيق هذا النظام حديثا في بعض الدول، و تكون هذه الرسوم مقابل الاستفادة المباشرة من الخدمات الصحية؛ يجب تكون رمزية في البداية هدف مشاركة المواطن في تحمل جزء بسيط من التكاليف المرتفعة للقطاع و هذا من شأنه أن يكون أولا كمحفز لترشيد الاستخدام و ثانيا كمصدر للتمويل.<sup>2</sup>

وانطلاقا من مبدأ الدولة الأساسي القائم على أن الدولة هي المعنية الأولى بتوفير الرعاية الصحية للمواطنين، فإنها تراعي حق المواطن في الحصول على العلاج بصرف النظر عن دخله أو قدر سده على الدفع.

<sup>2</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص. 39.

و بذلك فإن أي نظام صحي مقترح يجب أن يحافظ على قدرة المواطن و حقه في الاستفادة من الخدمة الصحية الجيدة بسهولة و يسر مع الحرص على ترشيد استخدامها و حسن إدارة مواردها. لذلك فإن موضوع الرسوم و لو الرمزية على بعض الخدمات في المرافق الصحية المختلفة تحتاج إلى دراسة متأنية ( تشبيهه بالدراسات التي تم إجراؤها فيما يخص التأمين الإجباري على المرض و تكون هذه الرسوم على عدة أشكال منها:

- رسوم للبطاقات الصحية

- رسوم صحية

- رسوم مستشفيات

- رسوم شهادات

- رسوم التراخيص

و يتم إعفاء المواطنين المعوزين و المصابين بأمراض مزمنة الحاملين لبطاقات تثبيت وضعيتهم من هذه الرسوم و لا يوجد شك في أن تطبيق هذه الإجراءات يتطلب جهاز إداري و مالي ذو كفاءة عالية بالإضافة إلى إعداد كوادر مؤهلة من المحصلين و أمناء الصناديق و كذلك الأجهزة و المعدات الخاصة

#### **IV. الأدوات والقواعد التي تمكن تسيير عصري للمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية**

إن المشاكل الصحية الجديدة المرتكزة حول أمراض ثقيلة وعصرية، إلى جانب المنافسة مع القطاع الخاص، تحتم على مؤسساتنا الصحية التزود بتكنولوجيات معقدة ومختصين، وإلى تحول عميق لطرق تسييرها، وذلك بأن يترك التسيير البيروقراطي المبني على تسيير موازنة تقليدي المكان إلى تنظيم يسمح باستقلالية تسييرها، ويعمل على خفض تكاليفها، وتصحيح مواطن خللها، وتوقيف تدهور نوعية العلاج، وذلك بأن تقدم خدمات صحية كميا أكثر من جراء الضغط الديمغرافي ونوعيا أحسن وأكثر تعقيدا بأحسن تكلفة، مع ضرورة التحكم في التكنولوجيات العلاجية الحديثة مع أخذ بعين الاعتبار الوضع الاقتصادي الاجتماعي للجزائر.

إن البحث عن المردودية، يتطلب تحديد تام لأدوات التسيير وقنوات الاتصال وتدرج الهياكل الصحية لقطاع الصحة.

تتمثل هذه الأدوات فيما يلي:<sup>1</sup>

- من أجل توقيف تدهور نوعية العلاج، والتحكم أكثر في تكاليف التشغيل لا بد أن يترك التسيير البيروقراطي لمؤسساتنا الصحية الذي تناولناه سابقا، المكان إلى تنظيم يسمح باستقلالية المؤسسات الصحية، وذلك بالعمل على ترقية الطرق الحديثة للتسيير، المبنية على التسيير التقديري بالأهداف مع مراقبة دورية للنتائج.
- من أجل تحقيق ذلك يجب تحسين عمل الهياكل الصحية، وتنظيم فعال لمختلف المصالح الصحية التي تتكون منها مؤسساتنا الصحية، مع تحديد واضح لدور كل من مسيري هذه المؤسسات، الأطباء، المرضى والعمال الآخرين. مع إحساس جميع المستخدمين خاصة الأطباء، المرضى للمشاكل الخاصة بتسيير النشاطات الصحية وفهم التسيير العصري للمؤسسات الصحية مع العمل المشترك لجميع هذه الأصناف على إخراج مؤسساتهم من الأزمة التي تعاني منها.
- تحفيز وتحريك الموارد البشرية:
 

تعتبر الموارد البشرية أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية لذلك لا بد من تحفيز وتحريك هذه الموارد، وذلك بتحسين أجورهم ومختلف العلاوات إلى مستويات تسمح لهم بالعيش الكريم، والتفرغ كليا إلى المرضى خاصة وأن عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم كما رأينا ذلك سابقا. وأن ترتبط الأجور بالعمل المقدم، حتى يمكن مكافأة المستخدمين الأكفاء بمختلف وظائفهم وبالتالي تشجيعهم على بذل المزيد من الجهود.

كما يجب وضع سياسة للتكوين المستمر لجميع مستخدميها والسهر على تنفيذها وتقييمها، تكون حركية لأن مستقبل هذه المؤسسات مرتبط بها.

كما يجب على مسؤولي هذه المؤسسات استخدام التقنيات الحديثة فيما يخص تحديد الاحتياجات من الموارد البشرية أي أن التوظيف يكون مبررا، واستخدام أدوات الاختيار مناسبة لكل صنف من المستخدمين: الاستبيان، المقابلة، الاختبارات من أجل اختيار أحسن المترشحين لشغل أحسن وظيفة. وبالتالي تبعد عن أسلوب المحاباة والمحسوبية في الاختيار حتى لا توظف أشخاص ليسوا في المستوى وبالتالي تكون نتائج هذا التوظيف وخيمة.

<sup>1</sup> بن لوصيف زين الدين، مرجع سابق، ص ص 7-8.



كما يجب عليها أن تهتم بالاتصالات الداخلية في هذه المؤسسات، وأن تشجع المبادرات وأن تعمل إدارتها على إشراك جميع المستخدمين في القرارات التي تهتم تسيير ومستقبل مؤسساتهم.

العمل على تحسين ظروف العمل، وتوفير المواد المستهلكة، الأدوية الأساسية بصفة دائمة حيث في الكثير من الحالات ينتظر المرضى بسببها الشيء الذي يسمح بالتكفل التام بالمسائل الصحية للمواطنين. من أجل تحسين إيرادات هذه المؤسسات لا بد من إعطاء لهذه المؤسسات الحرية في تحديد أسعار خدماتها لتعكس مستوى تكاليفها كما هو الحال في القطاع الخاص. كما أنه حان الوقت لوضع مخطط محاسبي وطني استشفائي يتماشى مع المتطلبات الحديثة، يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية التي تتوفر عليها هذه المؤسسات، والعمل على توفير قطع الغيار لها الشيء الذي يسمح بالتكفل الصحيح بالمرضى وتقديم خدمات صحية في المستوى.

## خاتمة الفصل الثالث

تحتل عملية تقويم الأداء اهتماما كبيرا لدى القائمين على إدارة المنظمات الصحية لما لها من تأثير على النتائج النهائية لأعمالها، كما تحتاج هذه المنظمات إلى مؤشرات معينة لقياس وتقويم مستوى الأداء المتحقق بهدف معرف مستوى التقدم الحاصل في أعمالها ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون واضحة ودقيقة.

يتضح لنا من خلال الجداول ومقارنتها بين مؤشرات التغطية الصحية بين الجزائر وتونس والمغرب عن تذييل النظام الصحي المعتمد في الجزائر القائمة رغم الميزانيات الضخمة المرصودة لتحسين ظروف الرعاية الصحية للمواطن الجزائري، حيث تنفق الجزائر ضعف ما تنفقه المغرب على قطاع الصحة مقابل رعاية صحية متقاربة توصف بالسيئة، مقارنة بتونس التي تتميز بنظام صحي جيد معترف به على المستوى العالمي مقابل نفقات أكبر بقليل من نفقات المملكة المغربية، وأقل بكثير من نفقات الحكومة الجزائرية على قطاع الصحة، وإن كان المشكل الأساسي في المغرب هو توفر رعاية صحية ممتازة بالمدن الكبرى المتوزعة على ما يعرف جغرافيا بالهلال الأخضر من مدينة طنجة حتى مراكش وردائتها وانعدامها في بعض المدن الداخلية والنائية، إلا أنها تبقى أفضل من حيث مؤشرات أمل الحياة مقارنة بالجزائر التي تهتم بالرعاية الصحية الجوارية بالمناطق الداخلية والنائية.

كما سعت الجزائر لتحسين مستوى خدماتها الصحية من خلال انتهاج سياسات اصلاح كثيرة، غير أن الخلل في السياسة الصحية بالجزائر يكمن في التسيير، حيث أغلب النفقات توجه للتجهيزات على حساب التكوين وتأهيل الموارد البشرية، ما انعكس سلبا على مستوى الرعاية الصحية في الجزائر.

## الفصل الرابع

دراسة ميدانية لتقييم مستوى الخدمات

الصحية بولاية باتنة

## مقدمة

سنحاول من خلال هذا الفصل تقييم مستوى الخدمات الصحية ودراسة آليات تحسينها، وقد تم اختيار ولاية باتنة كمجتمع دراسة لما للقطاع من أهمية سواء من حيث حجم الهياكل والمؤسسات والتجهيزات الصحية أو من حيث الانفاق المالي أو عدد الموارد البشرية، وهذا ما سيتم توضيحه لاحقا.

تعتبر ولاية باتنة عينة جد معبرة لدراسة المنظومة الصحية بالجزائر نظرا للتطور والتشعب الذي أضحى عليه النظام الصحي بالولاية، فهي اليوم تحتل المرتبة الخامسة وطنيا في مجال النظام الصحي والمرتبة الثانية من حيث التقسيم الهيكلي بعد الجزائر العاصمة،

وقد تم اختيار القطاع العام كمجتمع لدراستنا نظرا لما له من أهمية بالغة للمواطن والدولة فهو المرآة العاكسة لجهود السلطة في تقديم مستوى جيد للخدمات الصحية. إذ نجد معظم المرضى يتجهون للقطاع العام نظرا لمجانبة العلاج وتوفر الإمكانيات المادية والبشرية.

ولإنجاز هذه الدراسة الميدانية ارتأينا أن نقسم هذا الفصل إلى أربعة مباحث بحيث:

- المبحث الأول التعريف بالمنظومة الصحية لولاية باتنة ومختلف هياكلها؛
- المبحث الثاني والذي نبين من خلاله مختلف الامكانيات المادية والبشرية المكونة للمؤسسات الاستشفائية العمومية واهم المؤشرات الصحية؛
- المبحث الثالث فخصص للإجراءات المنهجية لهذه الدراسة الميدانية؛
- المبحث الأخير والذي يتناول معالجة البيانات والاحصائيات، تحليلها تفسيرها واستخلاص النتائج، التوصيات والآليات التي نراها كفيلة بتصحيح الانحرافات السلبية ودعم الايجابية منها وبهذا المساهمة في تحقيق أهداف النظام.

## المبحث الأول: ماهية المنظومة الصحية لولاية باتنة

سنحاول من خلال هذا المبحث تبين هيكلية وتنظيم المجتمع موضوع الدراسة في هذا البحث (المنظومة الصحية بولاية باتنة) لسنة 2014، وذلك بالتطرق لمختلف المعلومات المتعلقة بالولاية انطلاقا من المعلومات العامة وصولا إلى هيكلية النظام الصحي وتقسيماته بالولاية.

### I مدخل لولاية باتنة

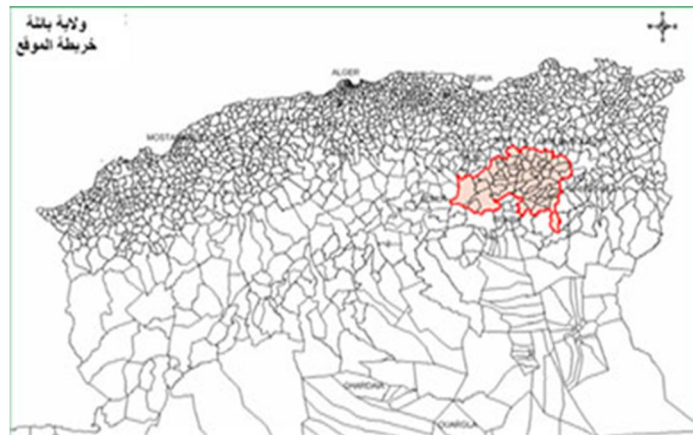
قبل التطرق للقطاع الصحي بالولاية، سنقوم أولا باستعراض بعض المعلومات العامة، بحيث تعتبر ولاية باتنة أكبر الولايات في الجزائر سواء من حيث المساحة أو من حيث عدد السكان، وهذا ما ينعكس على المنظومة الصحية للولاية التي تعتبر بدورها أحد أهم القطاعات في الوطن. وهذا ما سيتضح من خلال المعلومات أدناه.

### 1.1 الوضعية الجغرافية لولاية باتنة

جغرافيا تقع الولاية بمنطقة الشرق الجزائري ما بين الدرجة 4 والدرجة 7 من خط الطول الشرقي والدرجة 35 و36 من خط العرض الشمالي، أما مساحتها فتقدر بحوالي 12.038.76 كم<sup>2</sup>.

يحد الولاية من الشمال ولاية ميلة ومن الشمال الشرقي ولاية أم البواقي ومن الشمال الغربي ولاية سطيف ومن الشرق ولاية خنشلة ومن الغرب ولاية المسيلة ومن الجنوب ولاية بسكرة.

الشكل رقم: 06 الخريطة توضح موقع الولاية في الجزائر.



المصدر: موقع مديرية الصحة لولاية باتنة

## 2.1 الوضعية الإدارية لولاية باتنة

إداريا ولاية باتنة تتكون من إحدى وعشرون (21) دائرة وإحدى وستون بلدية وتقسم دوائر وبلديات ولاية باتنة على النحو التالي:

## الجدول رقم 15: يوضح دوائر وبلديات ولاية باتنة

الدوائر	البلديات
باتنة	باتنة - وادي الشعبة - فسديس
تازولت	تازولت - عيون العصافير
المعذر	المعذر - جرمة - بومية - عين ياقوت
آريس	آريس - تيغانين
ثنية العابد	ثنية العابد - شير - وادي الطاقة
مروانة	مروانة - قصر بلزمة - حيدوسة - واد الماء
بريكة	بريكة - بيطام - أمدوكال
عين التوتة	عين التوتة - بني فضالة - معافة - أولاد عوف
نقاوس	نقاوس - سفيان - بومقر
سريانة	سريانة - لازرو - زانة البيضاء
رأس العيون	رأس العيون - قيقبة - الرحبات - أولاد سلام - تالخت - القصبات
تكوت	تكوت - غسيرة - كيمل
بوزينة	بوزينة - لارباع
إشمول	إشمول - إينوغنسن - فم الطوب
منعة	منعة - تيغراغار
الشمرة	الشمرة - بوهيلات

عين جاسر	عين جاسر - الحاسي
الجزار	الجزار - أولاد عمار - عزيل عبد القادر
أولاد سي سليمان	أولاد سي سليمان - تاكسلانت - لمسان
سقانة	سقانة - تيلاطو
تيمقاد	تيمقاد - أولاد فاضل
21 دائرة	61 بلدية

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

الشكل رقم 07: يوضح موقع البلديات والدوائر بولاية باتنة



المصدر: موقع مديرية الصحة لولاية باتنة

### 3.1 تعداد وتوزيع سكان ولاية باتنة حسب التقسيم الإداري

خلال سنة 2014 بلغ عدد سكان ولاية باتنة 1246111 نسمة موزعة على المناطق الحضرية الأرياف والمناطق الهامشية، والجدول رقم (16) يوضح ذلك:

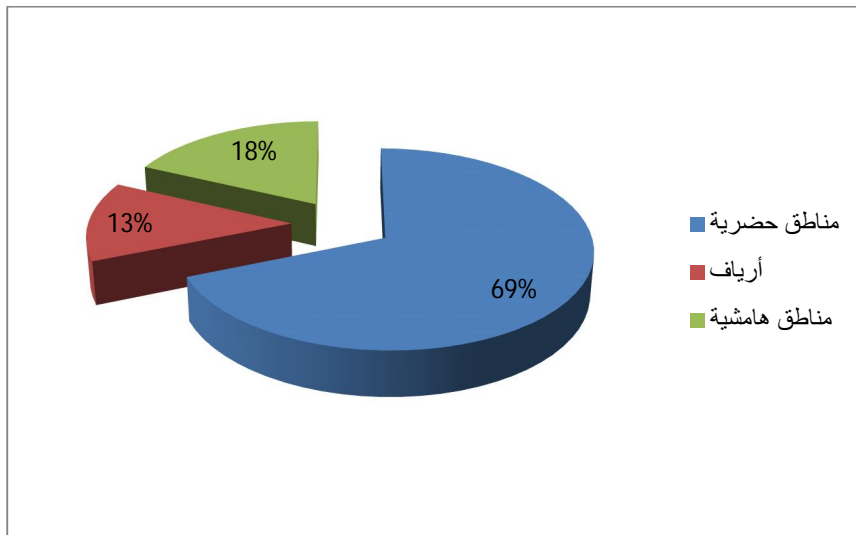
الجدول رقم (16): توزيع سكان ولاية باتنة حسب نوع المناطق السكنية

النسبة المئوية	عدد السكان	نوع منطقة تركز السكان
68.87	858184	مناطق حضرية
13.09	163096	أرياف
18.04	224831	مناطق هامشية
100	1246111	المجموع

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على إحصائيات مديرية الصحة والسكان بولاية باتنة

ويعتبر الشكل رقم (08) النتائج المدونة في الجدول أعلاه.

الشكل رقم (08): توزيع سكان ولاية باتنة حسب نوع المناطق السكنية



المصدر: تم إعداده بالاعتماد على إحصائيات مديرية الصحة والسكان بولاية باتنة



نلاحظ أن أعلى الكثافة السكانية لولاية باتنة مرتفعة فهي تفوق المليون نسمة، والتي يتمركز أغلبها في المناطق الحضرية بنسبة تفوق 69%، بينما نجد أن عدد السكان بالأرياف منخفض ويقدر بحوالي 13%.

## II التعريف بالمنظومة الصحية لولاية باتنة

في إطار سياسة إصلاح المستشفيات التي انتهجتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي تهدف إلى جوارية العلاج من المواطن وترقية مستوى الخدمات وتقريب الهياكل الصحية من المواطن والتي بدأت تتجسد على أرض الواقع بالتجمعات السكانية الأكثر بعدا عن مقر الولاية مع تكوين المستخدمين في شتى المجالات للقيام بتكفل أفضل بالمرضى تم إنشاء الخريطة الصحية لولاية باتنة بموجب المرسوم التنفيذي رقم: 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

### II 1. الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

بموجب المرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المحدد لقواعد تنظيم وتسيير مديريات الصحة والسكان للولايات يقع مقر مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة بنهج الولاية الجديدة وهي منظمة كما هو موضح في الملحق رقم 03.

ويبين الهيكل التنظيمي بمديرية الصحة لولاية باتنة أنها تضم عدة مكاتب موزعة على ستة مصالح هي:

#### ✓ مصلحة الموارد البشرية والشؤون القانونية و تتضمن:

- مكتب المستخدمين.
- مكتب التكوين.
- مكتب الشؤون القانونية و المنازعات.

#### ✓ مصلحة التخطيط و الوسائل و تتضمن:

- مكتب الخريطة الصحية و الإحصائيات.
- مكتب الاستثمار و الصفقات.
- مكتب الميزانية و المراقبة.

#### ✓ مصلحة الهياكل و المهن الصحية و تتضمن:

- مكتب تنظيم و تقييم الهياكل العمومية.
- مكتب القطاع الخاص.
- مكتب الاستعجالات و الإسعافات.

✓ مصلحة الوقاية و تتضمن:

- مكتب البرامج الصحية.
- مكتب الأمراض المتنقلة و الأمراض غير المتنقلة.
- مكتب الحماية الصحية في الوسط الخاص.

✓ مصلحة السكان و تتضمن:

- مكتب الصحة الإنجابية و التنظيم العائلي.
- مكتب برامج السكان.
- مكتب الإعلام التربوي و الاتصال.

✓ مصلحة النشاط الصحي و المواد الصيدلانية و تتضمن:

- مكتب ترقية العلاجات القاعدية و الصحة العقلية.
- مكتب تنظيم المواد الصيدلانية.
- مكتب النشاط الصحي و متابعة اللجان الطبية.

## II 2. الهياكل العمومية والشبه عمومية والخاصة بالمنظومة الصحية لولاية باتنة

قبل التطرق لمكونات المنظومة الصحية لولاية باتنة يجب اولا إيجاز القطاع الصحي للولاية كما يلي:

- **المستوى الأول:** المركز استشفائي الجامعي (CHU)؛ و يضم 22 تخصص و 5 مخابر.
- **المستوى الثاني:** المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)؛ وعددها اثنان في الولاية (المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر، والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في التوليد الأم والطفل بباتنة)؛
- **المستوى الثالث:** المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)، وعددها 9 بالولاية (واحد بباتنة، اثنان بمروانة، اثنان ببريكة، اثنان بباريس، واحد بنقاوس وواحد بعين التوتة)؛

- **المستوى الرابع:** المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)، وعددها 10 بالولاية (باتنة، عين توتة، مروانة، باريكة، أريس، رأس العيون، عين جاسر، نقاوس، ثنية العابد والمعذر)، وتعتبر هذه الأخيرة إدارات متواجد بالدوائر السابقة الذكر لكل منها فروع في البلديات موزعة بين مستوصفات (Salle de soin) وعيادات متعددة التخصصات (Polyclinique)؛ وللإشارة فقط فإن هناك حوالي 300 مستوصف بالولاية، بينما تحتوي بلدية دائرة على 32 مستوصف و5 عيادات متعددة التخصصات.
- **الخواص:** يمكن إيجاز هذا الجانب في: أكثر من 14 عيادة منها 4 لتصفية الكلى، أكثر من 14 مؤسسة بيع المواد الصيدلانية والشبه صيدلانية بالجملة، 07 مؤسسات نقل صحي بحظيرة سيارات تضم 28 مركبة، أكثر من 200 عيادة طب عام، أكثر من 280 عيادة طب متخصص، أكثر من 300 عيادة جراحة أسنان، أكثر من 280 صيدلية، 14 مؤسسة موزعة بين مركز طبي اجتماعي (CMS) ومركز طبي للعمل (CMT) يتوجب الإشارة هنا إلى أن كل من (CMS) و(CMT) هي مؤسسات مشتركة عمومية/خاصة.

تتمثل الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية والشبه عمومية والخاصة بولاية باتنة في ما يلي:

#### أ. الهياكل العمومية لقطاع الصحة بولاية باتنة:

يوضح الجدول الموالي الهياكل العمومية بقطاع الصحة لولاية باتنة.

#### الجدول رقم (17): الهياكل العمومية لقطاع الصحة بولاية باتنة

المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) عددها: 01	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS) عددها: 02
- المركز الاستشفائي بن فليس التهامي.	- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية (المعذر)، - المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد (مرم بوعتورة).
المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) عددها: 09	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) عددها: 10
- المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة مستشفى الامراض الصدرية سابقا، - المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة، - المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس، - المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بريكّة، - المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان اميرات بريكّة،	- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة، - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المعذر، - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين التوتة، - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية نقاوس، - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بريكّة، - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مروانة،

<ul style="list-style-type: none"> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس العيون،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين جاسر،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية اريس،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ثنية العابد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة،</li> <li>- المؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة،</li> <li>- المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس1،</li> <li>- المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس2.</li> </ul>
<p><b>قاعة العلاج (Salle de Soins)</b> عددتها: 235</p>	<p><b>عيادة متعددة الخدمات (Polyclinique)</b> عددتها: 57</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة، العدد: 31،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المعذر، العدد: 14،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين التوتة، العدد: 19،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية نقاوس، العدد: 14،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بريكة، العدد: 21،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مروانة، العدد: 19،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس العيون، العدد: 21،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين جاسر، العدد: 22،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية اريس، العدد: 47،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ثنية العابد، العدد: 27.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة، العدد: 09،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المعذر، العدد: 03،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين التوتة، العدد: 04،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية نقاوس، العدد: 06،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بريكة: 08،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مروانة، العدد: 07،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس العيون، العدد: 05،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين جاسر، العدد: 05،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية اريس، العدد: 06،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ثنية العابد، العدد: 04.</li> </ul>
<p><b>مخابر الوقاية للولاية</b> عددتها: 01</p>	<p><b>مدرسة التكوين شبه الطبي</b> عددتها: 01</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مخبر التطهير الولائي.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- مدرسة التكوين شبه الطبي (500) مقعد بيداغوجي.</li> </ul>
<p><b>عيادة توليد ريفية</b> عددتها: 12</p>	<p><b>وحدة كشف ومتابعة للطب المدرسي</b> عددتها: 40</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة، العدد: 02،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المعذر، العدد: 03،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بريكة، العدد: 02،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس العيون، العدد: 01،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين جاسر، العدد: 01،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية اريس، العدد: 02،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ثنية العابد، العدد: 01.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية باتنة، العدد: 13،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية المعذر، العدد: 02،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين التوتة، العدد: 03،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية نقاوس، العدد: 04،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بريكة، العدد: 04،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مروانة، العدد: 02،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية رأس العيون، العدد: 02،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين جاسر، العدد: 02،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية اريس، العدد: 05،</li> <li>- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ثنية العابد، العدد: 03.</li> </ul>
<p>بالإضافة إلى المرافق العمومية السابقة نجد بالولاية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 06 وحدات مراقبة ومعالجة السل والأمراض التنفسية،</li> <li>- 52 مكتب بلدي لحفظ الصحة.</li> </ul>	

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على احصائيات مديرية الصحة والسكان ولاية باتنة

يوضح لنا الجدول رقم (17) أن ولاية باتنة تحتوي على عدة هياكل صحية عمومية، بحيث:

- مركز استشفائي جامعي واحد (المركز الاستشفائي بن فليس التهامي).
  - مؤسستين استشفائيتين متخصصتين أحدهما في الأمراض العقلية بالمعذر والأخرى في طب النساء والتوليد ببلدية باتنة.
  - تسعة مؤسسات عمومية استشفائية.
  - 10 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية.
  - 57 عيادة متعددة الخدمات.
  - 235 قاعة علاج.
  - بالإضافة إلى مدرسة تكوين شبه طبي، مخبر للوقاية، وحدات كشف ومتابعة للطب المدرسي، عيادات توليد ريفية، وحدات مراقبة ومعالجة السل ومكاتب بلدية لحفظ الصحة.
- ب. الهياكل الشبه عمومية والخاصة بقطاع الصحة ولاية باتنة

يمكن إنجاز الهياكل الخاصة والشبه عمومية بقطاع الصحة لولاية باتنة كما يلي:

الجدول رقم (18): الهياكل الشبه عمومية والخاصة بقطاع الصحة ولاية باتنة

مراكز تصفية الدم والكلية عددتها: 04	العيادة الطبية الجراحية الخاصة عددتها: 11
- مركز رناديال بباتنة،	- عيادة خاصة استشفائية للتوليد الإحسانيات،
- مركز المغرب العربي بباتنة،	- عيادة خاصة استشفائية للتوليد محمد الصادق،
- مركز لوشن بباتنة،	- عيادة خاصة استشفائية نزيمة،
- مركز عدة بباتنة.	- عيادة خاصة استشفائية للتوليد الزهور،
	- عيادة خاصة استشفائية للتوليد ابن سيناء،
	- عيادة طبية للطبيب زعجوب،
	- عيادة طبية للأمراض الصدرية،
	- عيادة خاصة استشفائية للتوليد الحياة،
	- عيادة خاصة استشفائية للتوليد الأرز،
	- عيادة خاصة جراحية النور،
	- عيادة خاصة جراحية طه.
يضاف إلى الهياكل السابقة ما يلي	مخابر التحليل الطبي عددتها: 05

-	مخبر حليس بباتنة،	-	عيادة طبية متخصصة، عددها 165،
-	مخبر سعد العود بباتنة،	-	عيادة طب عام، عددها 278،
-	مخبر بن امغار بباتنة،	-	عيادة جراحة أسنان، عددها 224،
-	مخبر قوارف طريق تازولت بباتنة،	-	قاعة علاج خاصة، عددها 25،
-	مخبر قوارف 150 مسكن بباتنة.	-	وحدات النقل الصحي، عددها 05،
		-	مؤسسة توزيع الأدوية بالجملة، عددها 14،
		-	وحدة صيدال لإنتاج وتوزيع الأدوية، عددها 01.

بالإضافة إلى ما سبق هناك مراكز صحية اجتماعية تابعة لمختلف المؤسسات الاقتصادية التي تتكفل بصحة العمال وعائلاتهم.

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على إحصائيات مديرية الصحة والسكان ولاية باتنة

يوضح الجدول السابق، أن المؤسسات الشبه عمومية والخاصة تشكّلان أيضا جزءا معتبرا من القطاع

الصحي لولاية باتنة فهي تحتوي على:

- 11 عيادة طبية جراحية.
- 04 مراكز لتصفية الدم والكلية.
- 05 مخابر تحليل.
- بالإضافة إلى ما يفوق 700 عيادة.

### III. التجهيزات الطبية والموارد البشرية بالمنظومة الصحية ولاية باتنة

سنستعرض في هذا العنصر الموارد البشرية الناشطة بالمنظومة الصحية وكذلك التجهيزات المستخدمة في ولاية باتنة سواء في القطاع العام أو الخاص.

#### III.1. الموارد البشرية بالمنظومة الصحية لولاية باتنة:

تمثل الموارد البشرية بالمنظومة الصحية لولاية باتنة مختلف العمال والعاملين بها من أطباء واعوان شبه وطبيين وصيادلة ..، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم (19): الموارد البشرية الطبية بالقطاع الصحي لولاية باتنة

العدد بالقطاع الخاص	العدد بالقطاع العام	العدد الاجمالي	الصفة
278	576	854	طبيب عام
165	287	452	طبيب مختص

224	125	349	طبيب جراح أسنان
276	17	293	طبيب صيدلي

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على احصائيات مديرية الصحة والسكان ولاية باتنة

يمثل الجدول السابق توزيع الموارد البشرية الصحية بين القطاعين العام والخاص ونلاحظ أن عدد هذه

الموارد في القطاع العام أكبر مما هي عليه في القطاع الخاص بالنسبة للطب العام والطب المتخصص بينما تكون في

القطاع الخاص أكبر من القطاع العام فيما يتعلق بطب جراحة الأسنان أو الصيدلة.

### 2.III التجهيزات الطبية بالمنظومة الصحية لولاية باتنة: حسب احصائية مديرية الصحة والسكان ولاية

باتنة لسنة 2013 يمكن ايجاز بعض التجهيزات بالقطاع كما هو مبين في الشكل رقم (07)

الشكل رقم (09): التجهيزات الطبية بقطاع الصحة لولاية باتنة

<ul style="list-style-type: none"> <li>- جهاز الأشعة: عددها 103،</li> <li>- أريكة طب الأسنان: عددها 95،</li> <li>- سكانير: عددها 07، بحيث:</li> </ul>	
القطاع الخاص عددها 05	القطاع العام عددها 02
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مركز التشخيص بالأشعة (بوقلعة، باتنة)،</li> <li>- مركز التشخيص بالأشعة (غسيري، باتنة)،</li> <li>- العيادة المتخصصة (رحمون، بريك)،</li> <li>- العيادة المتخصصة (إبن سيناء، باتنة)،</li> <li>- العيادة المتخصصة (الزهور، باتنة)،</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المركز الاستشفائي الجامعي،</li> <li>- المؤسسة العمومية الاستشفائية (باتنة).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- التصوير بالترددات المغناطيسية (IRI): عددها 02، بحيث:</li> </ul>	
القطاع الخاص عددها 01	القطاع العام عددها 01
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مركز التشخيص بالأشعة (بوقلعة، باتنة)،</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المركز الاستشفائي الجامعي،</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- جهاز تشخيص سرطان الثدي: عددها 04، بحيث:</li> </ul>	
القطاع الخاص عددها 03	القطاع العام عددها 01
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مركز التشخيص بالأشعة (بوقلعة، باتنة)،</li> <li>- مركز التشخيص بالأشعة (غسيري، باتنة)،</li> <li>- العيادة المتخصصة (ماضي).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- المركز الاستشفائي الجامعي،</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- جهاز تشخيص التلف الكبدي: عددها 01،</li> </ul>	

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على احصائيات مديرية الصحة والسكان ولاية باتنة

## IV. مشاريع وهيكل المنظومة الصحية لولاية باتنة

في الألفية الثالثة وبعد انقضاء العشرية السوداء عرفت البنى التحتية والهياكل بصورة عامة انتعاشا كبيرا في مختلف ولايات الجزائر وبمختلف القطاعات، وبالرجوع إلى وضعية ولاية باتنة بصورة خاصة فإن التطور يسير بنفس الاتجاه وربما بوتيرة أكبر نظرا لحجم الولاية ومكانتها سواء من حيث المساحة أو التقسيم الإداري والكثافة السكانية وتوزيعها، وفيما يلي سرد لمختلف العمليات التي أنجزها القطاع بالولاية.

### الجدول رقم (20): العمليات المنجزة بمديرية الصحة لولاية باتنة (2011/2005)

سنة 2005	
- تجهيز جناح العمليات الجراحية لمستشفى مروانة،	- ترميم الوحدات الخفيفة،
- ترميم الهياكل الاستشفائية،	- دراسة وإنجاز مركز صحي بواد الطاقة.
سنة 2006	
- اقتناء 15 سيارة إسعاف لفائدة القطاعات الصحية،	- دراسة وإنجاز مركز صحي بتازولت،
- اقتناء وتركيب تجهيزات طبية لفائدة القطاعات الصحية،	- تهيئة الوحدات الخفيفة عبر تراب الولاية،
- دراسة وإنجاز عيادة متعددة الخدمات بعين التوتة،	- دراسة وإنجاز عيادة متعددة الخدمات بتيغراغار،
- دراسة وإنجاز مركز صحي بباتنة،	- تهيئة الوحدات الخفيفة عبر تراب الولاية،
- دراسة وإنجاز مركز صحي بمروانة،	- اقتناء وتركيب تجهيزات طبية جراحية لفائدة القطاعات الصحية،
- اقتناء 10 سيارات إسعاف لفائدة القطاعات الصحية،	- اقتناء وتركيب تجهيزات طبية جراحية لفائدة القطاعات الصحية،
- دراسة وإنجاز مركز حقن الدم بباتنة،	- دراسة وإنجاز مركزين صحيين بزانة البيضاء والرحبات،
- دراسة وإنجاز عيادة متعددة الخدمات بعين جاسر،	- تجديد التجهيزات الجماعية الأفرشة والأغطية،
- اقتناء سيارات إسعاف، شاحنة وسيارة رباعية الدفع،	- دراسة وإنجاز وتجهيز ملحق معهد باستور بباتنة.
سنة 2007	
- دراسة وإنجاز مركز مكافحة السرطان بباتنة،	- دراسة وإنجاز مركز صحي بعين العصافير،
- اقتناء 09 سيارات نفعية،	- اقتناء 04 خزانات أكسجين،
- دراسة وإنجاز مركز وسيط لمعالجة الإدمان بباتنة،	- تهيئة وترميم الوحدات الخفيفة،
- دراسة وإنجاز عيادة متعددة الخدمات ببريكة،	- إنجاز وتجهيز مستشفى الأمراض العقلية بالمعذر،
- تهيئة وترميم المستشفيات،	- اقتناء تجهيزات طبية لفائدة القطاعات الصحية،
- اقتناء تجهيزات طبية لفائدة القطاعات الصحية.	
سنة 2008	
- تهيئة وتجهيز مقر مديرية الصحة،	- دراسة وإنجاز عيادة متعددة الخدمات بانغوسين،
- تهيئة وتوسيع مخبر الوقاية،	- دراسة وإنجاز عيادة متعددة الخدمات بفسديس،
- تهيئة جناح الداخلية التربوي و توسيع مدرسة التكوين	- تجديد السوائل الطبية لفائدة المؤسسات الصحية مستشفى أريس



<p>(1)، مستشفى أريس (2)، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مرتم بوعتورة باتنة، مستشفى سليمان عميرات بيريكة، مستشفى محمد بوضياف بيريكة، مستشفى عين التوتة، مستشفى زينة مسيكة بمروانة،</p> <p>- دراسة وانجاز جناح الاستعجالات بأريس.</p> <p>- دراسة وانجاز عيادة متعددة الخدمات ببوهليلات،</p>	<p>الشبه الطبي،</p> <p>- دراسة وانجاز مستشفى 120 سرير بثنية العابد،</p> <p>- دراسة وانجاز مستشفى 120 سرير برأس العيون،</p> <p>- دراسة وانجاز متعدد الخدمات ببوزينة،</p> <p>- دراسة وانجاز جناح الاستعجالات باتنة،</p> <p>- دراسة وانجاز عيادة متعددة الخدمات بالشعبة،</p>
<b>سنة 2009</b>	
<p>- اقتناء تجهيزات طبية للهياكل الخفيفة،</p> <p>- اقتناء تجهيزات طبية للعيادة المتعددة الخدمات،</p> <p>- توسيع مستشفى أريس،</p> <p>- اقتناء التجهيزات الطبية لمركز مكافحة السرطان.</p>	<p>- تجديد الأفرشة والأغطية للمؤسسات الصحية،</p> <p>- اقتناء سيارتي إسعاف لفائدة وحدة الإسعاف (SAMU 05)،</p> <p>- تهيئة الهياكل الخفيفة،</p> <p>- ترميم 07 عيادات متعددة الخدمات،</p>
<b>سنة 2010</b>	
<p>- ترميم مدرسة التكوين الشبه الطبي،</p> <p>- توسيع وتجهيز المؤسسة الاستشفائية للأم والطفل،</p> <p>- اقتناء التجهيزات الطبية لجناح الاستعجالات باتنة وأريس.</p>	<p>- دراسة وانجاز عيادة متعددة الخدمات بغسيرة،</p> <p>- انجاز مستشفى 60 سرير بتكوت،</p> <p>- انجاز جناح للاستعجالات لفائدة المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة،</p>
<b>سنة 2011</b>	
<p>- اقتناء جهاز السكانير لمستشفى بيريكة،</p> <p>- اقتناء التجهيزات الطبية الجراحية لفائدة المؤسسات الصحية،</p> <p>- انجاز عيادة توليد بيريكة العملية.</p>	

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على احصائيات مديرية الصحة والسكان ولاية باتنة

نلاحظ من الجدول السابق أن مديرية الصحة بولاية باتنة عملة على التزود بالعديد من الهياكل والبنى التحتية انطلاقا من سنة 2005 إلى غاية سنة 2011 مما سمح لها بتعويض جزء كبير من النقص الذي كانت تعرفه في هذه الهياكل في الفترات السابقة، ويعود ذلك إلى السياسة الوطنية المنتهجة في ما يتعلق بترقية وتطوير الخدمات الصحية.

## المبحث الثاني: تقييم الامكانيات المادية والبشرية بالمنظومة الصحية لولاية باتنة

يتم من خلال هذا المبحث تقييم للإمكانيات المادية والتي تمثلت اساسا في توزيع عدد الأسرة على مختلف مصالح بالمؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية باتنة، والامكانيات البشرية والتي تمثلت في مختلف العاملين بها من طاقم طبي واداري واعوان شبه طبيين...، وقبل التطرق الى ذلك يجب اولا الوقوف على اهم المؤشرات الصحية والمتمثلة خصوصا في صحة الام والطفل.

### 1. المؤشرات الرئيسية للصحة

يتم التطرق الى اهم المؤشرات ومقارنتها خلال السنوات الخمس 2009-2013 الخاصة بولاية باتنة كما يلي:

### 1.1 مجموع الولادات

يمثل مجموع الولادات ومجموع الولادات بالوسط الاستشفائي خلال مدار السنة لكل من السنوات الخمس 2009-2013 وهذا ما يوضحه الجدول التالي"

الجدول رقم 21: مجموع الولادات والولادات بالوسط الاستشفائي لولاية باتنة

السنة	2009	2010	2011	2012	2013
مجموع الولادات	27360	27496	27590	27840	27910
مجموع الولادات بالوسط الاستشفائي	27732	27841	27910	28198	28270

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان مجموع الولادات في زيادة مستمرة وبنسب متفاوتة خلال كل سنة نفس الملاحظة بالنسبة لمجموع الولادات بالوسط الاستشفائي، كما نلاحظ ان مجموع الولادات بالوسط الاستشفائي اكبر بأضعاف مجموع الولادات خارج الوسط الاستشفائي، ويتم حساب هذا الاخير بطرح مجموع الولادات من مجموع الولادات بالوسط الاستشفائي اذ نجد العدد بسيط جدا مقارنة مع العدد بمجموع الولادات بالوسط الاستشفائي، و يعود هذا الفرق الى تعذر الوصول للمستشفى وظروف استثنائية اخرى.

**2.1 عدد الولادات الحية**

الجدول رقم 22: عدد الولادات الحية

السنة	2009	2010	2011	2012	2013
عدد الولادات حية	27032	27176	27275	27530	27590

المصدر: من اعداد الطلبة بالاعتماد على مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان مجموع عدد الولادات الحية بلغ خلال سنة 2013 ب 27590 وهو في تزايد بصفة مستمرة وبنسب متفاوتة خلال كل سنة.

**3.1 عدد الولادات الميتة**

الجدول رقم 23: عدد الولادات الميتة

السنة	2009	2010	2011	2012	2013
عدد الولادات ميتة	654	665	670	668	674

المصدر: من اعداد الطلبة بالاعتماد على مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان مجموع عدد الولادات الميتة بلغ خلال سنة 2009 ب 654 واذا تم مقارنته مع باقي السنوات نجد انه في تذبذب اذ ارتفع في سنة 2011 ليصبح 670 ولادة ميتة ثم في سنة 2012 اصبح 668 هذا ما يفسر وجود خلل في المنظومة الصحية ويجب البحث عن الاسباب ارتفاع معدل الولادات الميتة خلال مدار السنة.

**4.1 عدد الاطفال المولودين احياء ثم ماتو بعد عام**

الجدول رقم 24: عدد الولادات احياء لولاية باتنة

السنة	2009	2010	2011	2012	2013
عدد الأطفال المولودين احياء ثم ماتو.	389	397	400	394	397

المصدر: من اعداد الطلبة بالاعتماد على مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان مجموع عدد الاطفال المولودين احياء ثم ماتو خلال السنوات الخمس تراجع في سنة 2012 بعدد 394 وهو عدد مرتفع نسبيا ويعود ذلك الى مشاكل مبكرة او اخطاء طبية ويجب

للمعنيين من طاقم طبي الاخذ بعين الاعتبار هذه المعدلات المتذبذبة والبحث في اسباب موت هاذ الاطفال الذين ولدو احياء وتوعية المعنيين بضرورة المتابعة الطبية.

## I. 5 عدد الولادات العمليات القيصرية والولادات المبكرة

الجدول رقم 25: عدد الولادات العمليات القيصرية والولادات المبكرة

السنة	2009	2010	2011	2012	2013
عدد الولادات المبكرة	547	653	675	664	671
عدد الولادات بعمليات قيصرية	3124	3151	3187	3214	3225

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان مجموع عدد الولادات المبكرة اي تلك الولادات التي لم تكتمل المدة المحددة لها في زيادة مستمرة خلال الخمس سنوات وهذا دليل على غياب المراجعة الدورية وعدم اهتمام المسؤولين وهذا ما يؤدي الى تراجع في المؤشرات واختلال في المنظومة الصحية، كما نلاحظ ان عدد الولادات بعملية قيصرية في ارتفاع مستمر خلال سنوات الدراسة ويعود ذلك الى اسباب صحية ونفسية لحالة المريض التي يجب دائما على الطبيب تشخيصها بصفة دورية ولازمة.

من خلال المؤشرات الرئيسية السابقة والتي تخص صحة الام والطفل نلاحظ ضعف في المنظومة الصحية لولاية باتنة اذ لا يوجد تحسن خلال السنوات محل الدراسة، حيث نلاحظ ان في كل سنة تراجع بنسب متفاوتة في النتائج، وهذا بسبب غياب الاصلاحات وتشخيص للأسباب الرئيسية من طرف المختصين والمسؤولين على هاذ القطاع الحساس.

## II. توزيع الأسرة حسب المصالح الاستشفائية بالمؤسسات الصحية لولاية باتنة

يتم التطرق الى توزيع عدد الاسرة بالنسبة للمصالح المتواجدة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية باتنة.

### 1.11. توزيع الأسرة حسب مصالح المركز الاستشفائي الجامعي

المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة يساهم في التكفل الطبي لسكان المنطقة الجنوبية الشرقية من الوطن و المقدر عددهم بأكثر من 4 ملايين نسمة (خنشلة- بسكرة- ام البواقي- تبسة- مسيلة و الوادي) إضافة إلى العلاج النوعي الذي يقدمه المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة فو يضمن التكوين في المجال الطبي

## الجدول 26: عدد الاسرة لمصالح المركز الاستشفائي الجامعي

عدد الأسرة	المصالح
32	أمراض القلب
30	أمراض الغدد
30	أمراض الدم
58	الطب الباطني
26	أمراض الكلى
24	الإنعاش الطبي
150	الجراحة العامة
52	طب الأطفال
33	أمراض العيون
123	الرضوض و الصدمات
35	جراحة الأعصاب
18	مركز تصفية الدم
24	الاستعمالات الطبية الجراحية
<b>635</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

وهناك مصالح اخرى:

- مصلحة طب العمل
- مصلحة الأوبئة و الطب الوقائي
- مصلحة الطب الشرعي
- مصلحة التأهيل الحركي
- وحدة الإسعاف الطبي الاستعجالي

- مصلحة الاستشفاء المنزلي
- مصلحة الصيدلة
- مخابر: التشريح - الأنسجة - التشريح المرضي - البيوكيمياء - الجهاز الدموي - البيكتريولوجيا - الفطريات - المصل المناعي - الهرموني و الاستقلابي
- الأشعة : بالتردد المغناطيسي - سكانير - تشخيص داء سرطان الثدي - الأشعة العادية - التصوير بالتردد الصوتي - التشخيص بالمنظار - جهاز تخطيط دقات القلب .

## II. 2. المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد مريم بوعتورة

الجدول رقم 27: عدد الاسرة لمصالح مؤسسة امراض النساء والتوليد مريم بوعتورة

عدد الأسرة	المصالح
120	طب النساء
24	طب حديثي الولادة
26	طب الأطفال
24	جراحة الأطفال
<b>194</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول السابق ان اكبر عدد للأسرة لمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في امراض النساء والتوليد مريم بوعتورة تمثل في مصلحة طب النساء اذ يمثل اكبر نسبة 61.5% من اجمالي عدد الاسرة ثم تليها مصلحة طب الاطفال بنسبة 13.4% واخيرا مصلحتي طب حديثي الولادة وجراحة الاطفال بنسبة متساوية بلغت 12.3%.

## II. 3. المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر

## الجدول رقم 28: عدد الاسرة لمصالح مؤسسة الامراض العقلية بالمعذر

عدد الأسرة	المصالح
44	العلاج الحر رجال
44	العلاج الحر نساء
12	الاستعجالات و الفحوصات
/	الأمراض العقلية للأطفال
44	وضع إجباري
<b>144</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول السابق نلاحظ ان مصلحة الاستعجالات والفحوصات تمثل اقل عدد للأسرة بالنسبة لمؤسسة الامراض العقلية بالمعذر في حين باقي المصالح متساوية بعدد 44 سرير لكل مصلحة، كما نلاحظ ان هاذ المستشفى نحالي من مصلحة الامراض العقلية للأطفال.

## II 4. المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة مستشفى الأمراض الصدرية سابقا

## الجدول رقم 29: عدد الاسرة لمصالح مستشفى الأمراض الصدرية سابقا

عدد الأسرة	المصالح
60	الأمراض الصدرية و التنفسية
60	الأمراض المعدية
48	أمراض الأذن و الحنجرة
<b>168</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول السابق ان مستشفى الامراض الصدرية سابقا يحتوي على ثلاثة مصالح حيث بلغ مجموع اسرتهما ب 168 سرير وكانت مصلحة الامراض الصدرية والتنفسية تحوي على نفس عدد الاسرة لمصلحة الامراض المعدية ب 60 سرير لكل مصلحة في حين بلغ عدد مصلحة امراض الاذن ب 48 سرير.

## 5. II المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة

الجدول رقم 30: عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة

عدد الأسرة	المصالح
34	الجراحة العامة
44	التوليد
58	الطب الباطني
40	طب الأطفال
12	الاستعمالات الطبية الجراحية
188	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول السابق ان المؤسسة العمومية الاستشفائية تحتوي على خمس مصالح متخصصة اذ بلغ عدد اجمالي الاسرة لهذه المستشفى ب 188 سرير وكانت مصلحة الطب الباطني تحتوي على اكبر عدد للأسرة اذ بلغ عددها 58 سرير.

## 6. II المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف -بريكة-

الجدول رقم 31: عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف -بريكة-

عدد الأسرة	المصالح
70	الجراحة العامة



40	طب النساء و التوليد
30	طب الأطفال
16	الاستعجالات الطبية الجراحية
<b>156</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول السابق يتضح لنا ان مستشفى محمد بوضياف يحتوي على اربعة مصالح اذ بلغ العدد الاجمالي للأسرة لهذه المصالح ب 156 سرير في حين كان أكبر عدد للأسرة في مصلحة الجراحة العامة ب 70 سرير.

## II 7. المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات -بريكة

الجدول رقم 32: عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية عميرات -بريكة-

عدد الأسرة	المصالح
60	الجراحة العامة
30	أمراض الكلى
30	الأمراض المعدية
20	الاستعجالات الطبية الجراحية
<b>140</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول السابق يتضح لنا ان مستشفى عميرات بريكة يحتوي على 140 سرير بالنسبة لأربعة مصالح متخصصة وكان أكبر عدد للأسرة في مصلحة الجراحة العامة ب 60 سرير.

## II 8. المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس

## الجدول رقم 33: عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس

عدد الأسرة	المصالح
60	الجراحة العامة
70	طب الداخلي
60	طب الأطفال
60	طب النساء و التوليد
18	الاستعجالات الطبية الجراحية
<b>268</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول السابق بان المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس تضم خمسة مصالح متخصصة اذ بلغ عدد الاسرة الاجمالي ب 268 سرير، وكانت مصلحة الطب الداخلي تضم اكبر عدد من الاسرة

## 9. II المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة

## الجدول رقم 34: عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة

عدد الأسرة	المصالح
60	الجراحة العامة
20	الأمراض المعدية
60	طب الداخلي
10	الاستعجالات الطبية الجراحية
<b>150</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول السابق يتضح لنا ان مستشفى علي النمر بمروانة يحتوي على 150 سرير موزع على اربعة مصالغ متخصصة، وكان اكبر عدد للأسرة في مصلحة الجراحة العامة اذ بلغ 60 سرير.

## 10. II المؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة

الجدول رقم 35: عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة

عدد الأسرة	المصالح
40	طب الأطفال
44	طب النساء و التوليد
84	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

## 11. II المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1

الجدول رقم 36: عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1

عدد الأسرة	المصالح
74	الجراحة العامة
40	طب الداخلي
24	الاستعجالات الطبية الجراحية
138	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول السابق نلاحظ ان المؤسسة العمومية الاستشفائية 1 تحتوي على 138 سرير موزع على ثلاث مصالغ متخصصة، وكان اكبر عدد للأسرة في مصلحة الجراحة العامة ب 74 سرير.

**12. II المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2****الجدول رقم 37: عدد الاسرة لمصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2**

عدد الأسرة	المصالح
50	طب الأطفال
48	التوليد
16	تصفية الدم
<b>114</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول السابق نلاحظ ان المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2 تحوي على 114 سرير موزع على ثلاثة مصالح ، واحتلت المصلحة المتخصصة بطب الاطفال أكبر عدد من الاسرة قدر ب 50 سرير.

**III. توزيع الموارد البشرية حسب الوظائف بالمؤسسات الصحية لولاية باتنة**

يتم التطرق الى توزيع مختلف الموارد البشرية من طاقم طبي واداري واعوان شبه طبيين على المؤسسات الاستشفائية العمومية لولاية باتنة.

**1. III المركز الاستشفائي الجامعي****الجدول رقم 38: توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي**

العدد	المركز أأستشفائي الجامعي
04	أساتذة
09	-
68	أساتذة مساعدون
99	أطباء أخصائيين

165	أطباء مقيمون
79	أطباء عامون
05	جراحوا الأسنان
03	صيادلة
844	شبه الطبيين
07	أطباء نفسانيون
650	إداريون و غيرهم
<b>1933</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول السابق يتضح لنا ان المركز الاستشفائي الجامعي يضم 1933 مورد بشري موزع حسب تخصص العمال من اطباء واداريون و...، وكان اكبر طاقم بشري هو العمال الاداريون وغيرهم بعدد 650 عامل .

### III. 2. المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد مريم بوعتورة

الجدول رقم 39: توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد مريم بوعتورة

العدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء و التوليد
11	أطباء اخصائين
20	أطباء عامون
01	صيادلة
99	شبه الطبيين

76	قابلات و مولدات
02	أطباء نفسانيون
82	إداريون و غيرهم
291	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول السابق يتضح لنا ان المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في امراض النساء والتوليد تضم 291 طاقم طبي واداري، وكان أكبر عدد مثل فئة الشبه طبيين بعدد 99 عامل.

### III. 3. المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر

الجدول رقم 40: توزيع الموارد البشرية بمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر

العدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر
07	أطباء احصائين
06	أطباء عامون
01	جراحة أسنان
01	صيادلة
47	شبه الطبيين
09	أطباء نفسانيون
25	إداريون و غيرهم
96	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان مستشفى الامراض العقلية بالمعذر يحتوي على مجموع موارد بشرية بلغ عددها 96 عامل في حين كان اكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان شبه طبيين الذي بلغ عددهم 47 عامل.

### III 4. المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة مستشفى الأمراض الصدرية سابقا

الجدول رقم 41: توزيع الموارد البشرية بمستشفى الأمراض الصدرية سابقا باتنة

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة
20	أطباء اختصاصيين
14	أطباء عامون
01	جراحة أسنان
01	صيادلة
166	شبه الطبيين
01	أطباء نفسانيون
51	إداريون
65	أعوان تقنيون و أعوان المصالح
320	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان مستشفى الامراض الصدرية سابقا يضم 320 موظف موزعين حسب تخصص العمل والمهام، اذ بلغ اكبر طاقم للأعوان شبه الطبيين عدد 166 عامل.

### III 5. المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة

## الجدول رقم 42: توزيع الموارد البشرية المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة
12	أطباء اخصائين
18	أطباء عامون
04	جراحة أسنان
01	صيادلة
138	شبه الطبيين
26	قابلات و مولدات
142	إداريون و غيرهم
<b>341</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة يحتوي على مجموع موارد بشرية بلغ عددها 341 عامل في حين كان اكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان الاداريون وغيرهم الذي بلغ عددهم 142 عامل.

## III. 6. المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - بركة-

## الجدول رقم 43: توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - بركة-

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - بركة-
21	أطباء عامون
01	صيادلة
123	شبه الطبيين



17	قابلات و مولدات
148	إداريون و غيرهم
<b>310</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف تضم موارد بشرية بلغ عددها 310 عامل في حين كان اكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان الاداريون وغيرهم الذي بلغ عددهم 148 عامل.

### III. 7. المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات -بريكة-

الجدول رقم 44: توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات -بريكة-

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات -بريكة-
04	أطباء عامون
17	أطباء مختصون
01	صيادلة
76	شبه الطبيين
01	أطباء نفسانيون
64	إداريون و غيرهم
<b>163</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات تضم موارد بشرية بلغ عددها 163 عامل في حين كان اكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان الشبه طبيين الذي بلغ عددهم 76 عامل.

## III 8. المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس

الجدول رقم 45: توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس
20	أطباء عامون
14	أطباء مختصون
02	جراحة الأسنان
01	صيادلة
181	شبه الطبيين
01	أطباء نفسانيون
14	طب النساء و التوليد
27	إداريون و غيرهم
138	أعوان تقنيون و أعوان المصالح
<b>398</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس تضم موارد بشرية بلغ عددها 398 عامل في حين كان اكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان الشبه طبيين الذي بلغ عددهم 181 عامل.

## III 9. المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة

## الجدول رقم 46: توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة
16	أطباء عامون
12	أطباء مختصون
01	جراحة الأسنان
01	صيادلة
118	شبه الطبيين
20	إداريون و غيرهم
72	أعوان تقنيون و أعوان المصالح
240	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة تضم موارد بشرية بلغ عددها 240 عامل في حين كان أكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان الشبه طبيين الذي بلغ عددهم 118 عامل.

## III. 10. المؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة

## الجدول رقم 47: توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة
09	أطباء عامون
03	أطباء مختصون

01	صيادلة
24	قابلات و مولدات
47	شبه الطبيين
01	أطباء نفسانيون
13	إداريون و غيرهم
34	أعوان تقنيون و أعوان المصالح
<b>133</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المؤسسة العمومية الاستشفائية زيزة مسيكة مروانة تضم موارد بشرية بلغ عددها 133 عامل في حين كان اكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان الشبه طبيين الذي بلغ عددهم 47 عامل.

### III. 11. المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1

الجدول رقم 48: توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1
17	أطباء عامون
06	أطباء مختصون
01	جراحة أسنان
02	صيادلة
122	شبه الطبيين
01	أطباء نفسانيون
27	إداريون و غيرهم

52	أعوان تقنيون و أعوان المصالح
228	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 1 تضم موارد بشرية بلغ عددها 228 عامل في حين كان اكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان الشبه طبيين الذي بلغ عددهم 122 عامل.

### III. 12. المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2

الجدول رقم 49: توزيع الموارد البشرية لمؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2

عدد	المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2
16	أطباء عامون
02	أطباء مختصون
01	جراحة أسنان
01	صيادلة
49	شبه الطبيين
34	قابلات و مولدات
01	أطباء نفسانيون
08	إداريون و غيرهم
24	أعوان تقنيون و أعوان المصالح
136	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على احصائيات من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان المؤسسة العمومية الاستشفائية اريس 2 تضم موارد بشرية بلغ عددها 136 عامل في حين كان اكبر عدد للعمال بالمستشفى هو الاعوان الشبه طبيين الذي بلغ عددهم 49 عامل.

من خلال ما سبق يتضح لنا ان المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية باتنة لا تختلف كثيرا فيما بينها اما من حيث توزيع عدد الاسرة على المصالح المختصة اد نجد ان اكبر عدد للأسرة في معظم هذه المستشفيات تتركز في مصلحة الجراحة العامة والطب الباطني ، واما من حيث توزيع الطاقم الطبي والاداري اد نجد ان اكبر عدد للموظفين في هذه المؤسسات هم الاعوان الشبه طبيين والاداريون وغيرهم.

### المبحث الثاني: المنهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية

من خلال هذا المبحث الثاني سنبين الأسلوب المتبع اعداد الدراسة الميدانية، مختلف الأساليب والآليات، بحيث سيشمل:

- اولاً: توصيف مجتمع الدراسة وكيفية اختيار العينة محل الدراسة،
- ثانياً: توضيح آلية جمع البيانات المستخدمة في الدراسة،
- ثالثاً: استعراض أدوات التحليل الإحصائي وأسباب اختيارها،

#### 1. مجتمع وعينة الدراسة

سنحاول أن نبين في هذا المطلب الأفراد المعنيين بالبحث، انطلاقاً من مجتمع الدراسة وهو المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة وصولاً إلى عينة الدراسة وهي تلك العينة التي تتوزع فيها خصائص المجتمع بنفس النسب الواردة في المجتمع.

#### 1.1 مجتمع الدراسة

يتطلب البحث العلمي تحديداً واضحاً ودقيقاً لمجتمع الدراسة بما يتماشى مع عنوان البحث، اشكاليته والهدف منه، وفي هذا الصدد يمثل مجتمع الدراسة لهذه الأطروحة "تقييم الخدمات الصحية وآليات تحسينها، دراسة ميدانية بولاية باتنة" في شريحتين هما:

- القائمين على تقديم هذه الخدمات الصحية: الطاقم الطبي، الشبه طبي بالإضافة إلى الطاقم الإداري في ولاية باتنة من جهة،
- ومن جهة أخرى متلقي الخدمات الصحية ومستقبلها أي المرضى بنفس الولاية.

وقد تم اختيار القطاع العام لإجراء هذه الدراسة الميدانية وهذا لحجم هذا القطاع الذي يمثل الأغلبية مقارنة بالقطاع الخاص، وفي هذا الإطار يمثل مجتمع الدراسة الشرائح المذكورة سابقا في كل من أكبر المؤسسات الصحية العمومية بالولاية، وهي:

- المركز الاستشفائي الجامعي " بن فليس التهامي " (CHU BATNA)،
- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) وعددها 2 في الولاية،
- المؤسسات الاستشفائية العمومية (EPH) وعددها 10 في الولاية.

والجدول التالي تمثل بعض المعلومات عن المؤسسات الصحية التي تمت بها الدراسة الميدانية لسنة 2014:

الجدول رقم (50): عدد الأسرة والموارد البشرية العاملة بالمؤسسات الصحية الممثلة لمجتمع الدراسة

عدد العاملين الصحيين بالمؤسسة	عدد الإداريين العاملين بالمؤسسة	عدد الأسرة	المؤسسة الصحية
1228	650	635	المركز الإستشفائي الجامعي
209	82	194	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء والتوليد مريم بوعتورة
71	25	144	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالمعذر
204	116	168	المؤسسة العمومية الاستشفائية باتنة
199	142	188	المؤسسة العمومية الاستشفائية عين التوتة
162	148	156	المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضيف بريكة
99	64	140	المؤسسة العمومية الاستشفائية سليمان عميرات بريكة
233	165	268	المؤسسة العمومية الاستشفائية نقاوس
148	92	150	المؤسسة العمومية الاستشفائية علي النمر مروانة
86	47	84	المؤسسة العمومية الاستشفائية زينة مسيكة مروانة
149	79	138	المؤسسة العمومية الاستشفائية أريس 1
104	32	114	المؤسسة العمومية الاستشفائية أريس 2
2848	1578	2379	المجموع

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على احصائيات مديرية الصحة والسكان ولاية باتنة

## 2.1 عينة الدراسة

تم اختيار نوع العينة الطبقية إذ أن مجتمع الدراسة غير متجانس، نظرا لأنه يتألف من فئات أو طبقات مختلفة بعضها عن بعض. ويتطلب هذا النوع مراعاة الخطوات التالية:

- تحديد الفئات المتوافرة في مجتمع الدراسة،
  - تحديد أفراد كل فئة على حدة،
  - اختيار من كل فئة عينة عشوائية بسيطة تمثلها بحيث يتناسب عدد كل فئة في العينة مع عددها في المجتمع الأصلي للدراسة.
- أما فيما يخص حجم العينة فحتى تكون لها دلالة ارتأينا أن يكون عدد مجتمع الدراسة (1360 فرد)،  
بحيث:

#### - فيما يتعلق بمقدم الخدمة:

- أ. حجم العينة فيما يتعلق بالطاقم الطبي والشبه طبي 570 فرد، إذ أن عدد أفراد المجتمع مقدر بـ 2848 فرد،
  - ب. حجم العينة فيما يتعلق بالطاقم الإداري 310 فرد، إذ أن عدد أفراد المجتمع مقدر بـ 1578 فرد.
- فيما يتعلق بمتلقي الخدمة: في هذا الإطار تم الاعتماد على عدد الأسرة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة لتحديد حجم المجتمع ومن ثم عدد العينة الذي قدر بـ 480 فرد (عدد الأسرة بكل من المركز الاستشفائي الجامعي والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمؤسسات العمومية الاستشفائية مقدر بـ 2379 سرير).

## II. آليات جمع البيانات

تتعدد أساليب جمع البيانات بصورة خاصة، ولكن من أكثرها شيوعاً نجد: الاستبيان، المقابلة والملاحظة. ويتم اختيار هذه الأساليب وبناءها على ضوء أسس علمية، للوصول إلى البيانات المطلوبة، وبالتالي تحقيق أهداف البحث العلمي.

ويجوز للباحث أن يستخدم هذه الأدوات منفردة أو مجتمعة، وذلك تبعاً لطبيعة البحث، وأهدافه، وتوجهات الباحث، والإمكانات المتاحة.

### 1. II الأسلوب المستخدم لجمع البيانات

فيما يتعلق بموضوع البحث سيتم اعتماد وسيلتين لتحقيق أهداف الدراسة:



- **أولاً:** الإحصائيات الجمعية والمتحصل عليها من مختلف المصادر التي توجت لها الباحثة بصورة مباشرة أو غير مباشرة: كالديوان الوطني للإحصائيات، مديرية الصحة لولاية باتنة، المركز الوطني لليقظة، المؤسسات الصحية موضوع عينة الدراسة.
- **ثانياً:** الاستبيان كوسيلة لجمع البيانات وتحليل الإشكالية محل الدراسة، ويقصد بالاستبيان تلك الوسيلة التي تستعمل لجمع بيانات أولية وميدانية حول مشكلة أو ظاهرة البحث العلمي، كما تعني أيضاً مجموعة أسئلة مكتوبة يقوم المبحوث بالإجابة عنها، وهي من بين الأدوات الأكثر استخداماً في الحصول على البيانات من المبحوثين مباشرة ومعرفة آرائهم واتجاهاتهم.
- ولهذا الغرض قمنا بتصميم استمارتين تخدم أهداف البحث موجهة لأفراد العينة بطبقتيها (بحيث توجه الاستمارة الأولى للمورد للمريض الذي يتلقى الخدمات الصحية، بينما توجه الاستمارة الثانية للمورد البشري المقدم للخدمات الصحية).

## 2. II استثمار البحث

- بعد عرض الاستمارتين على مجموعة من ذوي الاختصاص وإنارتهم حول موضوع البحث وأهدافه، تم وضعهما على الشكل والمضمون الموضح في الملحقين (1) و(2).
- بالنسبة للاستمارة الأولى والموجهة للمريض فهي مقسمة إلى جزئين بحيث:
  - **الجزء الأول:** يضم معلومات شخصية حول الاستثمار والجهة المصدرة لها والغرض منها، هذا من جهة ومن جهة أخرى معلومات حول المبحوث: المؤسسة، الصفة، المؤهل العلمي، الجنس والسن.
  - **الجزء الثاني:** يهدف إلى تقييم مستوى الخدمات الصحية وفق المعايير الخمسة لنموذج Servqual من خلال 25 سؤال بمعدل 5 أسئلة لكل معيار.
  - بالنسبة للاستمارة الثانية والموجهة لمقدم الخدمة الصحية فهي مقسمة إلى جزئين أيضاً بحيث:
    - **الجزء الأول:** يضم معلومات شخصية حول الاستثمار والجهة المصدرة لها والغرض منها، هذا من جهة ومن جهة أخرى معلومات حول المبحوث: المؤسسة، الصفة، المؤهل العلمي، الجنس والسن .
    - **الجزء الثاني:** ويهدف إلى إبراز آليات تحسين مستوى الخدمة الصحية وذلك من خلال 10 أسئلة تم توجيهها إلى أفراد عينة الدراسة.

بعد تصميم الاستمارتين تم إعداد 1360 نسخة (480 نسخة للإستمارة الأولى و 880 للإستمارة الثانية) بغرض توزيعها على أفراد العينة بطريقة التوزيع المباشر، وخلال عملية التوزيع تم تقديم شرح مبسط للمستجوبين وإعطائهم فكرة حول الموضوع من حيث الهدف والأهمية وطلب منهم الإجابة الصريحة وبكل موضوعية.

وبعد الانتهاء من عملية التوزيع، تم الإعتماد على 446 استمارة بالنسبة للإستبيان الأول و 853 استمارة من الإستبيان الثاني بعد حذف 34 و 27 استمارة من الإستبيانين الأول والثاني على الترتيب، وذلك لعدم اكتمال عملية الإجابة على بعض الاستمارات وكذا تناقض اجابات البعض منها.

### III. أدوات التحليل الإحصائي

بهدف الوصول إلى نتائج معبرة، صادقة وذات دلالة تم الاعتماد على برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) نسخة 19 باستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة.
- المتوسطات الحسابية من أجل معرفة درجة موافقة المستجوبين وحجم الفجوة بالنسبة لكل معيار من المعايير المذكورة للتقييم.
- الإنحراف المعياري، لقياس درجة تشتت الإجابات عن المتوسط الحسابي.

#### 1.III. تحديد ثبات أداة القياس

يقصد بثبات أداة القياس أن تعطي الدراسة النتائج نفسها إذا أعيد تطبيق الاستبيان على نفس العينة وفي نفس الظروف، وبغرض التأكد من ثبات أداة القياس قمنا بما يلي:

- الاختبار وإعادة الاختبار: تم تطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية مرتين بينهما فارق زمني مدته أسبوعان ثم قمنا بحساب معامل الارتباط بين إجابات المفحوصين في المرتين، فكان معامل الارتباط مرتفعا وهذا ما يمثل مؤشرا على ثبات الاستبيان وبالتالي على صلاحيته وملائمته لأغراض الدراسة.
- معامل ثبات كرونباخ ألفا: قامنا بحساب "معامل ثبات ألفا كرونباخ" باستخدام "برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإحصائية SPSS19" والذي من خلاله تم حساب معامل التمييز لكل سؤال ومن ثم حذف كل الأسئلة التي كان معامل تمييزها ضعيف أو سالب (أقل من 0.6). ويوضح الجدول أدناه التالي، نتائج اختبار معامل الثبات:

## الجدول رقم (51): معامل ألفا كرونباخ

المعيار	معامل ألفا كرونباخ
- الملموسية	0.715
- الاعتمادية	0.638
- الاستجابة	0.812
- الثقة	0.682
- التعاطف	0.765
استمارة تقييم الخدمات الصحية	<b>0.875</b>

تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS

من الجدول رقم (51) نلاحظ أن معاملات ألفا كرونباخ جيدة وتتعدى كلها درجة الاعتمادية 60 %، فقد كانت على التوالي بالنسبة لأبعاد جودة الخدمة الصحية مساوية لـ 71.5 %، 63.8 %، 81.2 %، 68.2 %، 76.5 % و 87.5 % بالنسبة لكل المعايير.

ومنه نستنتج أن الاستمارة مقبولة، حيث أنه لو أعيد استعمالها في فترات وظروف مختلفة فإنه يفترض أن تعطي نفس النتائج.

### 2.111. اختبار ليكرت

فيما يتعلق بالجزء الثاني للاستمارتين تم الاعتماد على أسلوب "ليكرت" في صياغة الاستمارة وتقييم مضمونها، وأسلوب "ليكرت" هو أداة لقياس السلوكيات يوظف في عديد الاختبارات، ويعتمد المقياس على ردود تدل على درجة الموافقة أو الاعتراض على صيغة ما.

لقد قمنا في إعداد الاستمارتين في جزئهما الثاني على "فقرات ليكرت" من خلال:

- الجذع: والذي يمثل جملة الهدف منها هو تحديد السلوكية،
- السلم: وهو مقياس يستعمل لتحديد درجة الموافقة والاختلاف مع جملة الجذع. وقد اعتمدنا في هذا الإطار على خمسة خيارات لقياس إما إيجابية أو سلبية الإجابة.

وبعد تجميع مختلف الإجابات، قمنا بتحليل كل جذع على حدى، ومن ثم بتحليل إجابات مجموعات من الجذوع للحصول على نتيجة جماعية لكل مجموعة.

## III. 3. المعالجة الإحصائية

يمكن أيجاز المعالجة الإحصائية للبيانات التي تمت في إطار موضوع الدراسة في ما يلي:

- **توظيف الأدوات الإحصائية:** تم الاعتماد على "برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية "SPSS19" باعتباره أحد أهم البرامج والتطبيقات المصممة للقيام بعملية التحليل الإحصائي للبيانات، وذلك من خلال ما يمتلكه هذا البرنامج من أدوات إحصائية قوية ومرنة وسهلة الاستخدام. إذ يوفر هذا البرنامج إمكانيات متعددة: معالجة البيانات من فرز وتصفية وعمليات حسابية ... الخ، إعداد المخرجات من نسب وتوزيعات تكرارية، متوسطات حسابية وجداول تقاطعية بمستويات متعددة، إجراء عمليات التحليل الوصفي للمتغيرات كمقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت الخ...، إيجاد العلاقات والروابط بين المتغيرات: الارتباط، الانحدار الخ...
- **المقارنة الثنائية للمتغيرات واختبار الفرضيات:** تم استخدام "اختبار t" واختبار فيشر "Fisher" باعتبارهما من أهم وأنسب الأدوات الإحصائية المستخدمة في تحليل الظواهر وتقييمها سواء الوصفية منها أو غير الوصفية. لذا فغالبا ما لا تخلو الدراسات والأبحاث التي تنتهج الأسلوب الكمي أو السلوكي من تطبيق أو استخدام هذا الأسلوب في التحليل الإحصائي.

## المبحث الثالث: معالجة البيانات

فيما يلي نعرض مختلف النتائج المتحصل عليها بعد تفرغ الاستبيان وتحليل محتواه

## 1. معالجة البيانات الشخصية

تضمن الجزء الأول من الاستمارتين معلومات عامة وشخصية حول مفردات العينة نبين نتائجها كما

يلي:

## 1.1 طبيعة التواجد في المؤسسة الصحية

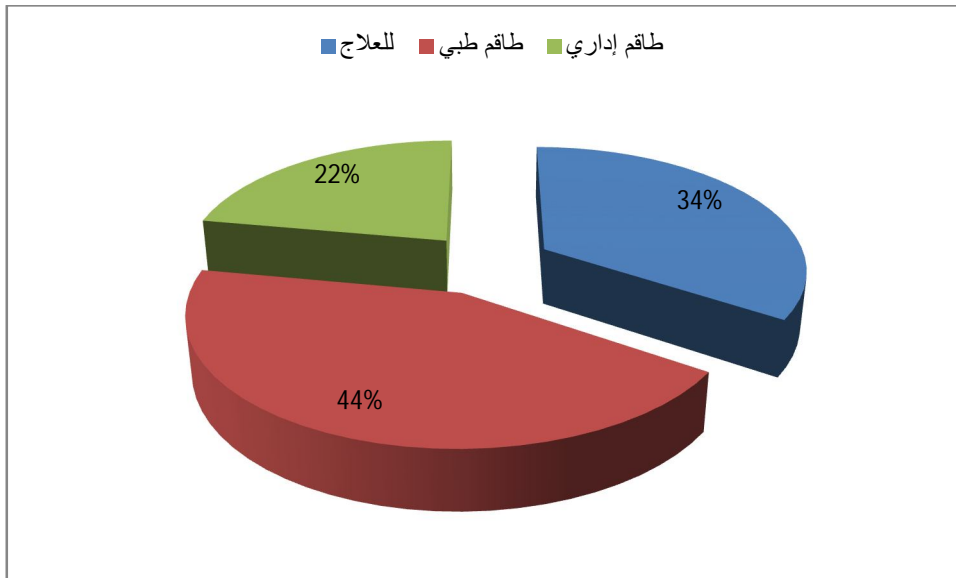
الجدول رقم (52): توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة التواجد في المؤسسة

النسبة المئوية	التكرار	طبيعة التواجد بالمؤسسة الصحية
34.29	446	للعلاج
43.57	566	طاقم طبي
22.14	287	طاقم إداري
100	1299	المجموع

المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح بيانات الجدول السابق وفق الشكل الموالي

الشكل رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب متغير طبيعة التواجد في المؤسسة



المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ أن الشريحتين الأكثر تمثيلا في مفردات العينة هما شريحة الطاقم الطبي (أطباء، وممرضين) وشريحة المرضى بنسبتي 47.57% و 34.29% على التوالي، أما نسبة الطاقم الإداري فهي الأقل تمثيلا بنسبة 22.14%.

## 2.1. الجنس

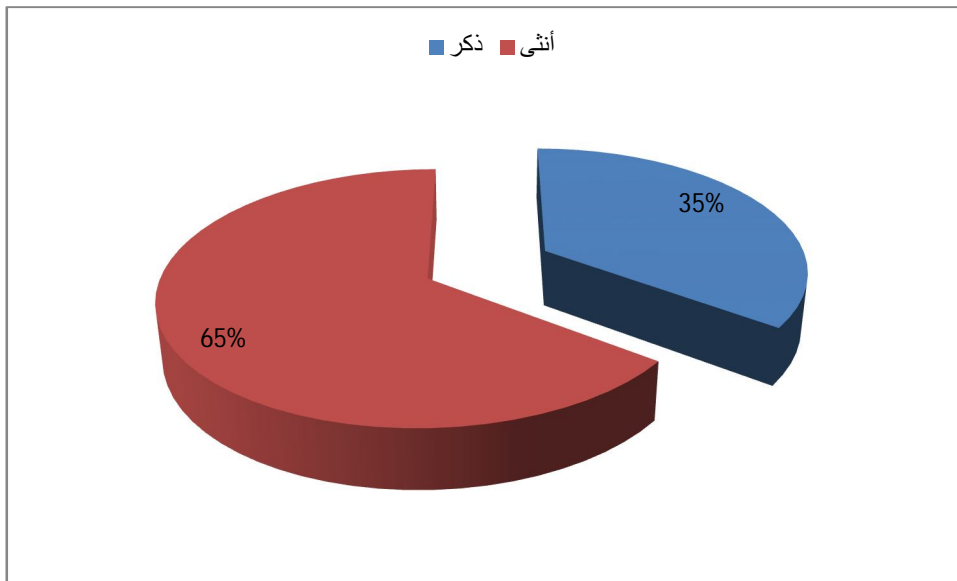
الجدول رقم (53): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
35.14	457	ذكر
64.86	842	أنثى
100	1299	المجموع

المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح بيانات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس



المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ أن الجنس الأكثر تمثيلا في مفردات العينة هو جنس الإناث بنسبة 64.86% بينما يمثل جنس الذكور ما نسبته 35.14% فقط.

## 3.1. السن

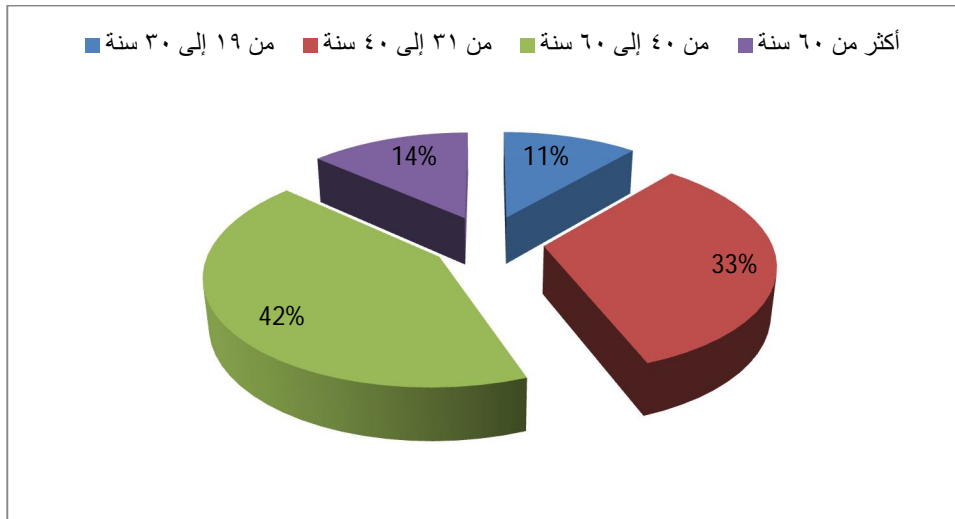
الجدول رقم (54): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
11.28	145	من 19 إلى 30 سنة
33.00	429	من 31 إلى 40 سنة
42.29	549	من 40 إلى 60 سنة
13.43	176	أكثر من 60 سنة
<b>100</b>	<b>1299</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: تم إعداده اعتماداً على نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح بيانات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن



المصدر: تم إعداده اعتماداً على نتائج الاستبيان

نلاحظ أن أفراد العينة موزعين على فئتي الأفراد من 31 إلى 40 سنة والأفراد من 40 إلى 60 سنة بنسبة 33% ونسبة 42.29% على التوالي، بينما نجد أن الأفراد من 19 إلى 30 سنة والأفراد أكثر من 60 سنة لا يمثلون إلا ما نسبته 11.28% و13.43% فقط.

## 4.1 الحالة المدنية

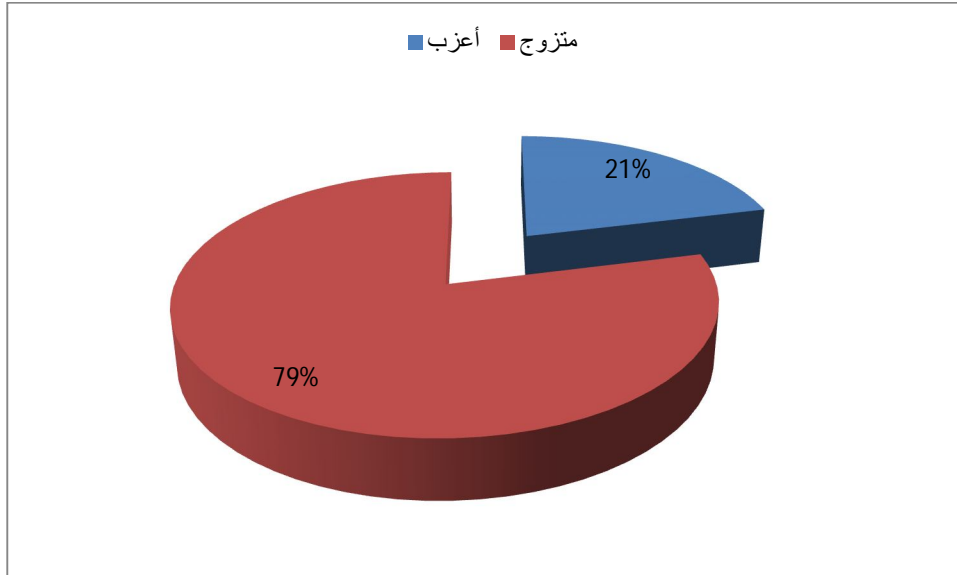
الجدول رقم (55): توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة المدنية

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
21.14	275	أعزب
78.86	1024	متزوج
<b>100</b>	<b>1299</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح بيانات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (13): توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة المدنية



المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ أن الفئة الغالبة على أفراد العينة هي فئة المتزوجين بنسبة 78.86% بينما لا تمثل فئة العزاب إلا

نسبة 21.14%.



## 5.1 المستوى التعليمي

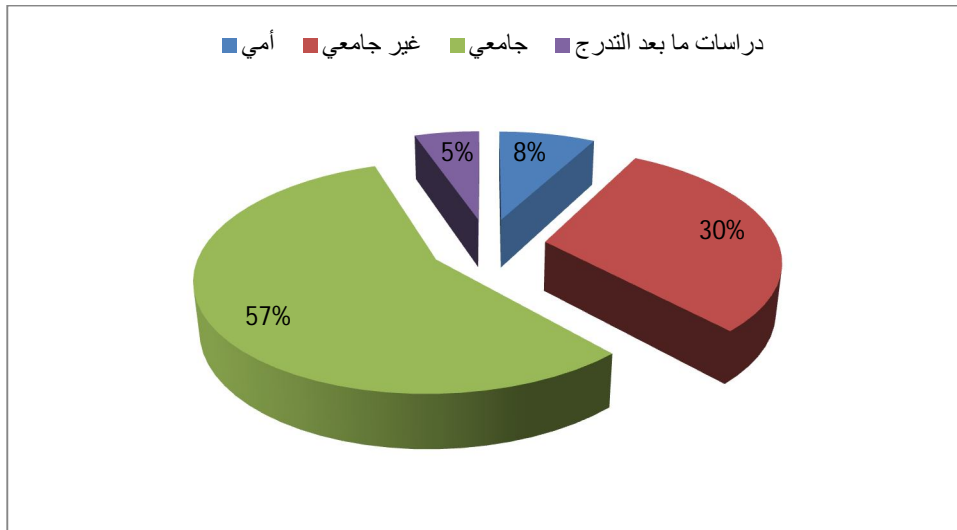
الجدول رقم (56): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
7.86	102	أمي
30.28	393	غير جامعي
56.57	735	جامعي
5.29	69	دراسات ما بعد التدرج
<b>100</b>	<b>1299</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح بيانات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (14): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي



المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ من نتائج الاستبيان أن فئة الجامعيين تمثل الشريحة الغالبة على أفراد العينة بنسبة 56.57%

تليها شريحة غير الجامعيين بنسبة 30.28%، بينما كانت نسبي الأميين وأصحاب الدراسات العليا ضعيفة جدا ومقدرة بـ 7.86% و 5.29% على التوالي.

## 6.1 الدخل الشهري

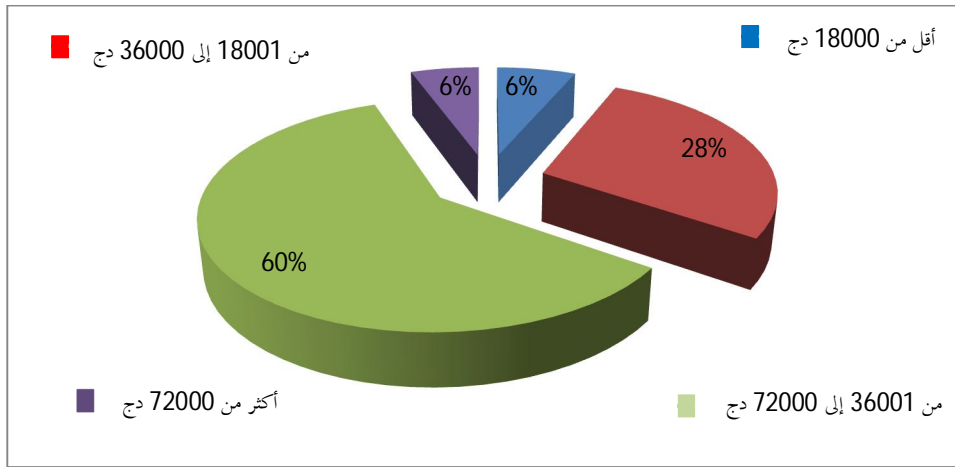
الجدول رقم (57): توزيع أفراد العينة حسب متغير الدخل الشهري

النسبة المئوية	التكرار	الدخل الشهري
6.43	84	أقل من 18000 دج
28.13	366	من 18001 دج إلى 36000 دج.
59.86	777	من 36001 دج إلى 72000 دج.
5.58	72	أكثر من 72000 دج.
<b>100</b>	<b>1299</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح بيانات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (15): توزيع أفراد العينة حسب متغير الدخل الشهري



المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ أن أكبر شريحة في عينة الدراسة هي شريحة من يتراوح دخلهم من 36000 إلى 72000 دج، بنسبة 59.86 دج أما أصغر شريحة فهي فئة أصحاب الدخل التي تفوق 72000 دج بنسبة 5.58%، تليها فئة أصحاب الدخل المحدودة بأقل من 18000 دج ثم فئة أصحاب الدخل المتوسطة بنسبة 28.13%.

## 7.1 مكان الإقامة

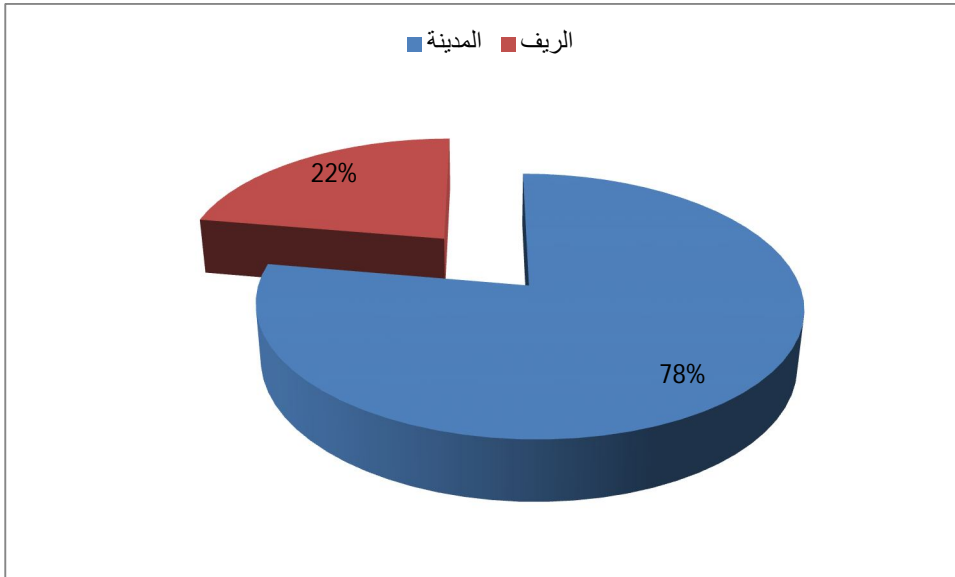
الجدول رقم (58): توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان الإقامة

النسبة المئوية	التكرار	مكان الإقامة
77.72	1009	المدينة
22.28	290	الريف
<b>100</b>	<b>1299</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح بيانات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (16): توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان الإقامة



المصدر: تم إعداده اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ أن 77.72% من أفراد العينة تقطن في المدن بينما لا يقطن في الريف إلا ما نسبته

22.28%.

## II. معالجة بيانات استبيان تقييم الخدمات الصحية

نقوم فيما يلي بتحليل أجوبة أفراد العينة المتعلقة بتقييم مستوى الخدمات الصحية وفق طريقة SERVQUAL ومحاولة تحليل حجم الفجوة بين التوقعات والإدراكات المحققة لأفراد العينة.

### 1. II معيار الملموسية

يوضح الجدول أدناه أجوبة أفراد العينة فيما يتعلق بمعيار ملموسية الخدمات الصحية.

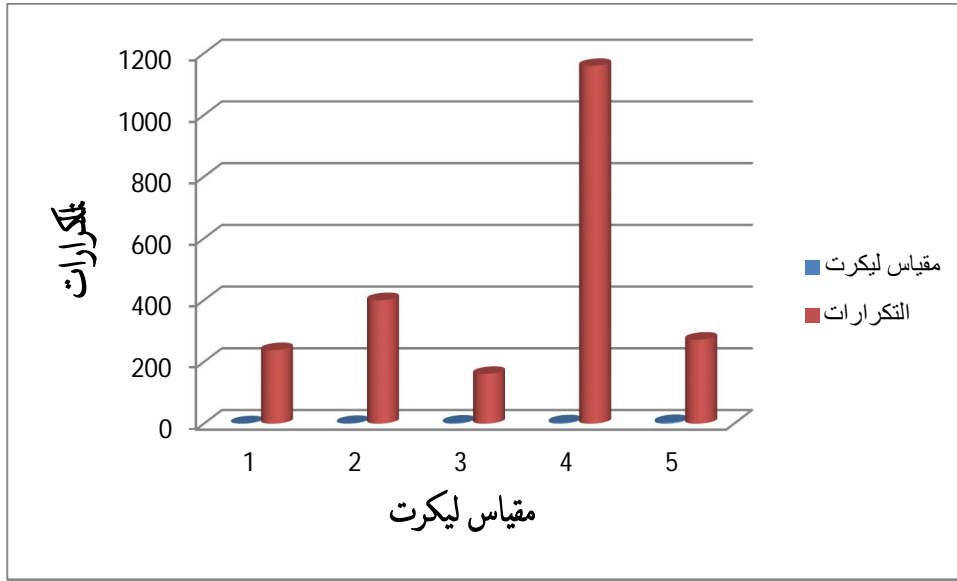
الجدول رقم (59): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الملموسية

الترميز	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	حجم الفجوة	
		رفض مطلق	رفض جزئي	حياد	قبول جزئي	قبول مطلق				
B-1	مرافق المؤسسة الصحية جذابة	21	69	45	255	56	3.57	1.043	0.29	
B-2	موقع المؤسسة الصحية ملائم	46	81	26	249	44	3.37	1.205	0.33	
B-3	معدات المؤسسة الصحية متطورة	53	88	34	232	39	3.26	1.253	0.35	
B-4	هندام الطاقم العامل في المؤسسة الصحية ملائم	26	60	12	251	97	3.75	1.129	0.25	
B-5	الأدوية والتحاليل متوفرة في المؤسسة الصحية	92	102	44	172	36	2.91	1.481	0.42	
<b>0.33</b>	<b>1.231</b>	<b>3.37</b>	المؤشرات الإحصائية الإجمالية لمعيار الملموسية							

المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح وزن تكرارات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

## الشكل رقم (17) : تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الملموسية



المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

نلاحظ من النتائج المتحصل عليها أن الأوساط الحسابية في مجملها عالية، فأكبرها يتعلق بالعبارة (B4) المتعلقة بهندام الطاقم العامل في المؤسسة بقيمة (3.75)، وهذا ما انعكس على حجم الفجوة التي انحصرت في هذا البند بما نسبته 25% فقط، أما أصغر وسط حسابي فيتعلق بالعبارة (B5) والمرتبطة بمدى توفر الأدوية والتحليل بالمؤسسة الصحية (2.91) وعن حجم فجوة فقد بـ 42%.

أما النتائج الإجمالية لمعيار الملموسية فكان الوسط الحسابي مساويا لـ (3.37) وحجم الفجوة 33%، أما الانحراف المعياري فكان مساويا لـ 1.231.

وعلى الرغم من توجه أفراد العينة إلى التقييم الإيجابي لمستوى الخدمة وفق هذا المعيار إلا أن حجم الفجوة يبقى ذو دلالة إذا ما ربطناه بمدى أهمية وحساسية الخدمة المقدمة.

## 2. II معيار الاعتمادية

يوضح الجدول أدناه أجوبة أفراد العينة فيما يتعلق بمعيار اعتمادية الخدمات الصحية.

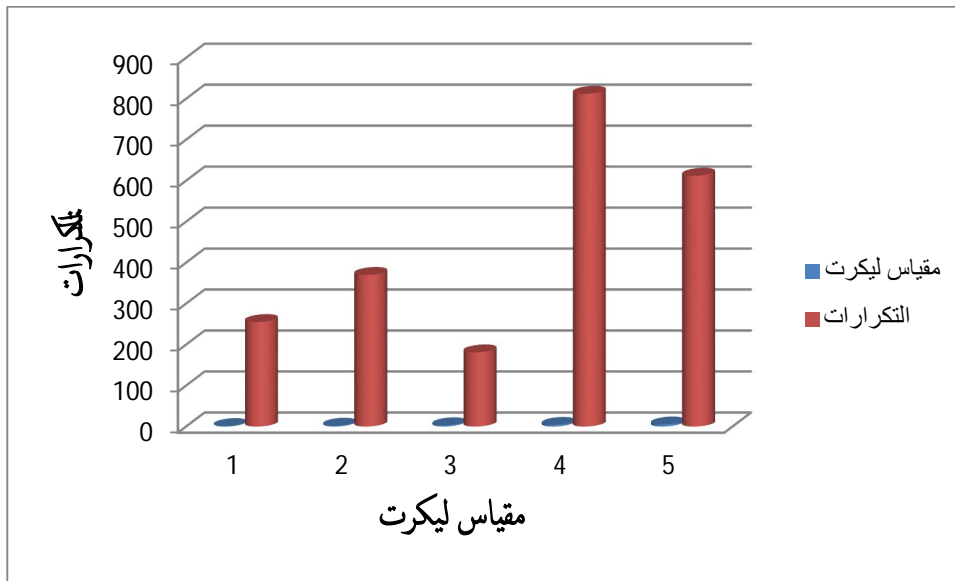
الجدول رقم (60): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الاعتمادية

الرمز	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	حجم الفجوة	
		قبول مطلق	قبول جزئي	حياد	رفض جزئي	رفض مطلق				
B-6	تقدم الخدمة الصحية في وقتها الملائم.	76	137	53	108	72	3.08	1.452	0.38	
B-7	تحتزم المواعيد والوعود المقدمة للمرضى.	93	187	73	61	32	3.56	1.170	0.29	
B-8	تستعمل المؤسسة السجلات وأجهزة الكمبيوتر.	298	118	12	13	5	4.55	1.253	0.09	
B-9	المؤسسة الصحية متوفرة على كامل الاختصاصات.	39	154	14	136	103	2.75	1.591	0.45	
B-10	يتم تجنب الأخطاء في التشخيص و في العلاج.	106	216	29	52	43	3.65	1.233	0.27	
<b>0.30</b>	<b>1.349</b>	<b>3.52</b>	المؤشرات الإحصائية الإجمالية لمعيار الاعتمادية							

المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح وزن تكرارات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (18): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الاعتمادية



المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

نلاحظ من النتائج المتحصل عليها أن أفراد العينة كانوا متذبذبين في تقييمهم لمعيار الاعتمادية وهذا ما تبينه الأوساط الحسابية المحصورة بين أكبرها المتعلق بالعبارة الثالثة "استعمال السجلات وأجهزة الكمبيوتر" بقيمة

(4.55) وهذا ما انعكس على حجم الفجوة التي انحصرت في 9% فقط، وأصغر وسط حسابي العبارة الرابعة "توفر المؤسسة على كامل الاختصاصات" (2.75) والتي بلغ فيها حجم الفجوة 45%.

أما النتائج الإجمالية لمعيار الاعتمادية فكان الوسط الحسابي مساويا لـ (3.52) وحجم الفجوة 30%، أما الانحراف المعياري فقد قدر بـ 1.349.

### 3. II معيار الاستجابة

يوضح الجدول أدناه أجوبة أفراد العينة فيما يتعلق بمعيار الإستجابة في الخدمات الصحية.

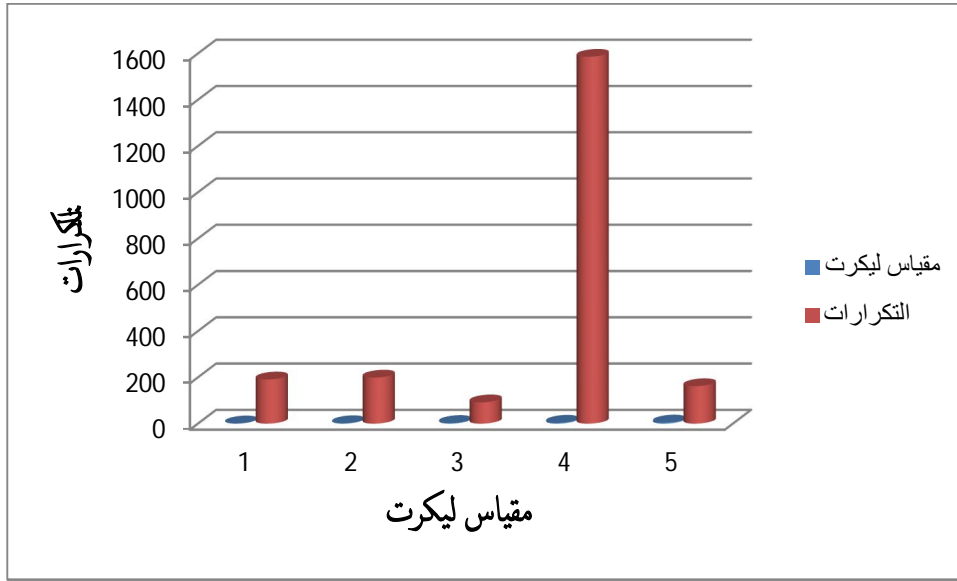
#### الجدول رقم (61): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الاستجابة

الترميز	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	حجم الفجوة	
		قبول مطلق	قبول جزئي	حياد	رفض جزئي	رفض مطلق				
B-11	يعلم المرضى بنوع الخدمة وتوقيت تقديمها.	42	382	5	14	3	4.00	0.690	0.20	
B-12	يحق للمريض طلب خدمة طبيه في أي لحظة.	24	329	25	36	32	3.62	0.968	0.28	
B-13	تتجاوب المؤسسة الصحية مع طلبات المرضى.	16	305	38	55	32	3.49	1.003	0.30	
B-14	هناك تفاعل إيجابي مع شكاوى المرضى.	53	255	13	34	91	3.33	1.376	0.33	
B-15	هناك اهتمام برأي المرضى حتى عند مغادرتهم.	27	315	11	60	33	3.54	1.041	0.29	
<b>0.28</b>	<b>1.039</b>	<b>3.60</b>	المؤشرات الإحصائية الإجمالية لمعيار الاستجابة							

المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح وزن تكرارات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (19): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الاستجابة



المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

نلاحظ من النتائج المتحصل عليها أن تقييم أفراد العينة لمعيار الاستجابة كان مستقرا، فقيم الأوساط الحسابية محصورة بين 3.33 للعبارة (B14) التفاعل الإيجابي مع شكاوى المرضى و4.00 للعبارة (B11) علم المرضى بطبيعة وأوقات علاجهم، وهذا ما تبينه أيضا حجم الفجوات التي كانت في أغلبها تميل إلى معدل 30%، ما عدا العبارة (B11) التي انحرت فيها حجم الفجوة في ما نسبته 20% فقط.

أما النتائج الإجمالية لمعيار الاستجابة فالوسط الحسابي يساوي (3.60) وحجم الفجوة 28 %، أما الانحراف المعياري 1.039.

#### 4.11 معيار الثقة

يوضح الجدول أدناه أجوبة أفراد العينة فيما يتعلق بمعيار الثقة للخدمات الصحية.

الجدول رقم (62): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الثقة

حجم الفجوة	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التكرارات					العبارة	الترميز
			قبول مطلق	قبول جزئي	حياد	رفض جزئي	رفض مطلق		
0.25	1.027	3.74	78	257	55	30	26	تميز المؤسسة بالسرية التامة.	B-16
0.31	1.215	3.45	90	165	86	67	38	يتميز الإداريون بالصرامة والجدية في أداء العمل.	B-17

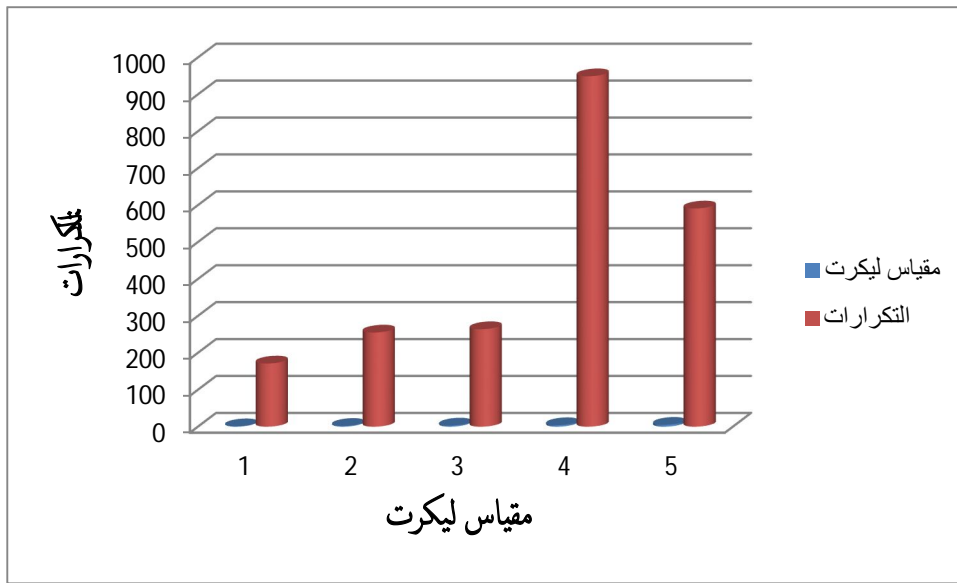


0.37	1.313	3.13	51	163	81	94	57	B-18	يتميز الأعوان باللباقة والكياسة في أداء عملهم.
0.21	1.238	3.95	169	185	24	37	31	B-19	يتميز الطاقم الطبي بالكفاءة في أداء عمله.
0.17	1.204	4.17	203	179	18	27	19	B-20	للمؤسسة الصحية سمعة وصورة حسنة.
<b>0.26</b>	<b>1.203</b>	<b>3.69</b>	المؤشرات الإحصائية الإجمالية لمعيار الثقة						

المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح وزن تكرارات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

الشكل رقم (20): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار الثقة



المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

تبين النتائج المحصل عليها أن تقييم أفراد العينة لمعيار الثقة إيجابي في مجمله 4.17 كوسط حسابي للعبارة (B20) بحجم فجوة مقدر بـ 17%، على الرغم من وجود بعض الفقرات الأقل ايجابية مثل الفقرة (B18) المتعلقة باللباقة والكياسة، أين كان الوسط الحسابي مساويا لـ 3.13 وحجم الفجوة مقدر بـ 37%. ومع هذا تبقى نتائج معيار الثقة في مجملها ايجابية (الوسط الحسابي يساوي 3.69، وحجم الفجوة 26%).

## 5.11 معيار التعاطف

يوضح الجدول أدناه أجوبة أفراد العينة فيما يتعلق بمعيار التعاطف في تقديم الخدمات الصحية.

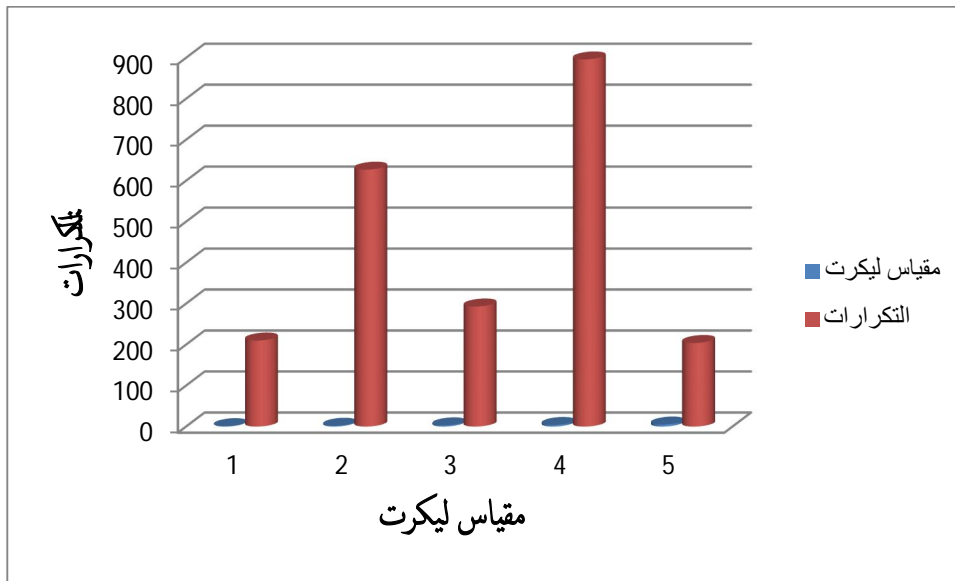
## الجدول رقم (63): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار التعاطف

التميز	العبارة	التكرارات					الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	حجم الفجوة	
		قبول مطلق	قبول جزئي	حياد	رفض جزئي	رفض مطلق				
B-21	يوجد بالمؤسسة اهتماما شخصي بكل حالة مرضية.	44	188	72	111	31	3.23	1.185	0.35	
B-22	توفر المؤسسة احتراما مطلقا للمرضى ولذويهم.	51	149	49	151	46	3.02	1.359	0.40	
B-23	يتم مراعاة ظروف ومشاعر المرضى.	34	201	33	126	52	3.09	1.315	0.38	
B-24	أوقات العمل ملائمة.	39	172	98	105	32	3.18	1.173	0.36	
B-25	يقدم الطاقم الصحي للمؤسسة أحسن ما لديه.	36	186	41	134	49	3.06	1.318	0.39	
<b>0.38</b>	<b>1.272</b>	<b>3.12</b>	المؤشرات الإحصائية الإجمالية لمعيار التعاطف							

المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

ويمكن توضيح وزن تكرارات الجدول السابق وفق الشكل الموالي.

## الشكل رقم (21): تقييم الخدمات الصحية وفق معيار التعاطف



المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

تبين النتائج المحصل عليها أن تقييم أفراد العينة لمعيار التعاطف مستقر فالأوساط الحسابية متقاربة القيم ومحصورة بين 3.02 للعبارة (B22) و3.23 للعبارة (B21) مع انحرافات معيارية 1.359 و1.185 على التوالي، أما حجم الفجوات فهو محصور بين 35% للعبارة (B21) و40% للعبارة (B22).

أما بالنسبة للنتائج الإجمالية لمعيار التعاطف فالوسط الحسابي مقدر بـ 3.12 مع إنحراف معياري يساوي 1.272، وعن حجم الفجوة لمعيار التعاطف فهو 38%.

## 6. II النتائج الإجمالية

يوضح الجدول أدناه أجوبة أفراد العينة فيما يتعلق بكل أبعاد الخدمة الصحية:

الجدول رقم (64): تقييم الأبعاد الخمسة للخدمات الصحية

البعد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	حجم الفجوة
الملموسية	3.37	1.231	0.33
الاعتمادية	3.52	1.349	0.30
الاستجابة	3.60	1.039	0.28
الثقة	3.69	1.203	0.26
التعاطف	3.12	1.272	0.38
كل المعايير	3.46	1.223	0.31

المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

نلاحظ من الجدول السابق أن تقييم الخدمات الصحية من وجهة نظر متلقي الخدمة إيجابية في مجملها، فحجم الفجوات بين توقعات المرضى وإدراكاتهم الفعلية بالنسبة للمعايير الخمسة لتقييم مستوى الخدمات الصحية لا يتعدى 38 % كأقصى حد وذلك بالنسبة لمعيار التعاطف، أما أدنى قيمة للفجوة فكانت في معيار الثقة بنسبة 26%.

وبالنسبة لتقييم جميع المعايير معا، فقد كان الوسط الحسابي 3.46 مع انحراف معياري 1.223، أما حجم الفجوة فقدّر بـ 31%. وعلى الرغم من أن النتائج تميل للإيجابية أكثر منها إلى السلبية إلا أن طابع الخدمة وعلاقتها بصحة الإنسان وعافيته تجعل منها قيم معتبرة تشير إلى ضرورة العمل على التحسين وبلوغ مستويات أداء تحقق رضا متلقي الخدمة.

### 1.111. معالجة بيانات استبيان آليات تحسين الخدمات الصحية وتحليل فوارق أجوبة أفراد

#### العينة

نقوم خلال هذا المطلب بتحليل الإستمارة الموجهة لمقدم الخدمة الصحية بهدف تحديد آليات تحسينها، كما نتطرق أيضا لتحليل الفوارق الموجودة في أجوبة أفراد العينة حسب بياناتهم الشخصية.

### 1.111.1 معالجة بيانات استبيان آليات تحسين الخدمات الصحية

يمثل الجدول أدناه اجابات أفراد العينة فيما يتعلق بالجزء الثالث من الاستمارة المتعلق بتحسين مستوى

الخدمة.

#### الجدول رقم (65): أجوبة أفراد العينة حول تحسين مستوى الخدمات الصحية

الترميز	العبرة	التكرارات					الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	نسبة الموافقة
		رفض مطلق	رفض جزئي	حياد	قبول جزئي	قبول مطلق			
C-1	يجب على المؤسسة الصحية أن تبني سياساتها على أساس توقعات ومتطلبات المرضى وانشغالهم.	36	200	46	502	69	1.072	3.43	0.69
C-2	يجب أن يتم اشراك كل العاملين في تحديد الأهداف وبناءها حتى يحس الجميع بأنه يشارك في اتخاذ القرار وبالتالي تعطي الاصلاحات نتائجها الايجابية.	33	78	44	537	125	0.960	3.80	0.76
C-3	يجب أن يتم التركيز على تكامل نظام العمل وتوحيد الاجراءات بين مختلف عناصر المؤسسة.	46	116	161	245	285	1.220	3.71	0.74
C-4	يجب أن يكون التغيير تدريجيا ومستمر (لا جذريا).	62	184	42	486	79	1.150	3.39	0.68
C-5	يجب التركيز على تحسين عملية الاتصال في المؤسسة الصحية.	32	54	58	423	286	1.097	4.03	0.81
C-6	يجب أن تقوم الوصاية (وزارة الصحة) بدراسات استراتيجية تحدد من خلالها المتطلبات المستقبلية في مجال الخدمات الصحية.	45	86	45	471	206	1.100	3.83	0.77
C-7	يجب على المؤسسات الصحية التعامل مع محيطها الخارجي وتوقع مختلف تغيراته حتى تكون قادرة على الاستجابة لها.	61	72	67	386	267	1.196	3.85	0.77
C-8	يجب التركيز الدائم على عملية تقييم النتائج ومقارنتها مع ما تم تخطيطه حتى تستخلص نقاط القوة والضعف.	57	61	72	215	448	1.329	4.10	0.82
C-9	يجب أن يتم اختيار العاملين في المؤسسة الصحية وتعيينهم بناء على متطلبات المنصب الذي سيشتغلونه.	36	84	39	131	563	1.384	4.29	0.86
C-10	يجب أن يتم التركيز على تكوين العاملين وتدريبهم بناء على التطورات المتوقعة لطبيعة العمل.	47	96	76	350	284	1.195	3.85	0.77

المصدر: تم إعداده باستخدام نتائج الاستبيان

نلاحظ من نتائج التحليل أن نسب الموافقة تتجاوز 70%، باستثناء البندين (C4) بنسبة موافقة 68% و(C1) بنسبة موافقة 69%.

وتدل النتائج أن مجمل أفراد العينة يميلون إلى تحسين عدة جوانب متعلقة بالخدمة الصحية خاصة فيما يتعلق ببعض البنود (البند C9: اختيار وتعيين العاملين) أين كانت نسبة الموافقة 86% ليلها (البند C8: تقييم النتائج) بنسبة موافقة 82%.

### 2. III تحليل الفوارق بين أفراد العينة حسب مواصفاتهم الشخصية بالنسبة للاستمارة الموجهة لمتلقي الخدمة

نعمل خلال هذا الفرع على تحليل الفوارق بين أفراد العينة حسب المواصفات الشخصية لكل فرد، وذلك باستخدام (اختبار t) و(اختبار Fisher)، وبالنسبة للإستمارة رقم (1) الموجهة لمتلقي الخدمة كانت النتائج كما يلي:

- معيار الجنس:

#### الجدول رقم (66): فوارق أجوبة أفراد العينة حسب معيار الجنس للاستمارة (1)

قيمة t	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	الجنس	المعيار
1.548	1.268	3.41	183	ذكر	الملموسية
	1.205	3.34	263	أنثى	
1.582	1.315	3.62	183	ذكر	الاعتمادية
	1.373	3.45	263	أنثى	
1.645	0.989	3.58	183	ذكر	الاستجابة
	1.074	3.61	263	أنثى	
1.318	1.207	3.65	183	ذكر	الثقة

	1.200	3.72	263	أنثى	
1.454	1.298	3.15	183	ذكر	التعاطف
	1.254	3.10	263	أنثى	

المصدر: تم إعداده باستخدام برنامج SPSS

نلاحظ أن كل قيم  $t$  المحسوبة في الجدول أعلاه أقل من قيمة  $t$  الجدولة (1.96) ومنه لا توجد أي علاقة ذات دلالة إحصائية عند نسبة معنوية 0.05 بين أجوبة أفراد العينة ونوع جنسهم.

- معيار الحالة المدنية:

الجدول رقم (67): فوارق أجوبة أفراد العينة حسب خاصية الحالة المدنية للاستمارة (1)

قيمة $t$	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	الحالة المدنية	المعيار
1.213	1.229	3.41	55	أعزب	الملموسية
	1.231	3.35	391	متزوج	
0.954	1.351	3.54	55	أعزب	الاعتمادية
	1.349	3.51	391	متزوج	
1.431	1.041	3.57	55	أعزب	الاستجابة
	1.039	3.61	391	متزوج	
1.128	1.205	3.74	55	أعزب	الأمان
	1.203	3.66	391	متزوج	
1.363	1.269	3.12	55	أعزب	التعاطف
	1.272	3.12	391	متزوج	

المصدر: تم إعداده باستخدام برنامج SPSS

نلاحظ أن كل قيم  $t$  المحسوبة في الجدول أعلاه أقل من قيمة  $t$  الجدولة (1.96) ومنه لا توجد أي علاقة ذات دلالة إحصائية عند نسبة معنوية 0.05 بين أجوبة أفراد العينة وحالتهم المدنية.

- معيار مكان الإقامة:

الجدول رقم (68): فوارق أجوبة أفراد العينة حسب خاصية مكان الإقامة للاستمارة (1)

قيمة $t$	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	الإقامة	المعيار
1.032	1.232	3.38	334	المدينة	الملموسية
	1.230	3.36	112	الريف	
0.987	1.349	3.51	334	المدينة	الاعتمادية
	1.349	3.54	112	الريف	
1.365	1.037	3.64	334	المدينة	الاستجابة
	1.044	3.52	112	الريف	
0.894	1.201	3.68	334	المدينة	الأمان
	1.207	3.72	112	الريف	
1.181	1.269	3.15	334	المدينة	التعاطف
	1.280	3.06	112	الريف	

المصدر: تم إعداده باستخدام برنامج SPSS

نلاحظ أن كل قيم  $t$  المحسوبة (للجدول رقم 58) أقل من قيمة  $t$  الجدولة (1.96) ومنه لا توجد أي علاقة ذات دلالة إحصائية عند نسبة معنوية 0.05 بين أجوبة أفراد العينة ومكان إقامتهم.

- اختبار Fisher: عند درجة حرية 96/3 بين المجموعات وداخل المجموعات على التوالي تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول 69: اختبار فيشر للاستمارة (1)

قيمة F				المعيار
الدخل الشهري	المستوى التعليمي	السن	طبيعة التواجد في المؤسسة	
1.66	1.30	1.64	2.21	الملموسية
1.32	0.92	1.23	1.77	الاعتمادية
1.89	1.46	1.81	2.48	الاستجابة
1.40	1.29	1.05	1.15	الثقة
1.52	1.15	1.23	2.22	التعاطف

المصدر: تم إعداده باستخدام برنامج SPSS

يبين لنا الجدول رقم (26) أن كل قيم F المحسوبة أقل من قيمة F الجدولة (2.76) ومنه يمكن القول أنه لا علاقة ذات دلالة احصائية على توجه أفراد العينة نحو أحد معايير التقييم حسب الخصائص الشخصية لأفراد العينة.

### 3. III تحليل الفوارق بين أفراد العينة حسب مواصفاتهم الشخصية بالنسبة للإستمارة الموجهة لمقدم الخدمة

بالنسبة للإستمارة رقم (2) الموجهة لمقدم الخدمة كانت النتائج فيما يتعلق بفوارق أفراد العينة حسب مواصفاتهم الشخصية كما يلي:

- معيار الجنس:

الجدول رقم (70): فوارق أجوبة أفراد العينة حسب معيار الجنس للإستمارة (2)

رمز العبارة	الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t
C1	ذكر	274	3.42	1.066	1.548
	أنثى	579	3.44	1.078	
C2	ذكر	274	3.84	0.958	1.582
	أنثى	579	3.78	0.961	
C3	ذكر	274	3.69	1.231	1.645
	أنثى	579	3.72	1.215	



1.318	1.146	3.43	274	ذكر	C4
	1.152	3.37	579	أنثى	
1.454	1.089	4.01	274	ذكر	C5
	1.111	4.04	579	أنثى	
1.3148	1.102	3.83	274	ذكر	C6
	1.099	3.83	579	أنثى	
1.702	1.194	3.86	274	ذكر	C7
	1.195	3.84	579	أنثى	
1.504	1.324	4.02	274	ذكر	C8
	1.331	4.14	579	أنثى	
1.569	1.389	4.26	274	ذكر	C9
	1.382	4.31	579	أنثى	
1.245	1.191	3.88	274	ذكر	C10
	1.197	3.84	579	أنثى	

المصدر: تم إعداده باستخدام برنامج SPSS

نلاحظ أن كل قيم  $t$  المحسوبة في الجدول أعلاه أقل من قيمة  $t$  الجدولة (1.96) ومنه لا توجد أي علاقة ذات دلالة إحصائية عند نسبة معنوية 0.05 بين أجوبة أفراد العينة نوع جنسهم.

- معيار الحالة المدنية:

الجدول رقم (71): فوارق أجوبة أفراد العينة حسب خاصية الحالة المدنية للاستمارة (2)

قيمة $t$	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	الحالة المدنية	المعيار
1.213	1.062	3.39	220	أعزب	C1
	1.075	3.46	633	متزوج	
0.954	1.005	3.83	220	أعزب	C2
	0.944	3.79	633	متزوج	
1.431	1.225	3.66	220	أعزب	C3
	1.218	3.73	633	متزوج	

1.128	1.251	3.42	220	أعزب	C4
	1.115	3.38	633	متزوج	
1.363	1.092	4.05	220	أعزب	C5
	1.099	4.02	633	متزوج	
1.205	1.118	3.78	220	أعزب	C6
	1.094	3.85	633	متزوج	
0.987	1.221	3.83	220	أعزب	C7
	1.187	3.86	633	متزوج	
1.302	1.327	4.01	220	أعزب	C8
	1.330	4.13	633	متزوج	
1.512	1.402	4.34	220	أعزب	C9
	1.378	4.27	633	متزوج	
1.302	1.167	3.82	220	أعزب	C10
	1.205	3.86	633	متزوج	

المصدر: تم إعداده باستخدام برنامج SPSS

نلاحظ أن كل قيم  $t$  المحسوبة في الجدول أعلاه أقل من قيمة  $t$  الجدولة (1.96) ومنه لا توجد أي علاقة ذات دلالة إحصائية عند نسبة معنوية 0.05 بين أجوبة أفراد العينة وحالتهم المدنية.

- معيار مكان الإقامة:

الجدول رقم (72): فوارق أجوبة أفراد العينة حسب خاصية مكان الإقامة للاستمارة (2)

قيمة $t$	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	العدد	الإقامة	المعيار
1.032	1.077	3.44	675	المدينة	C1
	1.053	3.41	178	الريف	
0.987	1.010	3.78	675	المدينة	C2
	0.770	3.86	178	الريف	
1.365	1.190	3.74	675	المدينة	C3
	1.334	3.62	178	الريف	

0.894	1.110	3.38	675	المدينة	C4
	1.302	3.42	178	الريف	
1.181	1.098	4.01	675	المدينة	C5
	1.093	4.10	178	الريف	
1.245	1.112	3.86	675	المدينة	C6
	1.054	3.73	178	الريف	
1.248	1.189	3.86	675	المدينة	C7
	1.223	3.84	178	الريف	
1.268	1.330	4.12	675	المدينة	C8
	1.325	4.03	178	الريف	
1.451	1.391	4.30	675	المدينة	C9
	1.357	4.27	178	الريف	
1.325	1.191	3.81	675	المدينة	C10
	1.210	3.96	178	الريف	

المصدر: تم إعداده باستخدام برنامج SPSS

نلاحظ أن كل قيم  $t$  المحسوبة (للجدول رقم 29) أقل من قيمة  $t$  الجدولة (1.96) ومنه لا توجد أي علاقة ذات دلالة إحصائية عند نسبة معنوية 0.05 بين أجوبة أفراد العينة ومكان إقامتهم.

- اختبار Fisher: عند درجة حرية 96/3 بين المجموعات وداخل المجموعات على التوالي تحصلنا على النتائج التالية:

الجدول (73): اختبار فيشر للإستمارة (02)

قيمة F				المعيار
الدخل الشهري	المستوى التعليمي	السن	طبيعة التواجد في المؤسسة	
1.66	1.30	1.64	2.21	C1
1.32	0.92	1.23	1.77	C2
1.89	1.46	1.81	2.48	C3

1.40	1.29	1.05	1.15	C4
1.52	1.15	1.23	2.22	C5
1.58	0.95	1.35	1.96	C6
1.74	1.02	0.98	1.75	C7
1.66	1.24	1.12	1.69	C8
1.95	1.39	1.34	2.01	C9
1.80	1.41	1.49	1.85	C10

المصدر: تم إعداده باستخدام برنامج SPSS

يبين لنا الجدول رقم 26 أن كل قيم F المحسوبة أقل من قيمة F الجدولة (2.76) ومنه يمكن القول أنه لا علاقة ذات دلالة احصائية على توجه أفراد العينة نحو أحد معايير التقييم حسب الخصائص الشخصية لأفراد العينة.

## المبحث الرابع: اختبار الفرضيات، عرض النتائج وتفسيرها

## I. اختبار الفرضيات

- الفرضية الأولى: وفقا لنموذج SERVQUAL لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل بعد على حدى.

بالرجوع إلى الجدول رقم (21) فإننا نلاحظ أن حجم الفجوة معتبر ولا يمكن إهماله فهو يمثل نسبة تفوق 25% فيما يتعلق بكل المعايير، 26% لمعيار الثقة، 28% لمعيار الإستجابة، 30% لمعيار الإعتمادية، 33% لمعيار الملموسية و38% لمعيار التعاطف الذي يجب أن يتم التركيز على تحسين المؤشرات المستخدمة في تقييمه. وبهذا فإننا نقبل الفرضية الأولى التي تنص على ما يلي: وفقا لنموذج SERVQUAL لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل بعد على حدى.

- الفرضية الثانية: وفقا لنموذج SERVQUAL لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل الأبعاد معا.

بالرجوع إلى نفس الجدول رقم (21) نجد أن حجم الفجوة الإجمالية (كل أبعاد تقييم الخدمات الصحية) تمثل ما نسبته 31%، وهي نسبة معتبرة خاصة عندما يتعلق الأمر بالخدمات الصحية وحياة الإنسان وعافيته، وبهذا فإننا نقبل الفرضية الثانية التي تنص على ما يلي: وفقا لنموذج SERVQUAL لا يتوافق مستوى الخدمات الصحية المتوقع مع المستوى المدرك منها عند تقييمها باستعمال كل الأبعاد معا.

- الفرضية الثالثة: وفقا لنموذج SERVQUAL فإن تقييم الخدمات الصحية وكذلك تحديد آليات تحسينها يشير إلى وجود فوارق ذات دلالة احصائية حسب المتغيرات الشخصية لكل فرد.

بالرجوع للجدول السابقة المتضمنة لاختبار (t) أو اختبار (F) "فيشر" نجد أن القيم المحسوبة كانت دوما أقل من القيم المحدولة، وهذا ما يدل على عدم وجود علاقة إحصائية بين الخصائص الشخصية للمبحوث وأجوبته، وبهذا فإننا نرفض الفرضية الثالثة التي تنص على ما يلي: وفقا لنموذج SERVQUAL فإن تقييم الخدمات الصحية وكذلك تحديد آليات تحسينها يشير إلى وجود فوارق ذات دلالة احصائية حسب المتغيرات الشخصية لكل فرد.

## II. عرض النتائج وتفسيرها

تم التوصل من خلال الدراسة الميدانية التي تمت بولاية باتنة الى النتائج التالية:

### • نتائج مستمدة من وصف للبيانات الشخصية:

تمثلت فيما يلي:

- هيمنة شريحتي الطاقم الطبي والمرضى اما الطاقم الاداري كان اقل تمثيلا للعينة، وهذا راجع لاحتواء المؤسسات الاستشفائية على عدد كبير من مقدمي الخدمة الصحية أطباء وممرضين ومتلقي هذه الخدمة المرضى.
- نسبة كبيرة من أفراد العينة اناث وأكثرهن ممرضات ومريضات.
- انتساب نسبة كبيرة من أفراد العينة للفئة ما بين 40 و 60 سنة حيث معظمهم أطباء وممرضين ومرضى.
- أكبر نسبة من أفراد العينة ذوي مستوى تعليمي جامعي باعتبارهم أطباء.
- نسبة كبيرة من أفراد العينة يتقاضون دخل شهري يتراوح بين 36000 و 72000 دج وهم عبارة عن أطباء.
- نسبة كبيرة من أفراد العينة يقيمون في المدينة.
- لا تؤثر المتغيرات الشخصية على اتجاهات افراد العينة نحو كل معيار من معايير التقييم.

### • نتائج مستمدة من تحليل نتائج اجابات افراد العينة عن تقييم الخدمات الصحية:

تمثلت فيما يلي:

#### معييار الملموسية

- لا يوجد تحديث للأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة حاليا في المستشفى مسايرة للتطور الخاص في مجال الخدمات الصحية.
- أن طبيعة صالات وردهات المرضى وأماكن الانتظار ومكاتب الأطباء والعاملين الحالية لم تنسجم مما يطمح إليه العاملين من حيث ملائمتها م طبيعة وبيئة العم في المستشفى.
- ضعف الاهتمام ضعيف من قب إدارة المستشفى والعاملين بطريقة وهيئة ملابس العم.
- أن توفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية لم يكن بالمستوى المطلوب وحسب امكانيات المتاحة لدى إدارة المستشفى.

وبالتالي يتضح لنا أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى وضمن متغير الملموسية كان ضعيف

#### معيار الاعتمادية

- لم يكن هناك التزام من قبل إدارة المستشفى بعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية وتوفير البيئة الملائمة بالمستوى المطلوب.
  - ان تعاطف إدارة المستشفى مع المرضى عند تقديمهم للشكاوي كان دون المستوى المطلوب.
  - ان اهتمام إدارة المستشفى بتقديم الخدمات في الوقت المحدد وبشك سري ودقي كان دون المستوى الطموح.
  - ان وضع المرضى ثقتهم في مهارات المهنة الطبية بثقة وأمان كان دون المستوى المطلوب.
  - كان تدوين المعلومات في السجلات والحاسوب عن المرضى وحالاتهم الصحية دون المستوى المطلوب.
- وبالتالي يتضح لنا أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى وضمن متغير الاعتمادية كان ضعيف.

#### معيار الاستجابة

- ان قيام إدارة المستشفى بإخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمات لهم كان بمستوى ضعيف.
  - ان تقديم الخدمة الفورية للمرضى من قبل العاملين كان دون مستوى الطموح.
  - ان رغبة العاملين بمساعدة المرضى بشك دائم كان دون المستوى المطلوب.
  - هناك تجاوب من قبل العاملين مع طلبات المرضى الفورية رغم انشغال الموظفين لكنه ضعيف.
- عليه تبين أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى وضمن متغير الاستجابة كان ضعيف.

#### معيار التوكيد

- هناك ثقة ضعيفة من قبل المرضى بالعاملين في المستشفى.
- هناك نوع متواضع من الاطمئنان من قبل المرضى بأنهم بأيديهم أمنة من العاملين في المستشفى.
- التفاعل بين الطاقم الطبي والعاملين مع المرضى كان دون المستوى المطلوب.
- هناك قدر معين من الجدارة والكياسة والمصدقية في أداء العاملين لعملهم لكن دون المستوى الطموح.

عليه أن مستوى جودة الخدمات الصحية ضمن هيا المعيار لا ترقى الى المستوى المقبول.

## معيار التعاطف

- هناك قدر من الاهتمام في ايلاء المرضى عناية شخصية لكنها بشك ضعيف من قب إدارة المستشفى.

- هناك نوع من القدرة لدى العاملين على تقديم عناية شخصية للمرضى لكنها بشك ضعيف أيضا.
  - معرفة العاملين لحاجات المرضى كان دون المستوى المطلوب.
  - قدرة إدارة المستشفى على تقديم أفضل ما لديها للمرضى كان بمستوى ضعيف.
  - هناك ضعف واضح في أن تعمل إدارة المستشفى بساعات عمل حسب حاجات المرضى.
- عليه يتضح لنا أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفى وضمن متغير التعاطف كان دون المستوى المطلوب.

● نتائج مستمدة من تحليل نتائج اجابات افراد العينة عن اليات تحسين الخدمات الصحية:

- يميل مجمل أفراد العينة الى تحسين عدة جوانب في الخدمات الصحية خاصة فيما يتعلق باختيار العاملين وتقييمي تقديم الخدمات في الوقت المحدد وبشكل سريع ودقيق.
- عدم وجود ثقة وامان في مهارات المهنة الطبية وذلك ناتج عن قلة التدريب المتواصل.
- يتفق مجمل افراد العينة على ضرورة تدوين المعلومات الخاصة بهم في السجلات والحاسوب وادراج حالاتهم الصحية بشكل دقيق ومستمر.
- ضرورة اعلام إخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمات لهم من قبل إدارة المستشفى.



## خاتمة الفصل الثالث

حاولنا من خلال هذا الفصل الثالث (دراسة ميدانية لتقييم الخدمات الصحية بولاية باتنة) اسقاط المفاهيم النظرية التي تطرقنا لها في الفصلين الأول والثاني على أفراد عينة الدراسة سواء فيما تعلق بأساليب تقييم الخدمات الصحية أو آليات تحسينها.

وفي هذا الإطار تم التطرق إلى مكونات القطاع الصحي بولاية باتنة، شرح الآليات المنهجية للدراسة الميدانية، ثم استعراض نتائج الاستبيان بعد تفريغ محتواه، تحليله واختبار الفرضيات، وباستخدام نموذج SERVQUAL ومختلف الأساليب والأدوات الإحصائية تم التوصل إلى قبول الفرضيتين الأولى والثانية بينما تم رفض الفرضية الثالثة.

حيث توصلنا الى وجود اختلال في المنظومة الصحية لولاية باتنة رغم كل الامكانيات المادية والبشرية المتوفرة بهذا القطاع الحساس فولاية باتنة كما ذكرنا سابقا هي من بين أكبر الولايات بالجزائر اما من حيث المساحة او عدد السكان فهي تحتل المرتبة الخامسة، ويعود هذا الاختلال الى سوء التسيير والتنظيم والرقابة من اجل الوصول الى الهدف المنشود.

خاتمة

## خاتمة

يتضح جليا مدى أهمية الخدمات الصحية سواء بالنسبة للفرد لارتباطها بسلامته وعافيته، أو بالنسبة للمجتمع والدولة لما لها من تأثير على التنمية وتحقيق الرقي والرفاهية، ولهذا نجد أن أغلب النظم تعمل على تقييم مستوى خدماتها الصحية باستعمال أساليب مختلفة نذكر منها نموذج Servqual لتقييم مستوى الخدمات الصحية.

غير أن تقييم مستوى الخدمات الصحية لا يمثل هدفا في حد ذاته، بل هو وسيلة تهدف إلى تحديد مكانن الخلل ومحاولة تصحيحها باستخدام آليات مختلفة، هذا ما حولنا أن نوضحه من خلال هذه الدراسة التي تناولنا فيها موضوع تقييم الخدمات الصحية وأساليب تحسينها.

ولإسقاط المفاهيم النظرية أجريت دراسة ميدانية تهدف لتقييم مستوى الخدمات الصحية بولاية باتنة خلصت لمجموعة من النتائج والاقتراحات الهادفة لتحسين مستوى الخدمات الصحية. تمثلت أهم نتائج الدراسة فيما يلي:

- اثبتت هذه الدراسة امكانية تطبيق نموذج Servqual لتقييم مستوى الخدمات في المجال الصحي.
- يقيم افراد العينة الخدمات الصحية من ناحية كل معيار من معايير تقييما ايجابيا.
- اكبر نسبة من افراد العينة من جنس الاناث ومن فئة الكهول.
- اكثر المعايير تأثيرا على رضا الفرد هما معياري الثقة والاستجابة.
- يميل معظم افراد العينة الى تحسين الخدمات الصحية في عدة جوانب خاصة فيما يتعلق باختيار العاملين وتقييم النتائج.

وبناء على هذه النتائج يمكن تقديم اقتراحات للدراسة، حيث في إطار تحسين الخدمات الصحية نرى: أنه لا يمكن اعتماد طريقة أو أسلوب واحد لتحسين جودة ومستوى الخدمة الصحية، اذ لا توجد طريقة أحسن من الأخرى، ولكن لكل محيط وظروف متطلباتها وكذلك قيودها، ولتحسين الخدمات الصحية نقترح التركيز على بعض المجالات التي نذكرها في النقاط التالية:

## أ. التركيز على المتلقي كأولوية للخدمة الصحية

- العمل على الحفاظ على صحة السكان من خلال التركيز على الوقاية وتعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية ومحاوله وضع خطط وطنية للكشف المبكر عن الأمراض المعدية وغير المعدية ومكافحتها وكذلك تشجيع أنماط الحياة الصحية.
- مراقبة أداء المرافق ومقدمي الخدمة عن كثب للتأكد من أن المؤشرات الحيوية الهامة تطابق المعايير الموضوعية والمستهدفة.
- العمل على ضمان سلامة رحلة المريض العلاجية قدر الإمكان وتقديم الخدمة في المرفق الصحي المناسب من قبل الطبيب المناسب وفي الوقت المناسب.
- التقرب من المريض وتوعيته ونشر ثقافة الفحوصات الدورية لديه، بالإضافة إلى توضيح مسببات علاجه وحيثياتها وتوقيتها.
- بناء حالة من الثقة بين المستشفيات والمرضى عبر اظهار الجوانب الانسانية اثناء تقديم الخدمة الطبية من العاملين ويمكن ان يتم ذلك عن طريق تثقيف العاملين وتذكيرهم بدورهم الإنساني الذي يحتل اولوية في تقديم الخدمة الطبية.

## ب. ملموسية الخدمة الصحية ووصولها للجميع: نظرا لتسارع الزيادة في الطلب على الخدمات

- الصحية مع التحولات الديموغرافية والنمو السكاني وانتشار بعض الأمراض بالإضافة للنقص في توفير بعض المهنيين الصحيين قد يشكل وصول الخدمة الصحية تحديا مستقبليا للقائمين على تقديم هذه الخدمة الحيوية وفي هذا الإطار على وزارة الصحة أن تقوم بتنفيذ بعض المبادرات التالية لضمان تحسين فرص حصول المواطنين والمقيمين على الرعاية الصحية المطلوبة كالعامل على خفض نسبة عدد السكان لكل مركز صحي أو بزيادة متوسط وقت الاستشارة الطبية في المراكز الصحية. وحتى يتحقق ذلك يجب:

- فتح مراكز صحية جديدة خاصة في المناطق النائية.
- على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إعادة النظر في توزيع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.
- إعطاء امتيازات أكثر للموظفين الصحيين من أجل العمل في المناطق الداخلية والنائية.

- ترميم المراكز الصحية الموجودة وتوسيعها.
- فتح تخصصات جديدة.
- زيادة عدد الوحدات المتنقلة.
- مراقبة قوائم الانتظار.
- مراجعة سياسات الإقامة والاستشفاء.

### ج. إعداد وتكوين المورد البشري المقدم للخدمة الصحية: يحتاج ضمان تكامل نظام الرعاية الصحية

وجودته إلى دعم من الموظفين والعاملين في القطاع الصحي ولهذا يجب في هذا المجال:

- اعطاء أهمية بالغة لعملية الاستقطاب والتوظيف والبحث عن ذوي المهارات المتلائمة مع متطلبات الوظيفة.
- التركيز على عملية التكوين والتدريب والرسكلة المنظمة والمستمرة للموارد البشرية.
- تحديد المسار المهني بشكل واضح وربطه بعوامل التحفيز بهدف خلق الالتزام وروح الابداع والمبادرة.
- تقييم عمل الموارد وأدائهم بشكل دوري ومستمر.
- التركيز في المؤسسات الصحية على العمل الاستراتيجي ومحاولة تحديد التوجهات المستقبلية للمهنة حتى يتسنى التأقلم معها.
- توفير السياسات الصحية والبروتوكولات المعنية بالتكامل لجميع الأطباء والمرضى والوظائف المساندة والمساعدة الأخرى.
- العمل على مراجعة برنامج التكوين وتكييفها خاصة في مجال التسيير، وتقنيات الاتصال لتمكين مدراء المؤسسة الصحية من التحكم في زمام الأمور، وتحقيق التسيير الفعال بها.
- على وزارة الصحة الإصغاء إلى الشكاوى المقدمة من موظفي المؤسسات العمومية للصحة والعمل على إيجاد الحلول المرضية.
- د. تطوير نظم المعلومات بما في ذلك تكنولوجيا المعلومات: توجه ادارة الخدمة الصحية على رأسها وزارة الصحة والاسكان لجعل السجلات والمعلومات أكثر سهولة فيما يتعلق بالحصول على المعلومة معالجتها واستعمالها.

هـ. **ادارة الجودة:** تعتبر الجودة من أهم مقومات تقديم خدمات الرعاية الصحية ويجب التركيز المستمر على الجودة وسلامة المرضى من خلال إصلاح السياسات وإجراء التغييرات التشريعية، بما في تعيين معايير منح اعتمادات المؤسسات الصحية واللجان والهيئات المسؤولة على ذلك. وكذلك في مجال الجودة يجب أيضا التركيز على العنصر الإداري بوضع وتنفيذ إطار جديد لضمان الجودة لإدارات وأقسام وزارة الصحة والمؤسسات التابعة لها لضمان فعالية وكفاءة الخدمات.

و. **تكامل الخدمات في النظام الصحي:** عادة ما يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثلاثية بكفاءة وبشكل تعاوني، إلا أن التعقيد المتزايد لنظام الرعاية الصحية، وإضافة مرافق جديدة يتطلب قدرا أكبر من التكامل بين جميع مرافق ومقدمي الخدمات الصحة للوصول للرعاية المثلى للمرضى وتحقيق الكفاءة في التكاليف. و لتحقيق هذا المستوى من التكامل هناك عدد من المسائل الحرجة تحتاج التصدي لها، وتشمل:

- عمل وزارة الصحة والاسكان على التأكد من أن ترتيبات الحوكمة لديها تؤدي إلى تحسين التنسيق بين جميع مرافق وخدمات الرعاية الصحية الأولية، الثانوية والثلاثية، والتأكد من أن خطط الخدمات متكاملة، وتركز على احتياجات المريض.

- التحديد الواضح والدقيق لكل الأدوار والمسؤوليات.

- تطوير قنوات التواصل بين جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية وضمان التنسيق بين جميع مقدمي الخدمات وقطاعات الرعاية الصحية.

- تحديد الآثار الجانبية للأدوية والإبلاغ عنها، والتحقيق فيها، وتعميم الاستفادة منها.

- تحديث وسائل تقديم الخدمة الصحية عن طريق توفير الاجهزة والمستلزمات الطبية والمختبرية الحديثة وبصورة كافية، والاستمرار في متابعة ومواكبة تطور التكنولوجيا الصحية.

- التوسع في تفويض الصلاحيات للمستويات التنظيمية المختلفة، واطاحة فرصة أكبر للعاملين للمشاركة بشكل حقيقي ومدروس.

ن. **تكلفة الخدمات الصحية:** رغم الطابع الانساني للخدمة الصحية إلا أن تكاليفها تبقى مرتفعة نسبيا خاصة لشريحة معدومي الدخل أو أصحاب الدخل المحدودة كما هو الحال في معظم بلدان العالم،

ويشكل عامل التكلفة تحد لاستدامة الخدمات في المستقبل وعبئًا متزايدًا على الدولة مواجهته حتى تضمن جودة خدماتها الصحية وسلامة وعافية مواطنيها. وفي هذا الإطار يجب:

- البحث عن مجموعة واسعة من البدائل التمويلية للخدمة الصحية.
  - المراجعة الدورية والدائمة لنظام التأمين الصحي.
  - ترشيد عمليات الانفاق الصحية.
- وهناك توصيات أخرى تعمل على رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ضمن هذه المعايير الخمسة من خلال الآتي:

- تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية المستخدمة بما يلائم التطور الخاص في ميدان الخدمات الصحية وكما هو معمول به في دول العالم وضمن إمكانيات المتاحة.
- تحديث صالات وردهات المرضى وأماكن الانتظار ومكاتب الأطباء والعاملين الحالية من أجل بيئة عمل طبية مناسبة.
- الاهتمام بطريقة وهئية ملابس العمل لما له من تأثير على مستوى جودة الخدمات الصحية.
- توفير الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية بالمستوى المطلوب وبما ينعكس على مستوى جودة الخدمات الصحية.
- على إدارة المستشفى أن تفي بوعودها للمرضى في مجال تقديم الخدمات الصحية والعلاجية وتوفير البيئة الملائمة بالمستوى المطلوب.
- التعاطف مع المرضى عند تقديم شكاويهم والمساهمة في حلها.
- تقديم الخدمات في الوقت المحدد وبشكل سريع ودقيق.
- تعزيز الثقة في مهارات المهنة الطبية بثقة وأمان من خلال التدريب المتواصل.
- العمل على تدوين المعلومات في السجلات والحاسوب عن المرضى وحالاتهم الصحية بشك دقيق ومستمر.

- إخبار المرضى عن أوقات تقديم الخدمات لهم من قبل إدارة المستشفى.
- العمل على تقديم الخدمة الفورية للمرضى من قبل العاملين.
- خلق الرغبة لدى العاملين على مساعدة المرضى بشك دائم من خلال تدريب العاملين وتحسين ثقافة العاملين في مجال تقديم الخدمات الصحية.
- زيادة تجاوب العاملين مع طلبات المرضى الفورية رغم انشغالهم من خلال التدريب وتطوير أساليب تقديم الخدمات.
- تعزيز الثقة بين المرضى والعاملين من خلال التدريب.
- توكيد الاطمئنان لدى المرضى بأنهم بأيد أمينة من خلال التدريب أيضا.
- زيادة التفاعل بين الطاقم الطبي والعاملين والمرضى من خلال تحسين الفهم المشترك بين الطرفين.
- وضع برامج التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين في انجاز العمل من خلال الجدارة والكياسة والمصداقية.
- رفع مستوى العناية الشخصية بالمرضى من قبل إدارة المستشفى من خلال التدريب وتطوير المهارات.
- رفع مستوى قدرة العاملين في تقديم العناية الشخصية للمرضى من خلال التدريب وتطوير المهارات.
- الاهتمام بشكل أكبر في أن تقدم إدارة المستشفى أفضل ما لديها للمرضى.
- الاطلاع الدائم من قبل العاملين على حاجات المرضى.
- يجب أن تتناسب ساعات العمل حاجات المرضى.
- توجه أفراد العينة الى التقييم الايجابي لمستوى الخدمة الصحية وفق معايير تقييمها الا أن حجم الفجوة مختلف ويبقى ذو دلالة عند ربطه بمدى أهمية الخدمة المقدمة.
- أكثر المعايير تأثيرا على رضا الفرد هما معياري الثقة والاستجابة.



# قائمة المراجع

## قائمة المراجع

### أ. الكتب:

#### 1.1. الكتب باللغة العربية:

1. الجوهرى، إسماعيل بن حماد، معجم الصحاح للجوهري، تحقيق: أحمد عبد الغفور عطار، دار العلم للملايين، بيروت، 1984.
2. الذهبي جاسم محمد، التطوير الإداري مداخل ونظريات، دار جبل عمان للنشر والتوزيع، الاردن، 2008.
3. الزواوي، خالد محمد، الجودة الشاملة في التعليم وأسواق العمل في الوطن العربي، مجموعة النيل العربية، القاهرة، 2003.
4. السنبل، عبد العزيز بن عبد الله، التربية والتعليم في الوطن العربي على مشارف القرن الحادي والعشرين، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، 2004.
5. السيد عبد الهادي، عقد التأمين حقيقته ومشروعيته، منشورات الحلبي، بيروت، 2003.
6. الشماع خليل محمد حسن، مبادئ الادارة مع التركيز على ادارة الأعمال، مطبعة الخلدون، بغداد، 2001.
7. الصميدعي محمود جاسم وعثمان يوسف: تسويق الخدمات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010.
8. المحياوي، قاسم نايف علوان ، إدارة الجودة في الخدمات، مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
9. الفيروز أبادي، مجد الدين محمد بن يعقوب، القاموس المحيط، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1987.
10. الفضل مؤيد عبد الحسين، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الطبعة الأولى، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
11. الحداد عوض بدير، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999.
12. أنيس، إبراهيم وآخرون، المعجم الوسيط، دار إحياء التراث، بيروت، 2009.
13. أيمن عبد العزيز حسين، إدارة الأعمال وتحديات القرن الحادي العشرين، دار فباء للطباعة والنشر، مصر، 2001.
14. أوزجان بشار: الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية ( تقنيات وتطبيقات )، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008.
15. باهر رمزي، أسماء محمد، تحليل مغلف البيانات، استخدام البرمجة الخطية في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الادارية، بدون دار النشر والبلد، 1996.
16. بسيوني محمد البرادعي، مهارات تخطيط الموارد البشرية (دليل عملي)، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.

17. بشيرتا وريريت نور الدين ، الفعالية التنظيمية بين النظرية والتطبيق، فهم المبادئ حل للمشكلات التنظيمية، عالم الكتب الحديث للنشر، اربد، الأردن 2009.
18. بن نوار صالح ، فعالية التنظيم في المؤسسات الاقتصادية، مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة، قسنطينة، 2006 على هادي جبرين، إدارة العمليات، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2006،
19. تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
20. جاد الرب سيد محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، دار العشرى، مصر، 2008.
21. خليل محمد حسن الشماع، خيضر كاظم محمود، نظرية المنظمة، دار المسيرة، عمان، 2000.
22. درة عبد الباري واخرون، الادارة الحديثة، الطبعة الأولى، المركز العربي للخدمات الطلابية، عمان، الأردن، 2002.
23. إ درة عبد الباري، زهير نعيم الصباغ، إدارة الموارد البشرية في القرن الحادي والعشرين، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر، 2010.
24. زيد منير عبوي، ادارة الموارد البشرية، دار كنوز المعرفة للنشر، عمان، 2007.
25. سعيد الدجاني، لحام هدية، مقدمة في فن التمريض، الطبعة الأولى، دار الأندلس للطباعة والنشر، بيروت، 1984.
26. طاهير حسين، الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، ص. 2004.
27. طلعت الدمرداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، مكتبة القدس الزقازيق، الطبعة الثانية، مصر 2006.
28. طلعت إبراهيم، " التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية"، دار الكتاب الحديث، الجزائر . 2009.
29. عمر وصفي عقيلي، ادارة الموارد البشرية، بعد استراتيجي، دار وائل للنشر، والتوزيع، الأردن، 2007.
30. علي البياتي حسين ذنون ، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد نشر، 2009.
31. علي العنزي سعد ، الإدارة الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2009
32. عثمان الصديقي سلوى، مدخل في الصحة العامة و الرعاية الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، 1999،
33. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.

34. كامل بربير، إدارة الموارد البشرية وكفاءة الأداء التنظيمي، الطبعة الثانية، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2000.
35. كامل وديع، المرشد في إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الادارية، مصر، 2001.
36. لطعامنة محمد، مخيمر عبد العزيز، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، القاهرة، 2008.
37. محمد محمد ابراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983.
38. مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2013.
39. موسى سلامة اللوزي وآخرون، السلوك التنظيمي مفاهيم معاصرة، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
40. مؤيد عبد الحسين الفضل، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
41. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009.
42. هناء حافظ بدوي، الاتصال بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2003.
43. وديع كامل، المرشد في إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، منشورات المنظمة العربية للعلوم الادارية، مصر، 2001.

## 2.1. الدورات:

1. الشعي، خالد بن منصور، استخدام أسلوب مغلف البيانات في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الادارية بالتطبيق على الصناعات الكيماوية والمنتجات البلاستيكية بمحافظة جدة بالمملكة، مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الادارية، السعودية، 2004 .
2. الفراج اسامة، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى- نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد الثاني، 2009.
3. محمد محمد ابراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع، جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر 1983.
4. خالد بن منصور الشعي، استخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الإدارية بالتطبيق على الصناعات الكيماوية والمنتجات البلاستيكية بمحافظة جدة بالمملكة العربية السعودية، مجلة العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2004.

5. سنوسي علي، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، الشلف، الجزائر، 2011
6. محمد هادي الجزائري صفاء واخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية- دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام البصرة، مجلة الدراسات الادارية، جامعة البصرة، العدد 4، 2011.
7. كرجاج يوسف ، "هل تؤدي الثورة الديمغرافية إلى ثورة ديمقراطية؟ نموذج الشرق الأوسط وشمال أفريقيا"، مجلة عمران، العدد 1، الدوحة: المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات ،مارس 2013.
8. عياشي نور الدين: تطور المنظومة الصحية الجزائرية، مجلة العلوم الانسانية، العدد31، المجلد ب، جامعة منتوري، قسنطينة، جوان 2009.
9. عبد الرزاق ألاء نبيل: استخدام تقانة المعلومات من أجل ضمان جودة الخدمة الصحية- حالة دراسية في عينة من مستشفيات مدينة بغداد-، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق ، العدد 90، 2011
10. دبون عبد القادر: دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، العدد11، 2012،

### 3.1. الأطروحات والرسائل الجامعية

1. العلواني عديلة، تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية دراسة حالة الجزائر ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، تخصص علوم اقتصادية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2011،
2. جيلالي امير ، اطروحة دكتوراه بعنوان "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، جامعة الجزائر، 2009.
3. عدمان مريزق: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"، اطروحة دكتوراه،الجزائر،2008.
4. علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم" دراسة حالة لولاية تلمسان"، مذكرة ماجستير منشورة، تلمسان،2011.
5. مراد حنان ، اهمية اصلاح المستشفيات في تحقيق التنمية الاجتماعية، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة بسكرة، 2007.

### 4.1.الملتقيات -المؤتمرات - :

1. بدرية بنت صالح الميمان، الجودة الشاملة في التعليم العام: المفهوم والمبادئ والمتطلبات، - قراءة إسلامية -، ملتقى: الجودة في التعليم العالي، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية (جستن)، 15\_16 ماي 2007.
2. بن عايد الاحمدي طلال، تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية، المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز،الرياض،2009.

3. صالح الميمان بدرية ، الجودة الشاملة في التعليم العام: المفهوم والمبادئ والمتطلبات، - قراءة إسلامية -، ورقة عمل: الجودة في التعليم العالي، الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية (جستن)، 15\_16 ماي 2007
4. عدمان مريزق، عدمان محمد، " التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية "ملتقى الدولي الابداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة البليدة، الجزائر، 2010

## 5.1. تقارير

1. بن حليمة حميدة ، الإصلاحات الاستشفائية في الجزائر: النظام التعاقدية. تقرير التربص الميداني ،السنة الرابعة إدارة الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة ،أفريل 2006
2. تقرير منظمة الصحة العالمية، النظم الصحية: تحسين الأداء، 2000.
3. تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، 2003 ، الجزائر.
4. شاوى صلاح، النظام الوطني للصحة، تقرير من المؤتمرات و الحلقات الدراسية، وزارة الصحة والسكان، 1990

## 6.1. المراجع الإلكترونية

1. اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية الأولية، مسؤولية مشتركة، الاتجاهات الراهنة والمستقبلية والمستجدة في مجال ضمان الجودة وتحسينها.  
<http://www.emro.who.int/RC47/ArPA11b00.htm>
2. قدس برس، دعوة لعمولة الرعاية العلاجية.  
<http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowlia/namaa-45/namaa-c.asq=top>
3. احصائيات لمؤشرات التنمية العالمية للبنك الدولي على المواقع:  
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.TOTL/countries/1W?display=default>  
.  
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.GROW>  
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN>  
<http://wdi.worldbank.org/table/2>.  
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>  
<http://wdi.worldbank.org/table/2.21>. Vu le: 16/02/2016  
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN>  
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN>  
<http://wdi.worldbank.org/table/2.1>  
<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT>  
<http://wdi.worldbank.org/table/5.8>

<http://wdi.worldbank.org/table/2.21>

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

## **7.1. القوانين والمراسيم**

1. الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 73-65، المؤرخ بتاريخ 28 /12 /1973، الصادر بتاريخ 01 /01 /1974 المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحية.
2. القانون رقم 74 - 100 الصادر بتاريخ 13 /06 /1973.
3. المرسوم التنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006.
4. قرار المرسوم التنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ بتاريخ 02 جمادى الأولى الموافق لـ 02 ماي من سنة 2006.

## **II. المراجع باللغة الأجنبية:**

### **1.1.1. الكتب**

1. A. Manzoni, S.M.N. Islam, Performance Measurement in Corporate Governance, Physica-Verlag Heidelberg, 2009.
2. Brahim Brahamia, Economie de la santé: Evolution et tendances des systèmes de santé; OCDE- Europe de l'est- Maghreb, Bahaeddine éditions, Constantine, Algérie, 2010.
3. Caroline Selmer, construire et défendre son budget (outils, méthodes et comportements), Dunod, Paris, 2001.
4. Caroline. Selmer , Concevoir le Tableau de Bord , Edition Dunod , Paris 1998.
5. Claude Alazard et Sabine Sépari, contrôle de gestion, Dunod, Paris, 5ème édition, 2001.
6. Didier Sting, La Fonction Publique Hospitalière, Imprimerie de France, Octobre 1999.
7. Direction générale de l'administration et de la fonction publique, La gestion prévisionnelle des ressources humaines dans les services de l'État, Guide méthodologique, France, 2005.
8. DREW John, MCallum Blair, Roggenhoffer Stephan, Objectif Lean.S.L: Edition d'Organisation, Paris, 2004.
9. Gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications, ensemble anticiper et se préparer à l'avenir, guide méthodologique, UNIFAF, 2008.

10. Grangaud, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Ipmed, 2012.
11. H. Sherman David. Zhu Joe, Service Productivity Management, Springer Science+Business Media, New York, USA, 2006.
12. Imai, M, Kaizen: The key to Japan's competitive success, McGraw Hill, USA, 1986.
13. Jean René Edighoffer, précis de gestion d'entreprise, édition Nathan, France, 2001.
14. Jisette Hart, Sylvie Lucas, Management Hospitalier, stratégie nouvelle des cadres, Edition Lamane, France.
15. Joe Zhu, Wade D. Cook, Modeling Data Irregularities and Structural Complexities In Data Envelopment Analysis, Springer Science et Business Media, New York, USA, 2007.
16. K. Ishikawa, Manuel Pratique de Gestion, AFNOR, Paris, 2013.
17. Kaid Nouara, thèse de doctorat: le système de santé algérien entre efficacité et équité- essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête de la wilaya Bejaia, Alger, 2003
18. Ministère de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale, Algérie, novembre 1981.
19. Mauro Coli, Eugenia Nissi, Agnese Rapposelli, Monitoring Environmental Efficiency: An Application To Italian Provinces, Environmental Modelling & Software, 2011.
20. Nathalie Elgrably Lévy, Germain Belzile, la télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation, institut économique de Montréal, collection santé, les notes économiques, septembre 2010.
21. Othman Joumady, Efficacité Et Productivité Des Banques Au Maroc Durant La Période De Libéralisation Financière: 1990-1996, 17èmes Journées Internationales d'Economie Monétaire Et Bancaire, Lisbonne, Portugal, 7-9 Juin 2000.
22. Pierre Patrick Olivier, Système de Compte de Santé, OCDE, 2000.
23. R. Ramanathan, An Introduction To Data Envelopment Analysis: A Tool For Performance Measurement, 1st ed. Sage Publications, California, USA, 2003.



24. UNIFAF, Gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des qualifications, ensemble anticiper et se préparer à l'avenir, guide méthodologique, 2008.

## 2.11. الدوريات والمجلات :

1. Brown, F & Jacqueline, L, A study in organizational change: The attitude of personal toward TQM implementation in state department of education". Dissertation Abstract International, 2003.
2. Bougharbal Rachid , la transition épidémiologique en Algérie, journée parlementaire sur la sante, Conseil de la Nation, Palais Zirout Youcef – Alger.2011.
3. D. Caysac, S. Deschaume, P. Gardeur, Procédures d'accréditation, Actualité et Dossier en Santé Publique, N° 17, France, Décembre 1996.
4. Kumar, Sameer; Ghildayal, Neha S.; Shah, Ronak N., (2011):Examining quality and efficiency of the US .system, International Journal of Health Care Quality Assurance, Volume 24, Number 5, 2011.
5. Mauro Coli, Eugenia Nissi, AgneseRapposelli, Monitoring Environmental Efficiency, An Application To Italian Provinces, Environmental Modelling& Software, 26, 2011.
6. Quey-Jen Yeh, The Application of Data Envelopment Analysis in Conjunction with Financial Ratios for Bank Performance Evaluation, Journal of the O. Research Society, Vol. 47, №. 8, Aug., 1996.
7. Sungchul, Y & Hyunsuk, S. "Ensuring IT consulting SERVQUAL and user satisfaction: A modified measurement tool". Information Systems Frontiersm, 2004.
8. W. W. Cooper, L. M. Seiford, K. Tone, *Introduction To Data Envelopment Analysis And Its Uses*, Springer Science et Business Media, USA, 2006,
9. Wiertz Jochen et autre : Marketing de services, 6eme édition, Pearson éducation, France, 2009, P 12.

## 3.11. تقارير

1. Le système de santé en Algérie, Défis nationaux et enjeux partagés, les notes IPEMED, Etudes et Analyses, Tirage N° 13, Avril 2012.

2. Nathalie Elgrablylévy, Germain Belzile, la télémédecine, améliorer le système de santé par l'innovation, institut économique de Montréal, collection santé, les notes économiques, septembre 2010.
3. Ministère de la santé et de la population, les fondements de la carte sanitaire nationale, Algérie, novembre 1981,
4. Pierre Patrick Olivier, Système de Compte de Santé, OCDE, 2000.
5. Mise en œuvre de la contractualisation, Ministre de la santé, de la population, point de situation au 31 décembre 2003.
6. traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose Journal Officiel, n° 59, du 11 juillet 1969.

#### 4.11. المراجع الإلكترونية:

1. Amel Laribi, Actualité du système National de santé (2005-2007), laboratoires de recherche, école National de santé publique El- Marsa, Mai 2008.  
Sur le Site: [www. Santé.Dz](http://www.Santé.Dz).
2. Définition Qualité. Analyse de Kepner-Tregoe.  
<http://www.definition-qualite.com/analyse-de-kepner-tregoe.htm>.
3. Evaluation et accréditation des établissements de santé.  
<http://www.emro.who.int/RC47/ArPA11b00.htm>.
4. F. Gautier, A. Pazet, Contrôle de gestion, Dareios et pearson éducation.  
[www.gestionappliqué.com](http://www.gestionappliqué.com), Consulter le: 13/ 05/ 2014.
5. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, RH organisation, 2004.  
[www.RH-organisation.fr](http://www.RH-organisation.fr).
6. Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé, Direction de l'Accréditation et de l'Evaluation des Pratiques, ANAES, France, Septembre 2004.  
<http://www.Anaes.fr>.
7. Stéphane Tizio, « trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle» , Mondes en développement, 2005/3 - no 131, p46.  
<http://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005>.

الملاحق

# الملحق رقم 01

استمارة تقييم الخدمات الصحية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة الحاج لخضر - باتنة -  
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير  
قسم علوم التسيير

استمارة بحث

تقييم مستوى الخدمات الصحية  
- دراسة ميدانية بولاية باتنة -

يطيب لي، أن أتقدم لكم بهذا الاستبيان الذي يدخل في إطار إعداد بحث علمي يهدف إلى تقييم مستوى الخدمات الصحية وتقديم آليات تحسينها، لذا فإني أتمس منكم أن تبدو آراءكم حول مختلف بنود الاستبيان من خلال الإجابة بكل صدق وموضوعية على جميع الأسئلة، إن سير البحث العلمي ومصداقية نتائجه يعتمد على مدى مساهمتكم وتوافق أجوبتكم مع حقيقة شعوركم وانطباعاتكم.

وأعدكم بأن أجوبتكم ستحظى بالسرية الكاملة والعناية الفائقة، لكم مني كامل الشكر، التقدير والاحترام.

من إعداد الطالبة: تحت إشراف الأستاذة الدكتورة:

- إلهام يحيايوي

- وفاء سلطاني

السنة الجامعية 2013 / 2014

## الجزء الأول من الإمتحان

### معلومات عامة

- أدعوك لملاً الجدول التالي: بوضع علامة (X) في المكان الملائم.

الجواب				العبارة	الترميز	الترتيب
لأنك من الطاقم الإداري	لأنك من الطاقم الطبي	للعلاج		طبيعة التواجد بالمؤسسة	A-1	1
أنثى		ذكر		الجنس	A-2	2
أكثر من 60 سنة	من 40 إلى 60 سنة	من 31 إلى 40 سنة	من 19 إلى 30 سنة	السن	A-3	3
متزوج		أعزب		الحالة المدنية	A-4	4
دراسات ما بعد التدرج	جامعي	غير جامعي	أمي	المستوى العلمي	A-5	5
أكثر من 72000 دج	من 36001 إلى 72000 دج	من 18001 إلى 36000 دج	أقل من 18000 دج	الدخل الشهري	A-6	6
الريف		المدينة		الإقامة	A-7	7

## الجزء الثاني من الإمتحان

### معايير تقييم الخدمة الصحية

- أدعوك لملاً الجدول التالي: ضع علامة (X) في المكان الملائم لدرجة توافقك مع مضمون العبارة.

درجة التوافق مع مضمون العبارة					العبارة	الترميز	الترتيب
قبول مطلق	قبول جزئي	حياد	رفض جزئي	رفض مطلق			
<b>معايير الملموسية</b>							
					طبيعة مرافق المؤسسة الصحية (صالات المرضى، وقاعات الانتظار ومكاتب الأطباء) جذابة وتتوافق مع طبيعة العمل ونوع الخدمة المقدمة.	B-1	08
					موقع المؤسسة الصحية ملائم ويسهل الوصول إليه.	B-2	09
					الأجهزة والمعدات والمستلزماتها الطبية التي تتوفر عليها المؤسسة الصحية حديثة ومتطورة.	B-3	10
					مظهر وهندام الطاقم العامل في المؤسسة الصحية متلاءم مع نوع الخدمة المقدمة.	B-4	11
					الأدوية والتحاليل متوفرة ومتاحة داخل المؤسسة الصحية.	B-5	12
<b>معايير الاعتمادية</b>							
					يلتزم طاقم العمل في المؤسسة الصحية بتقديم الخدمات في وقتها الملائم.	B-6	13
					يلتزم طاقم العمل في المؤسسة الصحية بالمواعيد ومختلف الوعود التي يقدمها للمرضى.	B-7	14
					تتوفر المؤسسة الصحية على سجلات وأجهزة كومبيوتر تمكنها من متابعة الحالة الصحية لمرضاها حتى بعد انتهاء فترة علاجهم.	B-8	15
					المؤسسة الصحية متوفرة على كامل الاختصاصات.	B-9	16
					ينجح الطاقم العامل في المؤسسة الصحية في تجنب الأخطاء المتعلقة سواء بالتشخيص أو بالعلاج.	B-10	17
<b>معايير الاستجابة</b>							
					يجرس الطاقم العامل بالمؤسسة الصحية على إعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم.	B-11	18
					يحق للمريض طلب خدمة طبيبه المعالج عند الحاجة وفي أي لحظة.	B-12	19
					يتجاوب العاملون في المؤسسة الصحية فوراً مع طلبات المرضى.	B-13	20

				تفاعل إدارة المؤسسة الصحية بالإيجاب مع شكاوى المرضى.	<b>B-14</b>	<b>21</b>
				يهتم الطاقم العامل في المؤسسة الصحية بمعرفة رأي المرضى عند مغادرتهم المؤسسة	<b>B-15</b>	<b>22</b>
<b>معيير التعاطف</b>						
				تتميز المؤسسة الصحية في تعاملاتها بالسرية التامة في كل ما يتعلق بالمرضى وحالتهم الصحية.	<b>B-16</b>	<b>23</b>
				يضع المرضى ثقتهم الكاملة في الطاقم الإداري للمؤسسة الصحية لأنه يتميز بالصرامة والجدية في أداء العمل.	<b>B-17</b>	<b>24</b>
				يضع المرضى ثقتهم الكاملة في عمال المؤسسة الصحية (أعوان الاستقبال والنظافة والأمن...) لأنهم يتميزون باللباقة والحياسة في أداء عملهم.	<b>B-18</b>	<b>25</b>
				يضع المرضى ثقتهم الكاملة في الطاقم الطبي للمؤسسة لأنه يتميز بالمصداقية والكفاءة في أداء عمله.	<b>B-19</b>	<b>26</b>
				تقبل المرضى على العلاج في المؤسسة الصحية لما لها من سمعة وصورة حسنة.	<b>B-20</b>	<b>27</b>
<b>معيير التعاطف</b>						
				ييدي طاقم المؤسسة الصحية اهتماما شخصيا لكل حالة مرضية.	<b>B-21</b>	<b>28</b>
				ييدي طاقم المؤسسة الصحية احتراما مطلقا للمرضى ولذويهم.	<b>B-22</b>	<b>29</b>
				يحرص الطاقم العامل في المؤسسة الصحية على مراعاة ظروف ومشاعر المرضى وحالتهم النفسية.	<b>B-23</b>	<b>30</b>
				تصمم أوقات العمل بالمؤسسة الصحية وفق ما يتلاءم مع احتياجات المرضى ومتطلباتهم.	<b>B-24</b>	<b>31</b>
				يبدل الطاقم الصحي للمؤسسة كل الجهد والعناية اللازمة وهو يقدم في عمله أحسن ما لديه.	<b>B-25</b>	<b>32</b>



# الملحق رقم 02

استمارة آليات تحسين الخدمات الصحية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة الحاج لخضر - باتنة -  
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير  
قسم علوم التسيير

استمارة بحث

آليات تحسين الخدمات الصحية

- دراسة ميدانية بولاية باتنة -

يطيب لي، أن أتقدم لكم بهذا الاستبيان الذي يدخل في إطار إعداد بحث علمي يهدف إلى تقييم مستوى الخدمات الصحية وتقديم آليات تحسينها، لذا فإني أتمس منكم أن تبدوا آراءكم حول مختلف بنود الاستبيان من خلال الإجابة بكل صدق وموضوعية على جميع الأسئلة، إن سير البحث العلمي ومصداقية نتائجه يعتمد على مدى مساهمتكم وتوافق أجوبتكم مع حقيقة شعوركم وانطباعاتكم.

وأعدكم بأن أجوبتكم ستحظى بالسرية الكاملة والعناية الفائقة، لكم مني كامل الشكر، التقدير والاحترام.

من إعداد الطالبة: **تحت إشراف الأستاذة الدكتورة:**

- إلهام يحيايوي

- وفاء سلطاني

السنة الجامعية 2013 / 2014

## الجزء الأول من الإمتحان

### معلومات عامة

- أدعوك لملاً الجدول التالي: بوضع علامة (X) في المكان الملائم.

الجواب				العبارة	الترميز	الترتيب
لأنك من الطاقم الإداري	لأنك من الطاقم الطبي	للعلاج		طبيعة التواجد بالمؤسسة	A-1	1
أنثى		ذكر		الجنس	A-2	2
أكثر من 60 سنة	من 40 إلى 60 سنة	من 31 إلى 40 سنة	من 19 إلى 30 سنة	السن	A-3	3
متزوج		أعزب		الحالة المدنية	A-4	4
دراسات ما بعد التدرج	جامعي	غير جامعي	أمي	المستوى العلمي	A-5	5
أكثر من 72000 دج	من 36001 إلى 72000 دج	من 18001 إلى 36000 دج	أقل من 18000 دج	الدخل الشهري	A-6	6
الريف		المدينة		الإقامة	A-7	7

**الجزء الثاني من الإمتحان**  
**آليات تحسين مستوى الخدمة الصحية**

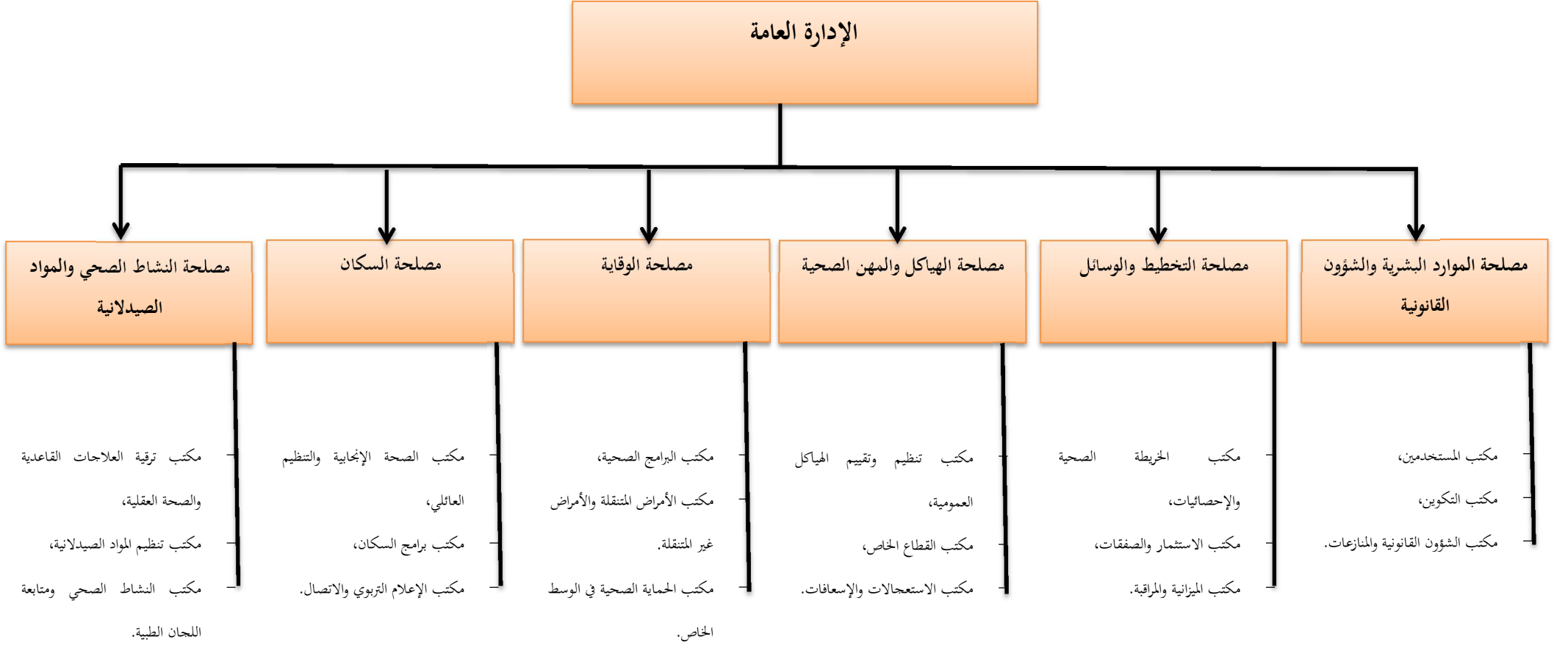
- أدعوك لملاً الجدول التالي: ضع علامة (X) في المكان الملائم لدرجة توافقك مع مضمون العبارة.

الترتيب	الترميز	العبارة	درجة التوافق مع مضمون العبارة				
			قبول مطلق	قبول جزئي	حياد	رفض جزئي	رفض مطلق
33	C-1	يجب على المؤسسة الصحية أن تبني سياساتها على أساس توقعات ومتطلبات المرضى وانشغالهم.					
34	C-2	يجب أن يتم اشراك كل العاملين في تحديد الأهداف وبناءها حتى يحس الجميع بأنه يشارك في اتخاذ القرار وبالتالي تعطي الاصلاحات نتائجها الايجابية.					
35	C-3	يجب أن يتم التركيز على تكامل نظام العمل وتوحيد الاجراءات بين مختلف عناصر المؤسسة.					
36	C-4	يجب أن يكون التغيير تدريجياً ومستمرًا (لا جذرياً) حتى يعطي نتائجه الايجابية.					
37	C-5	يجب التركيز على تحسين عملية الاتصال في المؤسسة الصحية.					
38	C-6	يجب أن تقوم الوصاية (وزارة الصحة) بدراسات استراتيجية تحدد من خلالها المتطلبات المستقبلية في مجال الخدمات الصحية.					
39	C-7	يجب على المؤسسات الصحية التعامل مع محيطها الخارجي وتوقع مختلف تغيراته حتى تكون قادرة على الاستجابة لها. (المتغيرات التكنولوجية/ القانونية...).					
40	C-8	يجب التركيز الدائم على عملية تقييم النتائج ومقارنتها مع ما تم تخطيطه حتى تستخلص نقاط القوة والضعف.					
41	C-9	يجب أن يتم اختيار العاملين في المؤسسة الصحية وتعيينهم بناءً على متطلبات المنصب الذي سيشتغرونه.					
42	C-10	يجب أن يتم التركيز على تكوين العاملين وتدريبهم بناءً على التطورات المتوقعة لطبيعة العمل.					

# الملحق رقم 03

الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة بولاية باتنة

الشكل رقم 09: الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية باتنة



المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على معلومات مديريةية الصحة والسكان

الملخص

## الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية بولاية باتنة، وذلك بالتطرق إلى ماهية الخدمة الصحية ومختلف أساليب وطرق تقييمها باستخدام نموذج (Servqual)، مع اقتراح مجموعة من الآليات لتحسين مستوى هذه الخدمات.

وبينت نتائج الدراسة أن نموذج (Servqual) يساهم في تقييم مستوى الخدمات الصحية من خلال الأبعاد التي يركز عليها افراد المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية باتنة والتي تعكس مستوى رضاهم، اضافة الى أهم الآليات التي تسمح بتحسين هذه الخدمات.

وقد قدمت الدراسة مجموعة من الآليات التي من شأنها رفع كفاءة وفعالية الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية باتنة والمتعلقة بتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

**الكلمات المفتاحية:** الخدمات الصحية، تقييم مستوى الخدمات الصحية، نموذج (Servqual)، آليات تحسين الخدمات الصحية، المؤسسات الصحية العمومية لولاية باتنة.

### **Abstract:**

This study aims to identify the reality of health services at batna and adressed to the nature of health services and various methods of evaluation by using servqual model and propose a set of techniques to improve this services.

Among the results of this study is that servqual model contributes to assess the level of helth services Through dimensions wich customers use it And reflect their level of satisfaction and the techniques wich allow to improve this services.

The study provided a set of proposals that will increase the efficiency and effectiveness of services provided by Public health institutions of the Wilaya of Batna improving the quality of health services provided for the benefit of patients.

**Keywords:** Health services, Evaluation level healths services model (Servqual), Improvement mechanisms of health services, Public health institutions of the Wilaya of Batna.