



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
جامعة محمد خيضر - بسكرة



كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير
قسم علوم التسيير

الموضوع

دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية)

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير

تخصص: مناجمت المنظمات

إشراف الأستاذ الدكتور:

❖ رابح خوني

إعداد الطالب:

❖ شرف الدين زديرة

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا
مشرفا
مناقشا
مناقشا
مناقشا
مناقشا

جامعة بسكرة
جامعة بسكرة
جامعة بسكرة
جامعة خنشلة
جامعة باتنة 1
جامعة أم البواقي

❖ أ.د الطيب داودي
❖ أ.د رابح خوني
❖ د. اسماعيل حجازي
❖ د. ليليا بن منصور
❖ د. آيت الله مولحسان
❖ د. احسين عثمانى

السنة الجامعية: 2016-2017

شكر وتقدير

شكرا وحمدا لله عز وجل على نعمه الكثيرة

يطيب لنا في البداية، أن نرفع خالص شكرنا وتقديرنا لمن تفضل بالإشراف على هذه الرسالة، وطوق عنقنا بالمساعدة والعون على تحقيقها، ولم يبخل علينا بغزير علمه وصادق توجيهاته، الأستاذ الدكتور رابح خوني.

كما نشكر مدراء المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، وكل اطاراتها وموظفيها على كل التسهيلات والتوجيهات المقدمة.

نشكر كذلك أعضاء لجنة المناقشة، على قبولهم عناء ومشقة قراءة وتقييم هذه الرسالة.

وفي الأخير، نشكر كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد ولو بكلمة طيبة، كل حق قدره وحق منزلته.

إهداء

إلى الوالدين الكريمين

إلى زوجتي وابني الحبيين

إلى إخوتي وأخواتي الأعزاء

إلى كل أفراد العائلة الطيبة

أهدي هذا العمل



مقدمة:

يعتبر الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين هدفا رئيسيا بالنسبة لأي دولة في خططها التنموية الاجتماعية والاقتصادية، والذي أسهم في نقل المستشفيات من إطارها القديم المتمثل في كونها مجرد مكان يمارس فيه الطبيب مهنته ليأخذ إطاراً اشمل في الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية لطالبيها سواء من المرضى أو غير المرضى، فضلا عن تخطيط وتنفيذ برامج التطوير والبحث، إلى جانب وضع معايير للرقابة على جودة الخدمات المقدمة.

ولأن المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية، فقد زاد الاهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها، ويتم ذلك عن طريق القطاع الحكومي في بعض الدول، وعن طريق إسهام الهيئات والجمعيات الخيرية والقطاع الخاص في دول أخرى، وتعد المستشفيات الحكومية من أهم الأنواع انتشارا في عالم اليوم والتي ترجع ملكيتها للدولة "وزارة الصحة، وزارة الدفاع"، ويدخل تحت هذا التصنيف أيضا المستشفيات الجامعية التي تدار من قبل الجامعات الحكومية، ولما كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة، تعين الحرص على أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات مستوى عال يتناسب مع هذه النفقات، وهو أمر يتأتى بتأمين كفاءات إدارية مؤهلة تأهيلا جيدا، لضمان الاستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة، إن أداء المؤسسة وأنشطتها قد تتأثر وتتشكل نتيجة للقوى المحيطة بها.

تواجه المؤسسات الاستشفائية الجزائرية كغيرها من المؤسسات الاستشفائية في مختلف دول العالم تحولات كبيرة، حيث أن الخدمات الصحية تتقدم بتقدم التقنيات الطبية وتطورها، وباعتبار المؤسسات الاستشفائية العمومية الجهة الوحيدة التي تقدم خدمات شبه مجانية للمواطنين، فهي مطالبة بتبني مناهج إدارية حديثة لتحسين جودة خدماتها، والارتقاء بها إلى المستوى المطلوب.

لقد أظهرت عدة دراسات بعض المشاكل التي تواجهها المنظمات الصحية من سوء الإدارة وضعف الرقابة الجادة من قبل الإدارة، وعدم استخدام الأساليب الحديثة لتدعيم الإجراءات الإدارية من نظم معلومات وإجراء الإحصائيات، وضعف أنظمة التحفيز.

إن نجاح أي مؤسسة يعتمد بشكل أساسي على قدرة إدارتها على تفسير وتحليل المتغيرات المحيطة ودقة الاستجابة لها والعمل على تشخيصها لمعرفة ما يواجهها من فرص وتهديدات في الصناعة التي تنتمي إليها والتعرف على محددات النجاح عند التعامل مع العملاء و الموردين والمنافسين .

1- إشكالية الدراسة:

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يساعد في تحديد الإمكانيات المادية والبشرية المهذورة، وبالتالي معالجة طرق تسييرها، والتخلص من الهدر واستغلالها أحسن استغلال، كما يعد أسلوب إدارة الجودة الشاملة من أفضل الأساليب الإدارية الحديثة التي تدفع بمقدمي الخدمة إلى المساهمة في تحقيق نجاح المؤسسات، كما لوحظ أن المؤسسات التي طبقت هذا النوع من التسيير استطاعت تحقيق متطلبات ورضا متلقي الخدمة، من خلال تحسين أسلوب العمل والظروف المحيطة به.

مما سبق، وجب التفكير بضرورة اعتماد إدارة الجودة الشاملة كمدخل حديث للعمل، يؤدي إلى إدخال الرضا في نفس العميل بما يفوق توقعاته للخدمات المقدمة في المستشفى، مع ضرورة الإصغاء له والإبداع في خدمته وتحقيق التفاعل معه، والتأكيد على زيادة ارتياح العميل من الخدمة وما يحيط بها، وجعلها أسهل منلا وأكثر تناسقا وخصوصية.

على ضوء ما سبق، تبرز مشكلة الدراسة التي نطرحها في السؤال التالي:

كيف يمكن لإدارة الجودة الشاملة تحسين مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية؟

ولتسهيل معالجة هذه الإشكالية يتطلب منا الإجابة عن الأسئلة الفرعية التالية:

- هل يعتبر مقدم الخدمة هو المحور الأساسي لجودة الخدمة في المؤسسة الاستشفائية؟
- هل تقدم الخدمات الصحية المطلوبة في الوقت المناسب؟
- ما مدى قدرة القائمين على تقديم الخدمة الصحية على استلهم ثقة المرضى؟
- هل توفر المؤسسات الاستشفائية الإمكانيات المادية اللازمة لتحسين جودة الخدمات الصحية؟
- هل يوجد تعاطف من طرف مقدمي الخدمة الصحية تجاه مشاكل واحتياجات المرضى؟

2-فرضيات الدراسة:

لمعالجة موضوع البحث تم صياغة الفرضيات التالية:

- يمكن تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال الاعتماد على مقدميها (الأطباء، الممرضين، الإداريين).
- هناك علاقة بين تحسين جودة الخدمات الصحية وسرعة استجابة مقدمي الخدمة داخل المؤسسات الاستشفائية.
- يعتبر العامل النفسي المتمثل في استلهم ثقة المرضى من أسباب تحسين جودة الخدمات الصحية.
- لتوفير المباني والتجهيزات والمعدات التقنية الحديثة والمتطورة دور في تحسين جودة الخدمات الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية.
- تعتبر حسن المعاملة من طرف مقدمي الخدمات الصحية من أسباب تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية.

3-أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في إبراز قدرة إدارة الجودة الشاملة على تحسين جودة الخدمة الصحية، ومنه لفت انتباه مسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية نحو تبني معايير إدارة الجودة الشاملة، للرفع من جودة الخدمات الصحية المقدمة لتحقيق رضا المرضى، ومواجهة التحديات المستقبلية المتمثلة أساسا في زيادة عدد السكان، وبالتالي زيادة الطلب على الخدمات الصحية.

كذلك إثراء المكتبة الجامعية بمرجع حول أهمية إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية.

4-أهداف الدراسة:

- تهدف من خلال هذه الدراسة إلى ما يلي:
- تسليط الضوء على مفهوم الجودة الشاملة في قطاع الصحة والتعرف على المفاهيم المختلفة التي تناولته.
- تحديد معايير الجودة الشاملة في قطاع الصحة.
- توضيح نماذج الجودة الشاملة التي يمكن تطبيقها في المستشفيات.
- تحديد طرق ضبط الجودة في المستشفيات.
- تحليل وتشخيص للخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية وتوضيح أهمية توفر مبادئ إدارة الجودة الشاملة لتحسين جودة الخدمات الصحية.
- الوقوف على مدى إدراك مقدمي الخدمة الصحية لضرورة تبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج إداري جديد، يمكن من خلاله تحقيق خدمات صحية تقارب المستوى المطلوب من طرف متلقي الخدمة.

5-منهجية الدراسة:

إننا نلمس في دراستنا ضرورة اللجوء إلى مناهج علمية مختلفة، مثل اعتمادنا على المنهج الوصفي التحليلي كحتمية تملئها علينا طبيعة الموضوع، لأننا بصدد جمع وتلخيص المفاهيم والحقائق النظرية المرتبطة بإدارة الجودة الشاملة.

تجدر الإشارة إلى أننا اعتمدنا على برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية الإصدار 23 (SPSS.23) في الحصول على النتائج وإجراء الاختبارات الإحصائية الضرورية. ولإنجاز هذه الدراسة تم الاعتماد على مجموعة متنوعة من المراجع باللغة العربية واللغات الأجنبية، والاستعانة بالمجلات والدوريات، المصادر الرسمية كالقوانين والمراسيم، بالإضافة إلى بعض المواقع الإلكترونية المتخصصة في مجال دراستنا.

6-حدود الدراسة:

-المجال البشري: اقتصر المجال البشري للدراسة على مقدمي الخدمة (أطباء، ممرضين، إداريين)، في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

-المجال المكاني: اقتصر المجال المكاني للدراسة على ثلاث مؤسسات استشفائية هي: المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس بولاية قسنطينة، المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بولاية باتنة، المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة بولاية خنشلة.

-المجال الزماني: تناولنا هذه الدراسة في إطارها النظري من بداية سنة 2012 إلى نهاية 2015، أما الإطار التطبيقي فكان خلال المدة المحصورة من بداية 2016 إلى غاية شهر مارس 2017.

7-الدراسات السابقة:

- دراسة ماجدة محمد عبد الحميد جبريل (2000)، بعنوان: إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة، رسالة مقدمة لكلية التجارة جامعة عين شمس للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، بالإضافة إلى استخدام أسلوب المقابلة والاستمارة الاستقصائية، حيث هدفت إلى: دراسة المفاهيم السائدة لإدارة الجودة الكلية في المستشفيات موضوع الدراسة لتحديد مدى توافقها مع المفاهيم العلمية لإدارة الجودة الكلية، وقد توصلت الدراسة للعديد من النتائج أهمها: تطبيق 40% من المستشفيات موضوع الدراسة للمفاهيم العلمية لضمان الجودة.

- دراسة خليل عواد حسن أبو حشيش (2000)، بعنوان: إطار مقترح لقياس وتقييم الأداء في المستشفيات الحكومية دراسة تطبيقية بالمملكة الأردنية الهاشمية، بحث مقدم للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في المحاسبة، جامعة عين شمس مصر، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليل في الجزء النظري من الدراسة، كما اعتمد على أسلوب المقابلة الشخصية والمشاهدة والملاحظة وتوزيع قوائم استقصائية على المستخدمين من الخدمة في الجزء التطبيقي، وقد هدفت هذه الدراسة إلى: تحديد أهم المتغيرات التي تؤثر على مستوى جودة أداء أنشطة المستشفيات الداخلية والخارجية، توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج أهمها: تعتبر جودة الخدمات في عيادات مستشفى الجامعة الخارجية من أهم المتغيرات التي كانت وراء تفضيل المستخدمين لهذه العيادات واختيارهم لها، كما كان للاستشفاء، حيث كشفت نتائج الاستقصاء أن مقومات الجودة الكلية لخدمات الأقسام الخارجية في المستشفيات متوفرة في عيادات مستشفى الجامعة.

- دراسة فتيحة حبشي (2007)، بعنوان: إدارة الجودة الشاملة مع دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، اعتمدت الباحثة في الجزء النظري على المنهج الوصفي التحليلي وذلك بغرض تحليل الإطار الفكري والفلسفي لإدارة الجودة الشاملة، واعتمدت في الجزء التطبيقي على أسلوب المقابلة الشخصية وكذلك تحليل استمارة الاستبيان الموجهة على موظفي وحدة فرمال، وهدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى إدراك الإدارة العليا والعاملين لمفهوم إدارة الجودة الشاملة، وإلى تقييم وتحليل فرص تطبيقها في الوحدة، وذلك بتحليل وقياس وتقييم عناصر الثقافة التنظيمية السائدة وتحديد مدى ملائمتها مع تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: إن الوحدة غير مهيأة لتقبل فلسفة وثقافة إدارة الجودة الشاملة، سياسة الجودة غايتها الحصول على شهادة الايزو 14000 فقط.

-دراسة كحيل نبيلة (2009)، بعنوان: تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة قسنطينة، حيث اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وهدفت الدراسة إلى تحديد مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية، حيث قامت الباحثة بدراسة إحصائية عن طريق تحليل بيانات الاستبيان المقدم إلى المرضى بالمستشفى، وتوصلت الدراسة لعدة نتائج منها: ضعف

التزام الإدارة العليا بالمستشفيات لدعم جهود الجودة، وعدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة.

- دراسة غازي علي متروك البداينة (2011)، بعنوان: إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعية الحكومية، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، حيث اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، وهدفت الدراسة إلى: السعي لمقارنة مدخلات نظام إدارة الجودة الشاملة بين المستشفيات موضوع الدراسة، من وجهة نظر العاملين فيها، وقد توصلت الدراسة للعديد من النتائج أهمها: بينت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم العاملين لمدخلات نظام إدارة الجودة الشاملة، تبعا (العمر، المؤهل العلمي وسنوات الخبرة) في مستشفى عين شمس بمصر.

-دراسة سيد أحمد حاج عيسى (2012)، بعنوان: أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة الجزائر 03، حيث اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، حيث استخدم الوصف في جمع المعلومات المكتيبة المتوفرة في الدراسة النظرية، أما التحليل لأغراض تحديد النتائج من الدراسة الميدانية بواسطة استبيان لجمع المعلومات والوقوف على أبرز المؤشرات، وهدفت الدراسة إلى تحديد دور المورد البشري الصحي في تحقيق التحسن المستمر للجودة في المستشفيات الجزائرية، وتوصلت الدراسة للعديد من النتائج أهمها: وجود قناعة عليا بأن الوصول لتحسين الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية يتطلب تطبيق عناصر التدريب وفق الأهمية النسبية التي بينتها المتوسطات الحسابية.

-دراسة منير مصلح محمد الوصابي (2012) ، بعنوان: دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، مذكرة تدخل ضمن متطلبات شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي بهدف التوصيف الدقيق لإشكالية الدراسة، وتوضيح أبعادها وتحليل النتائج التي تم التوصل إليها من خلال عملية التقييم التي أجريت أثناء دراسة الحالة التي أجريت على مستشفى 48 النموذجي، وهدفت الدراسة إلى: التعريف بنظم الجودة ومراحل تطبيقها في المؤسسات الصحية والمعايير المستخدمة في تقييم أدائها، وتوصلت الدراسة لعدة نتائج منها: يرى العاملون في المستشفى بأن تطبيق نظام الجودة أدى إلى تحسن أداء ونوعية مدخلات النظام الصحي في المستشفى بدرجة عالية، الأمر الذي جعلها تؤثر إيجابيا على جودة الخدمات الصحية للمستشفى.

-دراسة محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر (2015)، بعنوان: قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين دراسة ميدانية على مستشفيات التعليمية الكبرى بولاية الخرطوم، وردت هذه الدراسة في المجلة الأردنية الخاصة بإدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 04، وقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي لتتبع الظاهرة موضوع البحث، ومنهج المسح الاجتماعي لجمع البيانات المتعلقة بالدراسة من العينة المختارة من مجتمع الدراسة ومنهج التحليل الإحصائي لاختبار فرضيات الدراسة، وقد هدفت هذه الدراسة إلى: قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى

والمراجعين، وقد توصلت هذه الدراسة للعديد من النتائج أهمها: يوجد إدراك لدى المرضى والمراجعين في السودان للمستويات المطلوب توفرها في المستشفيات عند تقديم الخدمات الصحية.

8- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

تناولت معظم الدراسات السابقة التطورات الحاصلة في منهج إدارة الجودة الشاملة، وربطها بالموارد البشرية في قطاعات مختلفة، ثم إجراء دراسات مقارنة، وتأتي دراستنا كتكملة للدراسات السابقة وهي دراسة تبين أهمية إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة (أطباء، ممرضين، إداريين).

9- تقسيمات الدراسة:

من اجل التحكم في الموضوع والإمام بجوانبه قسمنا البحث إلى أربعة فصول، حيث تناول الفصل الأول والثاني والثالث دراسة نظرية أما الفصل الرابع فهو ميداني حول عينة من المؤسسات الاستشفائية بالإضافة إلى مقدمة وخاتمة:

المقدمة: اشتملت على تمهيد للموضوع وإعداد فرضيات للإجابة على الأسئلة الفرعية التي توضح الإشكالية، ثم تحديد أهمية الموضوع وأسباب اختياره.

الفصل الأول: الإطار النظري لإدارة الجودة الشاملة

يتناول الإطار النظري للجودة الشاملة، ويشمل على مفاهيم نظرية حول الجودة الشاملة، وكذلك تطور هذا المفهوم، والأساليب والأدوات التي تعتمد عليها إدارة الجودة الشاملة، وكذلك معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

الفصل الثاني: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يتناول تعريف جودة الرعاية الصحية، بالإضافة إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المنشآت الصحية، مع التطرق إلى مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وتطوير إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، مع توضيح كيفية ضمان الجودة وتحسينها في المؤسسات الصحية، مع التطرق إلى تكاليف الجودة كأساس لتطوير خدمة الرعاية الصحية

الفصل الثالث: النظام الصحي في الجزائر.

يتناول واقع الخدمات الصحية في الجزائر، من حيث نشأة المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، وتطورها، وإمكاناتها، ومدى اهتمام الدولة بتقديم الرعاية الصحية اللازمة لمواطنيها، مع توضيح النقائص الناجمة عن سوء التسيير.

الفصل الرابع: تحليل واقع إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

يتناول دراسة تطبيقية حول عينة من المؤسسات الاستشفائية، وذلك من خلال التعريف بالمؤسسة، وتقديم مفصل لمختلف المصالح منذ تاريخ إنشائه، وفي الأخير تحليل نتائج الاستثمارات المقدمة للأطباء ورؤساء المصالح، والموظفين، واستخلاص مدى قدرة المؤسسات الاستشفائية الجزائرية على تطبيق إدارة الجودة الشاملة. **الخاتمة:** و تشمل أهم النتائج المتوصل إليها والتوصيات والاقتراحات.



الفصل الأول:

الإطار النظري لإدارة
الجودة الشاملة

تمهيد:

يشهد عالم اليوم تحديات كثيرة ومتنوعة تتمثل أبرزها في شح الموارد المتاحة، وتزايد الحاجيات المجتمعية، والتغيرات المتسارعة للأحداث، وما يتطلب ذلك من تحديد للأولويات وتوزيع فاعل لما هو متاح من الموارد البشرية والمادية.

هذه التحديات فرضت على الحكومات مجهودات كبيرة للمحافظة على التوازن المطلوب في ظل موارد وإمكانيات شحيحة، كما استدعى ذلك من المنظرين والمفكرين البحث عن أفضل السبل والوسائل للتعامل مع مثل هذه التحديات، ولعل ما يزيد من حدة هذه التحديات التي تواجهها الحكومات المعاصرة من الناحية التنافسية الشديدة بين المنظمات الحكومية من جهة، ومنظمات الأعمال في القطاع الخاص من جهة أخرى، وما يفرضه ذلك من التنافس من متطلبات تطوير أساليب الأداء والاستفادة من الثورة التكنولوجية التي يشهدها العالم، وصولاً إلى أفضل أو منتج أكثر قدرة على الصمود في أسواق المنافسة التي تعددت منافذها وأشكالها، والتقنيات المستخدمة فيها، بعد أن أجبرت على التعامل مع مستفيد أكثر وعياً وتطلعاً للخدمة أو المنتج الأكثر جودة.

كما أصبحت المنظمات العالمية والمحلية تواجه نوعاً آخر من التغيرات والتحديات يتمثل في زيادة حدة المنافسة على المستويين المحلي والعالمي، وما يصاحبه من تغير في سلوك المستهلك أو المستفيد، الذي أصبح أكثر وعياً وثقافة في استهلاكه، وذا قدرة أكبر على انتقاء الخدمة الأفضل بعد اعتماد الجودة كمعيار أساسي لاختيار المنتج أو الخدمة.

لذلك يمكن القول بان الضغوطات لتوفير خدمات ذات جودة عالية وبتكاليف منخفضة دفعت الهيئات الحكومية لاتخاذ مدخل استراتيجي لوضع الأهداف، وتوزيع الموارد، وذلك عن طريق تقييم البيئة الداخلية والخارجية التي تؤثر على برامج الهيئات الحكومية، ولكل ذلك استلقت إدارة الجودة الشاملة كمنهج متكامل يعتمد على أداء إدارة القوة البشرية وكل إدارة في المنظمة، وعلى التحسين المستمر في أساليب العمل، أن تكون أحدث المداخل المنهجية في تطوير المؤسسات وإعادة هيكلتها.

وإدارة الجودة الشاملة هي إحدى النظم المتبعة لمواجهة تلك التحديات، وذلك لكونها تقوم على أساس أئها: نظام قائم على التحسين المستمر للأداء في جميع المستويات العلمية والإدارية، وفي كل المجالات الوظيفية للمنظمة، وذلك باستخدام كافة الموارد البشرية والمالية المتاحة، وهي في الوقت نفسه تأكيد على أن يعمل الفرد بشكل صحيح من المرة الأولى.

لقد كانت الدول المتقدمة سباقة في بحثها عن الأساليب الإدارية الكفيلة بتحسين كفاءة وفاعلية منظماتها، وفي تطبيقها للنماذج والمبادئ التي يطرحها المنظرون والمهتمون في الجوانب الإدارية سعياً وراء تحقيق الاستثمار الأمثل للموارد المتاحة، وكانت بدايات تطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في اليابان وأمريكا، وكان تطبيقها في البداية مقتصرًا على القطاع الصناعي، أما الآن فأصبح بالإمكان تطبيقها على مؤسسات قطاع

الخدمات أيضا، وقد سعت المنظمات الخدمائية باستمرار من أجل التعلم والاستفادة من تجربة القطاع الصناعي في هذا المجال.

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب أرضية معينة في كافة البنى التنظيمية والإدارية والاجتماعية داخل المنظمة وخارجها، بحيث توفر المناخ المناسب لإمكانية التطبيق، إذ كيف يمكن أن ينجح تطبيق مفهوم إداري تجهل الإدارة أهميته؟

فلا بد من توفر القناعة التامة لدى الإدارة العليا بأهمية هذا المفهوم وجعل الجودة في مقدمة إستراتيجية الإدارة العليا والعمل على نشر هذه القناعة، كما تتطلب قادة قادرين على توجيه الأفراد باتجاه تحقيق أنظارتهم المتألقة، وليس هناك من جامعة أو مؤسسة أحرزت تقدما ضمن مفهوم إدارة الجودة الشاملة دون قيادة ذات قدرة إدارية عالية الكفاءة.

المبحث الأول: نشأة وتطور مفهوم الجودة

إن التحدي الكبير الذي أصبح يواجهه العالم اليوم في ظل قطار العولمة قد أدى إلى ازدياد المنافسة العالمية، فلم تهتم الشركات بالمنافسة المحلية فحسب وإنما كان لزام عليها أن تتنبه لخطر المنافسة العالمية في ظل الانتشار الواسع للأسواق العالمية وحرية التجارة وظهور الشركات متعددة الجنسيات. وقد اقتضى الأمر السابق من الدول أن تهتم بموضوع الجودة وتضعه في سلم أولوياتها الاقتصادية من خلال تطوير مؤسساتها وشركاتها، والارتقاء بأدائها العام وتحسين استخدام مواردها الاقتصادية، لكي تلعب الدور المرجو منها في ظل المتغيرات العالمية الجديدة على جميع الأصعدة. ومن ثم فقد احتلت قضية الجودة أهمية خاصة في الآونة الأخيرة سواء كان ذلك على الصعيد العالمي أو على الصعيد المحلي، فلا مفر من تحقيق التميز في مجالي الجودة والإنتاجية.

المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الجودة.

1- المفهوم التقليدي للجودة:

يعرف المفهوم التقليدي للجودة على أنها: " مجموعة من الصفات والخصائص التي يجب أن تتوفر في المنتج وبما يتطابق مع صفات وخصائص وضعت لهذا المنتج سابقا وفي معظم الأحيان فإن هذه الخصائص والصفات تتحدد من قبل المنتج ووفقا لظروفه وموارده واعتباراته الإنتاجية"¹

2- المفهوم الحديث للجودة:

أما المفهوم الحديث للجودة فهو: " مجموعة من الصفات والخصائص والمعايير التي يجب أن تتوفر في المنتج وبما يتطابق مع ويلبي رغبات وتفضيلات المستهلك " و الجودة بهذا المفهوم ينظر إليها من أحد الجوانب الثلاثة الآتية:

- جودة التصميم:

ويقصد بها توافر مجموعة معينة من الخصائص الملموسة وغير الملموسة في تصميم المنتج.

-جودة الأداء " الاعتمادية":

وتتمثل في قدرة المنتج على إرضاء الزبون لأطول فترة ممكنة.

- جودة الإنتاج:

ويقصد بها جودة ظروف الإنتاج وجودة العمليات الإنتاجية ويطلق على جودة الإنتاج أحيانا جودة المطابقة ويقصد بها مدى مطابقة جودة التصميم مع ظروف وعمليات الإنتاج في المنظمة، هذا التطابق يكون له

¹- محمد الصيرفي، سلسلة التدريب الإداري الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الايزو، مؤسسة حورس الدولية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 2005، ص18.

نتائج إيجابية على الجودة الكلية فتحديد كل من جودة التصميم وجودة الأداء يضمن توازنا بين ما يريده المستهلك من جهة وبين ظروف وإمكانيات المنظمة في المجال الإنتاجي من جهة أخرى.¹

المطلب الثاني: حلقات ضبط الجودة.

تعد حلقات ضبط الجودة هي التطبيق العملي الفعال لمبدأ الجودة مسؤولية الجميع، كونها الأداة الفعالة لتحفيز ومشاركة العاملين على مستوى المنظمة من أجل بث الأفكار التي تساهم في تحسين مستوى الجودة، نشأت هذه الفكرة في اليابان في مطلع الستينات وتتكون الدائرة أو الحلقة من أشخاص يلقبون لمناقشة ومعالجة مشاكل الجودة في منظماتهم وتكون العضوية في هذه الحلقات اختيارية وهي تفسح المجال الواسع لمشاركة الجميع وبذلك ساهمت في تحويل ثقافة المنظمة القائمة على أساس الربح والخسارة أي ربح طرف (العاملين مثلا) وخسارة الطرف الآخر (الإدارة) إلى ثقافة تعاون على أساس الربح/الربح.

لذلك نجد أن الباب مفتوح أمام حلقات ضبط الجودة لتقديم عطائها في جميع مجالات العمل داخل المنظمة وبالتالي لا يقتصر عملها على حقل معين، وتستمد حلقات ضبط الجودة من الخطوات التالية دورا أساسيا في تطوير وتحسين كفاءة الأداء الإنتاجي والخدمي في المنظمات وهي وضع الخطة والعمل وفقا للخطة، ومراقبة النتائج ومقارنتها مع الخطة، ومعالجة الانحرافات الحاصلة في العملية الإنتاجية وتعد هذه الخطوات من الأمور المهمة التي يتم تنفيذها عمليا في كافة الميادين الإنتاجية والخدمية في اليابان والتي حققت من خلالها كفاءة عالية في الأداء.

إن الأساليب العلمية التي تتسم بها حلقات ضبط الجودة تشغل الآن اهتمام كافة المعنيين والمتخصصين في حقول الإنتاج والإنتاجية بل أصبحت الآن وسيلة هادفة لتطوير وتنمية الاقتصاد الوطني للعديد من البلدان الأوروبية.

1- مفهوم ومبادئ حلقات ضبط الجودة:

هناك مجموعة من المفاهيم التي تناولت حلقات ضبط الجودة فقد عرفت بأنها: مجموعة صغيرة من الأشخاص يقومون بنفس العمل أو أعمال مشابهة تجتمع طوعيا وبشكل دوري خلال وقت الدوام أو خارج أوقات الدوام بقيادة المشرف على الحلقة أو نائبه أو أحد أفراد الحلقة، وهي مدربة لتحديد وتحليل وحل مشاكل العمل وتقديم الحلول إلى الإدارة ثم تطبيق هذه الحلول حينما يكون ذلك ممكنا.²

ويتضح من هذا المفهوم أن هناك مجموعة من المبادئ يجب أن تتوفر في حلقات ضبط الجودة وهي:

يجب أن ينتمي أفراد الحلقة إلى مكان عمل واحد وتكون لهم نفس لغة العمل ونفس الخلفية العلمية.

أن يكون الاشتراك فيها طوعيا لأن العامل إذا خطط ونفذ بنفسه أفضل من أن يؤدي هذا بناء على أوامر وتعليمات صادرة إليه.

¹ - محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 19.

² يوسف حبيب الطائي، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2009، ص 170.

يمكن لأي عضو في الحلقة أن يرأس الحلقة ولا يعد شخص ما ذو أهمية أكبر أو أقل من الآخرين لأي سبب من الأسباب، أما قائد الحلقة المباشر يجب أن يتلقى تدريباً لإدارة الحلقة ويكون مسؤولاً عن نجاحها وتطور مقدرة أعضائها.

يقوم أعضاء الحلقة بعرض إنجازاتهم واقتراحاتهم على الإدارة، والإدارة ليست ملزمة لقبول أفكار ومقترحات الحلقة لكن هذه الأفكار يجب أن تعطى الأهمية اللازمة وإذا رفض أحدهم فإنه يجب على الإدارة أن تشرح للحلقة وبالتفصيل سبب رفض الافتراض.

يمكن للحلقة أن تقوم بتطبيق الحلول في قسمها وخاصة فيما يتعلق بمشاكل العمل وهدر الموارد وتوفير الطاقة والوقت وغيرها.

يفضل عقد اجتماعات الحلقة مرتين شهرياً وخلال الدوام الرسمي وأن لا يتجاوز زمن الاجتماع ساعة، وهذا ينطبق على أكثر من 50% من الشركات التي طبقت حلقات ضبط الجودة.

أن يكون نشاط الحلقة مستمراً لأنه يختص بالتطوير والتغلب على المشكلات داخل مكان العمل ولأن عنصر العمل مستمر لذا فإن المشاكل التي تواجهه مستمرة لذا ينبغي أن يكون نشاط الحلقة مستمراً أيضاً. 1.

2- أهمية حلقات ضبط الجودة وأهدافها:

يركز الإداريين حالياً على الجودة وعلى التحسين المستمر في تقديم منتجات أو خدمات متميزة تنال رضا العملاء، لذلك اتجهوا إلى تكوين وتطوير أنظمة للجودة وتحديد معايير لقياس الأداء وتطويره، ومن أهم هذه البرامج برنامج حلقات الجودة، ويمكن إظهار أهمية حلقات الجودة من خلال الأوجه المختلفة التالية: مساهمة حلقات الجودة في تحقيق الاستخدام الأمثل لكافة الموارد البشرية للمؤسسة باعتبارها أعظم أصولها. إشراك العمال في عملية اتخاذ القرار مما يساهم في ضمان ولائهم والتزامهم اتجاه المؤسسة وأهدافها. تنمية الشعور بوحدة المجموعة، وعمل الفريق، وتشجيع العمال على حل مشاكلهم ذاتياً وبطريقة منظمة. تشجيع الإبداع لدى العمال وزيادة قدراتهم بخلق نوع من التحدي، التشويق والتنوع في المهام المنسوبة إليهم. تنمية أداء المشرفين على جميع المستويات الإدارية وإبراز السمات القيادية لهم. 2. كما حددت النقابة اليابانية للعلماء والمهندسين أهداف حلقات الجودة، والتي تتضح في الشكل التالي: المساهمة في تحسين وتطوير المنظمة.

احترام الإنسان والذي يترتب عليه تحقيق مناخ عمل جيد وبناء أقسام إنتاجية سعيدة تستحق المعيشة فيها، وهكذا أشرك النموذج الياباني لعجلة دومينغ العامل في التخطيط والتنفيذ والمتابعة لأنشطة تطوير الجودة داخل أماكن عملهم وذلك عن طريق خطوات وإجراءات منطقية مرتبة.

¹ يوسف حجيم الطائي، المرجع السابق، ص 171.

² فريد عبد الفتاح زين الدين، فن الإدارة اليابانية: حلقات الجودة، دار الكتب المصرية للنشر، القاهرة، 1998، ص 103.

إظهار القابلية الإنسانية بصورة تامة والذي يؤدي إلى التفكير والإبداع والإدارة الذاتية لحل مشاكل العمال. تطبيق الأفكار الجديدة ومتابعتها. 1

المطلب الثالث: محددات الجودة

هناك أربعة محددات أساسية للجودة، تساعد المنتجات أو الخدمات على تحقيق الغرض المقصود

منها بنجاح وهي: 2

1- جودة التصميم:

وتشير إلى غرض المصمم في تضمين بعض الخصائص، أو عدم تضمينها في المنتج أو الخدمة، إن قرار التصميم يجب أن يأخذ في الاعتبار متطلبات العميل بالإضافة إلى القدرات الإنتاجية، واعتبارات التكاليف والأمان والاعتمادية.

2- جودة التطابق:

وتشير إلى درجة تطابق المنتج أو الخدمة، مع الغرض من تصميمها، وتتأثر درجة التطابق بمجموعة من العوامل مثل: القدرات الإنتاجية للتسهيلات الإنتاجية المستخدمة، قدرة الآلات والمعدات، مهارات العاملين، تدريب العاملين، الحوافز، الربط بين عملية التصميم وعملية الإنتاج، متابعة تقييم المطابقة، اتخاذ الإجراء التصحيحي كلما كان ذلك ضرورياً.

3- سهولة الاستخدام:

تؤدي سهولة الاستخدام وتوافر التعليمات والإرشادات اللازمة للعميل، عن كيفية استخدام المنتج لها، إلى زيادة قدرة المنتجات على الأداء بطريقة سليمة وآمنة، وفقاً لما هو مصمم لها.

4- خدمات ما بعد البيع:

تؤدي مثل هذه الخدمات (الصيانة والإصلاح)، إلى المحافظة على أداء المنتج أو الخدمة كما هو متوقع.

المطلب الرابع: التطور التاريخي للجودة

تنسب أقدم الاهتمامات بالجودة إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد في الحضارة البابلية إبان حكم أول ملوكها حمورابي، إذ ضمت قوانينه قانوناً بينها يخص التجارة أوجب على من يقدم ما هو غير جيد أو ناقص القيمة في السلعة أو الخدمة التي يتاجر بها، القيام بإصلاح العيب. وتشير الوقائع التاريخية في القرن الخامس عشر قبل الميلاد إلى تأكيد قدماء المصريين على الجودة في بناء ودهان جدران المعابد المصرية القديمة واشتراط الالتزام بالجودة في تشييد الأهرامات.

¹ - يوسف حجيم الطائي، مرجع سبق ذكره، ص 172.

² - فتحة حبشي، إدارة الجودة الشاملة مع دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية قسنطينة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، 2007، ص 47.

وفي عصر صدر الإسلام ومنذ بزوغ فجره على البشرية زاد التأكيد على الجودة، حيث كان الرسول الكريم محمد صلى الله عليه وسلم يحث على الاهتمام بجودة الأداء والذي تؤكد الأحاديث النبوية الشريفة ومنها قوله: "من عمل منكم عملاً فليتيقنه".

وفي القرن الثامن عشر بعد الميلاد وبظهور الثورة الصناعية التي عدت حدثاً مهماً في تاريخ البشرية الحديثة، وإلى نتائجها ينسب جانب من التطور في مفاهيم الجودة وصيغ التعامل معها.

1- مرحلة مسؤولية الحرفي عن ضبط الجودة (ما قبل القرن العشرين)

اتسم الإنتاج خلال القرون الوسطى والقرن التاسع عشر باعتماده على فرد واحد أو مجموعة صغيرة من الأفراد الحرفيين، يتولى الفرد أو المجموعة الصغيرة جداً إنتاج المنتج بكميات صغيرة، كما يكون الحرفي الواحد مسؤولاً عن صنع المنتج ككل، لذا تقع مسؤولية ضبط الجودة على عاتق الحرفي سواء من حيث تحديد معايير الجودة أو مطابقة الإنتاج لتلك المعايير.

في هذه المرحلة كان الإحساس بالإنتاج موجوداً لدى العامل للصلة الواضحة بين المنتج والحرفي، فالحرفي يستخدم براعته اليدوية في إنتاج المنتج وإتقان العمل والجودة المميزة التي يخلقها تكون مدعاة للفخر وهو ما كان يشكل حافزاً للعمل.

ولأن الصناعة الحرفية تركز على المنتج وأدائه نسبة إلى متطلبات الزبون، لذا ينبغي أن يكون هناك اتصال مباشر بين الزبون والحرفي، إذ يصنع المنتج بالضبط بناء على حاجات الزبائن ورغبتهم ويمكن استخدام الصناعة الحرفية في الخدمات مثل البناء والإنشاءات، القروض المصرفية، تفصيل الملابس، صالونات الحلاقة، لذا تتميز المنتوجات التي تنتج بالإيصال بأنها باهظة الثمن وقد تتطلب فترات انتظار طويلة لتسليمها للزبون.

هذا يعني بأن الصناعة الحرفية ليست مرحلة منتهية بل لا زالت موجودة حتى وقتنا الحاضر علماً أنّها بدأت ما قبل القرن العشرين.¹

2- مرحلة مسؤولية رئيس العمال عن ضبط الجودة (1900-1918)

تبدأ هذه المرحلة من مطلع القرن الحالي حتى أواخر العقد الثاني منه، وهي إفراز نتائج الثورة الصناعية، لقد جاءت الثورة الصناعية بمفهوم الإنتاج الواسع وأدخلت مفاهيم جديدة مثل التخصص في العمل وتقسيم العمل، وعليه لم يعد العامل مسؤولاً عن إنتاج المنتج بأكمله بل جزءاً من عمليات صنعه، وأصبح العاملون يخضعون لإشراف رئيس العمال، وعليه أصبح رئيس العمال أو المشرف مسؤولاً عن جودة المنتج.

في هذه المرحلة لا نجد اتصالاً مباشراً بين الزبون والمنتج، لذا ربما يكون أداء المنتج ضعيفاً نسبياً، تكلفة إنتاجه واطئة نسبياً، ووقت التسليم قصير عادة، مثل المنتجات الزراعية، الأجهزة الإلكترونية وغيرها.

¹ عواطف إبراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر، عمان الأردن، 2009، ص 56.

رافقت هذه المرحلة تكنولوجيا الإنتاج الواسع بخاصة المكننة، أما اليوم فإن الأسواق الواسعة والفحص المؤتمت وتقنيات الفحص والاختبار هي التي تقود هذه العمليات بينما كانت الأسواق الواسعة، سلطة المصنع، والفحص من قبل العاملين هي التي تقود هذه العمليات.¹

3- مرحلة ضبط الجودة عن طريق الفحص (1919-1945)

شهدت الفترة ما بين 1919-1945 تطورا جديدا في مجال ضبط الجودة، إذ أصبحت المنتوجات والعمليات أكثر تعقيدا وازداد عدد العاملين مما أصبح معه من الصعب على رئيس العمال السيطرة الدقيقة على العمل المنجز من قبل كل عامل، لذا استخدمت وظيفة المفتش الذي تكمن مهمته في فحص جودة المنتجات بعد انتهاء عملية معينة عليها حيث يقوم بعزل المنتجات غير المطابقة للمعايير، وأولى الشركات التي أنشأت قسما خاصا بالفحص هي شركة وسترن إلكترنيك التي كانت تعود ملكيتها إلى مجموعة شركات (AT&T)، وفي عام 1925 حولت شركة (AT&T) العاملين في ذلك القسم إلى مخبر لفحص أجهزة الهاتف.

4- مرحلة الضبط الإحصائي للجودة

ظهرت خلال هذه المرحلة تطبيقات جديدة لضبط الجودة باستخدام الأساليب الإحصائية بالعينات، فخلال الحرب العالمية الثانية تصاعدت وتائر الإنتاج ولم يعد الفحص 100% مناسباً، لذا بدأ انتشار ضبط الجودة باستخدام العينات.

ومن الجدير بالذكر أن تطوير أساليب الضبط الإحصائي للجودة بدأ خلال المرحلة السابقة فقد قدم shewart عام 1924 خرائط الضبط الإحصائي لضبط المتغيرات والتي عرفت بـ (خرائط الضبط Quality Control) والتي لعبت دوراً أساسياً في ضبط العملية الإنتاجية.

ضبط الجودة مفهوم يشير إلى بناء الجودة وليس التفتيش عنها، كما يشير إلى أن مسؤولية الحفاظ عليها هي مسؤولية جميع الأقسام وبمشاركة جميع العاملين وعدم ترك مسؤوليتها إلى قسم الفحص أو قسم ضبط الجودة فقط.

وفي هذه المرحلة أصبح تحقيق مستوى عالٍ للجودة للمنتوجات هو ما تسعا إليه جميع المنظمات الصناعية، فتحقيق الثقة بأن كل شيء صحيح وخالٍ من العيوب هي الميزة التي يتمتع بها أسلوب عمل المنظمات، وإن مبدأ التلف الصفري الذي أطلقه واستخدمه بشكل أوسع رائد الجودة "Crosby" دفع المنظمات إلى تحقيق التنسيق بين العاملين والمديرين لحل المشكلات وإجراء التحسينات عن طريق برامج مخصصة لهذا الغرض فضلا عن جعل هدف كل فرد عامل في المنظمة تحقيق التلف الصفري من خلال منحهم صلاحيات وتشجيعهم بالمكافآت والحوافز وبما يدعم عمل الأفراد داخل المنظمة من جهة، وتحقيق الأهداف الإستراتيجية لعملية التخطيط للجودة من جهة أخرى.

¹ عواطف إبراهيم الحداد، المرجع السابق، ص 57.

تختلف هذه المرحلة عن المراحل السابقة بتركيزها واهتمامها بعمليات الإنتاج، حيث يتم فحص عينات من الإنتاج لكل دفعة إنتاج والذي ينتج عنه هدر أقل في الموارد ويقل العمل للأجزاء غير المطابقة فضلا عن تخفيض تكاليف الإنتاج، بعبارة أخرى عندما تتحقق المعرفة بالعملية تتحقق عملية التحسين.

5- مرحلة ضمان الجودة

في هذه المرحلة أصبحت الجودة ركنا أساسيا من أركان الوظيفة الإدارية للمديرين، تتطلب هذه المرحلة الاهتمام بكل ما من شأنه أن يمكن المنظمة من إحراز التقدم وتحقيق التميز سواء لمنتجاتها أو لعملياتها. كانت هذه المرحلة انعكاسا للضبط الشامل للجودة الذي عرف على أنه: " نظام فعال لتحقيق تكامل الجودة من خلال جهود مختلف المجاميع في المنظمة لتطوير الجودة (التخطيط)، إدامتها (الضبط)، وتحسين الجودة لأجل إنتاج السلع والخدمات بالمستوى الأكثر اقتصادية الذي يتيح الإشباع الكامل للزبائن، فضلا عن المفاهيم الأخرى التي أشير إليها في المرحلة السابقة مثل المعيب الصفري وظهور مفهوم "حلقات ضبط الجودة" في اليابان التي تنطلق من مدخل المشاركة في الإدارة كأساس في تحسين الجودة والإنتاجية حيث يجري الحوار والنقاش في مجموعات صغيرة غير رسمية، طوعية، تبحث عن إيجاد حلول لمشكلات الجودة.

يشير مفهوم "ضمان الجودة" إلى جميع الإجراءات المخططة والمنتهجة اللازمة لإعطاء الثقة بأن السلعة المنتجة أو العملية المؤداة أو الخدمة المقدمة سوف تستوفي متطلبات الجودة. مع مطلع السبعينات ظهر مفهوم " الضبط الشامل للجودة في عموم المنظمة" أو " الضبط الشامل للجودة في عموم الشركة" الذي يشير إلى مشاركة كل فرد في الشركة في عمليات ضبط الجودة بدءا بالعمال والمشرف في الخط الأول وانتهاء بالمدير الأعلى.

6- مرحلة إدارة الجودة الشاملة (1985-2010)

إدارة الجودة الشاملة مدخل إداري يركز على الجودة التي تعتمد مساهمة جميع العاملين في المنظمة لتحقيق نجاح طويل الأمد من خلال تحقيق رضا الزبون وتحقيق المنافع لجميع العاملين فيها وللمجتمع. من أهم خصائص هذه المرحلة هو التركيز العالي على العملية، تستخدم الشركات التي تعتمد هذا المدخل أو هذه الفلسفة تعريف الزبون للمنتج وتقييمه له كمدخل أساسي في تطوير أداء المنتج، إذ يسهم إشراك الزبون في إجراء تحسينات على المنتج وتطوير أداء المنتج، إذ يسهم إشراك الزبون في إجراء تحسينات على المنتج وتطوير مواصفاته وبما يلي حاجات الزبائن وتوقعاتهم ويحقق مستوى رضا عال للزبائن الحاليين والمرقبين، أما مساهمة أو مشاركة المورد في إدارة الجودة الشاملة فانه يساعد في تقليل الهدر والضياعات وتحسين القدرة الإنتاجية للمنتجات، هذا المدخل يؤكد على أهمية المورد ومشاركة المورد، وفي هذه المرحلة نجد مستوى أداء عال للمنتج، تكاليف أقل، تسليم أسرع، فضلا عن تركيز هذا المدخل على مشاركة العاملين كأساس في عمليات التحسين المستمر للجودة. ولا بد من الإشارة هنا إلى أن هذه المرحلة قد شهدت تطور المواصفات العالمية وبما يضمن تحقيق أعلى درجات المطابقة للمواصفات المطلوبة للزبون، الأمر الذي جعل المنظمة الدولية للمقاييس "ISO" تعمل على

توحيد المواصفات الوطنية كافة في مواصفات عالمية موحدة ذات شهادة لضمان الجودة أطلق عليها سلسلة المعايير الدولية (ISO 9000) اعتمدت كأساس في عمليات التبادل التجاري الدولي وضرورة من ضرورات إبرام العقود التجارية بين المنظمات في كافة دول العالم.

ويمكن القول بأن المواصفة (ISO 9001) إصدار 2000 تعد حجر الارتكاز لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة بنجاح.

7- مرحلة رفاهية الزبون (ابتداء من 2010)

يتوقع أن يشهد العقد القادم تطورا كبيرا في أساليب ضبط الجودة إذ ولكي تحقق المنظمة مستوى الجودة المطلوبة عليها أن تبدأ بالزبون وليس بالسلعة الملموسة أو العملية التصنيعية، إذ سيعتمد التركيز على الزبون في جميع عمليات ضبط الجودة بدء من التخطيط للأنشطة والفعاليات اللازمة لضبط الجودة وإدارتها وصولا إلى المخرجات النهائية، أي بعبارة أخرى سوف يكون الاتجاه بالتحول نحو تحقيق القيمة الشاملة للزبون، والذي يتطلب مكافأة العاملين ماديا ومعنويا لتحقيق تلك القيمة وتحقيق رضا الزبون.

المبحث الثاني: مدخل عام لإدارة الجودة الشاملة

يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من أحدث المفاهيم الإدارية التي تقوم على مجموعة من المبادئ والأفكار التي يمكن لأي إدارة أن تتبناها من أجل تحقيق أفضل أداء ممكن. أن التحديات التي تشهدها منظمات الأعمال في المجتمع الإنساني المعاصر تقترب بالجوانب النوعية على الصعيدين السلعي والخدمي، وتستخدم النوعية كسلاح تنافسي رئيسي في هذا الاتجاه، وقد تم الاهتمام بالإطار الفلسفي والفكري لإدارة الجودة الشاملة (TQM) حيث أن هذا المفهوم يؤشر ثلاث مرتكزات هادفة في هذا المجال وهي:

- تحقيق رضا المستهلك.
- مساهمة العاملين في المنظمة.
- استمرار التحسن والتطوير في الجودة .

المطلب الأول: تعريف إدارة الجودة الشاملة وأهم إسهامات رواد الجودة.

1- تعريف إدارة الجودة الشاملة:

لقد أصبح مفهوم إدارة الجودة الشاملة (TQM) يحمل معان كثيرة بالنسبة للباحثين، حيث أن لكل باحث أن لكل باحث في هذا المجال مصطلحاته الخاصة بهذا المفهوم. ويمكن تعريف إدارة الجودة الشاملة على أنها: " نظام متكامل موجه نحو تحقيق احتياجات المستهلكين وإعطاء صلاحيات أكبر للموظفين تساعدهم في اتخاذ القرار، والتأكيد على التحسن المستمر لعمليات إنتاج السلع والخدمات.¹

ويمكن القول بان إدارة الجودة الشاملة تمثل بصفة عامة فلسفة إدارة مبنية على أساس رضا المستهلك، وهي بذلك تضمن التصميم المتفق للمنتجات المقدمة من المؤسسة، وتحتل إدارة الجودة الشاملة إستراتيجية تنظيمية يمكن تطبيقها في مختلف مستويات المنظمة، إذ يصبح تحقيق الجودة عملية يلتزم بها الجميع وبشكل متواصل، ولا بد من تضافر جهود أفراد المؤسسة للوصول إلى الجودة الشاملة المرجوة.

وقد تعددت وتباينت رؤى الباحثين والمختصين حول تعريف إدارة الجودة الشاملة، حيث أن لكل باحث مصطلحاته الخاصة بهذا المفهوم فمنهم من فصل بين مكونات الجودة الشاملة، حيث يرى أن: الإدارة تعني التطور والمحافظة على إمكانية المنظمة من اجل تحسين مستمر للجودة.

أما الجودة فتعني تحقيق رغبات ومتطلبات المستهلك، بل وتجاوزها، وهي تلافي العيوب منذ المراحل الأولى للعملية بما يرضي المستهلك.

- خفاجي عباس، الجودة الشاملة، جامعة الإسراء، عمان الأردن، 1995، ص 1.10

وأما كلمة الشاملة فتعني البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل بدءاً من حاجات المستهلك أو المستفيد، وانتهاءً بتقويم رضاه عن الخدمات المقدمة له.¹

ومن جهة أخرى نجد أن هناك كثيراً من الباحثين قد تعاملوا مع هذا المفهوم باعتباره وحدة واحدة، فقد عرف بعضهم إدارة الجودة الشاملة على أنها فلسفة إدارية تقدم على أساس رضا المستفيد والتصميم المتقن للخدمات أو المنتجات، والتأكد من استمرار هذا المنتج.²

كما عرفها المعهد الفدرالي الأمريكي للجودة على أنها: تأدية العمل الصحيح بشكل صحيح من أول مرة مع الاعتماد على تقييم العميل في معرفة مدى التحسين في الأداء.³

ويمكن تعريفها على أنها نظام متكامل موجه نحو تحقيق احتياجات المستهلكين وإعطاء صلاحيات أكبر للموظفين تساعدهم على اتخاذ القرار، والتأكيد على التحسين المستمر لعمليات إنتاج السلع والخدمات، والذي يؤدي إلى تحقيق ولاء العميل في الحاضر والمستقبل، وذلك ضمن تكلفة تنافسية معقولة.⁴

ومنهم من يعتبرها صيغة من صيغ العمل التعاوني فقد عرفها جابلونسكي بأنها: شكل تعاوني لأداء الأعمال يعتمد على القدرات المشتركة لكل من الإدارة أو العاملين بهدف تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بصفة مستمرة من خلال فرق العمل.⁵

ومنهم من يرى: أنها فلسفة صممت لتنفيذ الثقافة التنظيمية بما يجعل المنظمة سريعة في استجابتها، ومرنة في تعاملها، ومركزة على الزبون، ينتشر فيها مناخ صحي، وبيئة تتيح أوسع مشاركة للعاملين في التخطيط والتنفيذ للتحسين المستمر ومواجهة احتياجات الزبائن.⁶

وعرفها ريلي (Riley) على أنها تحول في الطريقة التي تدار بها المنظمة، والتي تتضمن تركيز طاقات المنظمة على التحسينات المستمرة لكل العمليات والوظائف، وقبل كل شيء المراحل المختلفة للعمل، حيث أن الجودة ليست أكثر من تحقيق حاجات العميل.⁷

أما روبرت بنهارد (Benhard Robert) فقد عرف إدارة الجودة الشاملة على أنها: خلق ثقافة متميزة في الأداء، تتضافر فيها جهود المديرين والموظفين بشكل متميز

¹ - محمد عوض الترتوري ، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي، المجلس السعودي للجودة، جدة، 2005، ص 51.

² Cohen Steven and Brand Ronald, **Total Quality Management**, A practical Guide for the Real world, (San Francisco : Jossey – Bass Publisher, p 43.

³ - القحطاني سالم سعيد، إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في التعليم الحكومي، مجلة الإدارة العامة، العدد 78، عمان الأردن، أبريل 1993، ص 17.

⁴ - خفاجي عباس، مرجع سبق ذكره، ص 15.

⁵ - جابلونسكي جوزيف، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، دون دار نشر، عمان الأردن، 2000، ص 4.

⁶ Hoffer and Moran, **Thinking in Total Quality Management**, IE Management Press, institute of industrial Engineers, Norcross Georgrg, 1994, P 12.

⁷ - محمد عوض الترتوري، أغاير عرفات جويحان، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكاتب ومراكز المعلومات، الطبعة الثانية، دار المسيرة، عمان الأردن، 2009، ص 55.

لتحقيق توقعات العملاء، وذلك بالتركيز على جودة الأداء في مراحلها الأولى وصولاً إلى الجودة المطلوبة بأقل تكلفة وأقصر وقت.¹

أما دليل إدارة الجودة الصادر عن وزارة الدفاع الأمريكية، فقد عرف إدارة الجودة الشاملة على أنها: مجموعة من المبادئ الإرشادية والفلسفية التي تمثل التحسين المستمر لأداء المنظمة من خلال استخدام الأساليب الإحصائية والموارد البشرية لتحسين الخدمات والمواد التي يتم توفيرها للمنظمة، وكل العمليات التي تتم في التنظيم والدرجة التي يتم فيها تلبية حاجات العميل في الوقت الحاضر والمستقبل.

وقد ينظر البعض إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها فلسفة إدارية تقوم على أساس تحقيق رضا المستفيد، أي أنها التصميم المتقن للخدمات أو المنتجات والتأكيد من استمرار هذا المنتج.²

أما البعض الآخر فإنه يركز على الجودة وعناصرها، فيرى أن مصطلح الجودة عندما يرد إلى الذهن فإنه ينصرف إلى الإنتاج الأفضل والخدمة الأحسن بما يتطابق والتوقعات، عليه فإن الجودة تعرف بأنها مجموعة الخصائص والمظاهر التي تبدو على المنتج أو الخدمة وقدرة هذه الخصائص والمظاهر على إشباع حاجات الزبون المعلنة والدفينة.³

في حين إدارة الجودة الشاملة عند البعض على أنها فلسفة صممت لتغيير الثقافة التنظيمية بما يجعل المنظمة سريعة في استجاباتها، ومرنة في تعاملها، ومركزة على الزبون، يشيع فيها مناخ صحي وبيئة تتيح أوسع مشاركة للعاملين في التخطيط والتنفيذ للتحسين المستمر لمواجهة احتياجات الزبائن.

أما الذين نضروا إلى إدارة الجودة الشاملة على اعتبار أنها ثقافة تنظيمية، فأنهم اشتروا وجود بيئة معينة تستجيب للتغيير، وبدون وجود مثل تلك البيئة فإن إدارة الجودة الشاملة لن تنجح.

أما من ركز على إدارة الجودة الشاملة على أنها ثقافة متميزة في الأداء فإنه يشير إلى الأسلوب الذي يجري فيه الأداء وتظافر الجهود من أجل تحقيق الجودة بأقل تكلفة وأسرع وقت، دون أن يأخذ بعين الاعتبار عناصر أساسية أخرى مثل: طبيعة العلاقة مع المجهز، والبيئة المحيطة بالمنظمة كونها محددا لتظافر الجهود في أحيان مختلفة.⁴

2- أهم إسهامات رواد إدارة الجودة الشاملة .

يبدو من المناسب قبل الدخول في تفاصيل إسهامات رواد الجودة وتعاقبهم التاريخي، أن نعرف أولاً المقصود برائد الجودة، وللتوضيح نشير بأن الرائد هو الرجل الحكيم، الجيد، المعلم وعلى وجه أدق هو الذي يمتلك مزيج الأوصاف السابقة بالإضافة إلى توجهاته ومدخله ذات الأثر في مجال الجودة وانعكاساتها على

¹ - Benhard R, **Public Administration**, an Action Orientation, Pacific Grove California, USA, Brooks, Cole Publishing, Co,2000, P 287.

² - Drummond, Helga, **the Quality Management - What totle Quality Management**, Colorado, Libraries unlimited,2004, P 19.

³ - Besterfield, Dale H ; Besterfiels-Michna Carol ; Bester field, Glen H ; Bester- field- Sacre Mary, **Total Quality Management**, Prentice Hall, Inc 1995, P 6.

⁴ - المنصور ياسر، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة بغداد، 1997، ص8.

الأعمال والمنظمات في حياته وبعد مماته، وتأسيساً على ذلك يصنف رواد الجودة في ثلاث مجموعات منذ عقد الأربعينات من القرن العشرين وهي:

المجموعة الأولى: وهم الرواد من الولايات المتحدة الأمريكية الذين أشاعوا ونقلوا رسالة وفلسفة وتطبيقات الجودة لليابان في عقد الخمسينات من القرن الماضي وأبرزهم: د. ادوارد ديمينج و د. جوزيف جوران، ود. أرماند فيجينوم.

المجموعة الثانية: هم اليابانيون الذين طوروا تطبيقات جديدة في فلسفة ورسالة الجودة التي نقلها لهم الرواد الأمريكيين وكانت إسهاماتهم في ستينات القرن العشرين، ومن أبرزهم د. كاورو ايشيكاوا، د. جينينشي تاجوشي، د. شيجيو شينجو، د. ماساكي أيماي.

المجموعة الثالثة: وهم الرواد الغربيون الذين يمثلون الجيل اللاحق لليابانيين والذين تابعوا النجاحات اليابانية في الصناعة، ومن أبرزهم فيليب كروسي، وتوم بيترز.¹

وسنستعرض فيما يأتي أبرز الإسهامات لرواد الجودة المشار إليهم فيما تقدم بالإضافة إلى أساتذة وباحثين لهم بصمات جليلة في مجال الجودة.

2-1- إسهامات ادوارد ديمينج:

يعتبر الأب الروحي لجودة الإنتاج ورقابة الجودة، وهو استشاري بارز، ومعلم ومؤلف في موضوع الجودة، ولد ديمينج في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1900، ودرس فيها وهو حاصل على الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء من جامعة ييل في أمريكا، تعرف ديمينج على أسس الإدارة التقليدية في أواخر العشرينات من القرن الماضي عندما عمل في الإجازة الصيفية في شركة ويسترن اليكترونيك هاوثورن الشهيرة في شيكاغو، وأثناء عمله في مصنع هاوثورن في شركة الكهرباء الأمريكية، اكتشف مدى أهمية الرقابة الإحصائية في ضبط جودة العمل والإنتاج.

بعد أن بذل خبرته في مراقبة الجودة الإحصائية لمساعدة الجهود الحربية الأمريكية أثناء الحرب العالمية الثانية، أوفدته وزارة الدفاع الأمريكية إلى اليابان سنة 1946 لمساعدتها على تدارك خسائر الحرب، والإسهام في إعادة إعمارها، وللمساعدة في إنعاش اقتصادها، حيث كان له الدور الكبير في تعليم اليابانيين استخدام الأساليب الإحصائية في رقابة الجودة.

ويعتبر ديمينج أحد أسباب نجاح وتفوق اليابان في مجال الجودة، فكان يرى أن الإدارة العليا غالباً ما تلوم العاملين على أشياء لا تقع أصلاً في حدود اختصاصهم، وهذا يحتاج إلى تحول كلي للنمط الرئيسي للإدارة، لذلك فإنه كان يؤمن بضرورة تشجيع العاملين ومشاركتهم وجعلهم قادرين على المساهمة في إدخال تحسينات مستمرة من خلال فهمهم للعمليات وكيف يمكن تحسينها.

¹ - نزار عبد المجيد البرواري ، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2011، ص 81.

وعلى أساس إسهاماتهم في الصناعة اليابانية، فقد تم تقليده وسام الإمبراطور هيرو هيتو عام 1960 تكريماً لدوره في النهضة اليابانية، كما خصصت الحكومة اليابانية عام 1951 جائزة يطلق عليها (جائزة ديمينج) تمنح بشكل سنوي للشركات التي تتميز في تطبيق برامج إدارة الجودة.¹

مبادئ ديمينج الأربعة عشر:²

لضمان تحسين مستوى الجودة قدم ديمينج الأربعة عشر مبدأً المعروفة باسمه وهي كما يأتي:

المبدأ الأول: وضع هدف دائم يتمثل في تحسين الإنتاج والخدمات، أي أن الجودة أولاً وتحقيق أعلى جودة في المنتج بوضع أهداف تؤدي لتحسين جودة المنتج والخدمة، لتحقيق مركز تنافسي في السوق، وضمان الاستمرار والبقاء في السوق.

المبدأ الثاني: انتهاج فلسفة جديدة، تتبنى هذه الفلسفة قراراً مشتركاً يتحمل مسؤوليته كل فرد في الشركة، لأن الجهود الغير متحمسة لتحسين الجودة بالشركة أو المنظمة لن تحقق النتائج المرجوة والمتوقعة على المدى الطويل، فتحسين الجودة عملية كلية متكاملة.

المبدأ الثالث: التخلص من الاعتماد على التفتيش الشامل: فيجب أن تكون الجودة هي الأساس الذي تركز عليه المنظمة، والتخلص من الإخفاقات السابقة في الإنتاج، وجعل الرقابة وقائية هدفها منع حدوث الخطأ ودعم المخطئ لتجاوز كبوته ليعطي بشكل أفضل من السابق.

المبدأ الرابع: إلغاء تقييم العمل على أساس السعر فقط، العمل المربح لا يمكن أن يتجاهل أطلاقاً سعر البيع، ولكن يجب اعتماد الموردين الذين يعتمدون الجودة في منتجاتهم، وتوطيد العلاقة الحسنة معهم.

المبدأ الخامس: وجود تطوير مستمر في طرق اختيار جودة الإنتاج والخدمات، متابعة المستجدات التي ترافق الأداء وتحسين الأداء بشكل مستمر، فمهما وصل مستوى الجودة اليوم لا بد أن يكون أساساً للتحسين في المستقبل، فالمعايير الثابتة وغير المتغيرة من أسباب انهيار المنظمة.

المبدأ السادس: إنشاء مركز للتدريب الفعال: تشمل كافة الموظفين، فيجب أن يدرّبوا على طريقة أداء الأعمال المنوطة بهم، ومناسبة للمسئولية التي تحملوها، مع تكثيف تدريبهم على تحسين أساليب الإنتاج.

المبدأ السابع: وجود قيادة فعالة: وذلك بسقل وتنمية هذه الصفة على درجات، وتحقيق التناسق بين الإشراف والإدارة بالتفاعل والالتزام، فالقائد الفعال يكون المساعد والمساند والحريص على تحسين أداء ومهارة مرؤوسيه، وزرع الثقة في أوساط العاملين، والسعي للتحسين المستمر.

المبدأ الثامن: إزالة الخوف: إن الاهتمام بالجودة يستلزم أن يشعر الموظفين بالأمان داخل الشركة أو المنظمة التي ينتمون لها، وتوفير عنصر الاستقرار الوظيفي لهم، لأن ذلك يكفل للمنظمة الولاء والشعور بالانتماء لها، وإبعاد

¹ - نزار عبد المجيد البرواري ، المرجع السابق، ص 83.

² - المرجع نفسه، ص 84.

عقدة الخوف وترك الحرية لهم في إبداء آرائهم، والتحدث بصراحة، وهذا ما يجعل العاملين يعملون ويؤدون أعمالهم بفاعلية أكثر دون خوف.

المبدأ التاسع: إزالة الحواجز بين الإدارات: السعي لحل الصراعات القائمة بين العاملين، والقائمة بين الإدارات وإحلال التعاون بينهم، وجعلهم يشعرون أن الهدف هو الجودة وليس منافسة بعضهم البعض، والعمل بروح الفريق الواحد، لإنجاز وإنتاج النوعية الملائمة سواء كانت منتج أو خدمة التي ترضى وتفوق توقعات العملاء.

المبدأ العاشر: التخلص من الشعارات والنصائح: الطريقة التحفيزية تدمر الجودة، لأنها تركز الاهتمام على الرغبة في عمل الشيء أكثر من التركيز على الكيفية في عمل هذا الشيء، فالأفضل تقليل الدعايات والأهداف الكمية التي تهتم بالكم دون الكيف، وحتى إن كانت الشعارات الجيدة وتعطي فكرة عامة عن الأمر المطلوب، فهي لا توضح الكيفية التي تؤدي إلى ذلك.

المبدأ الحادي عشر: استبعاد الحصص العددية: الحد من التوجهات التي تتطلب تحقيق نتائج محددة من كل عامل أو موظف على حده، والتركيز على انتهاج مسلك الفريق الواحد داخل المنظمة، فالتفوق على توقعات العميل التي لها علاقة بالجودة تكون لها قيمة طويلة الأجل، أكثر من توقعاته الخاصة بكمية الإنتاج المصنعة.

المبدأ الثاني عشر: إزالة العوائق التي تعترض الفخر بالصناعة: فالتقييم السلبي للأداء الذي يركز على التفاصيل السلبية يمكن أن يدمر أي رغبة لدى العاملين أو الموظفين في تحسين الأداء، فمعظم العاملين والموظفين يرغبون في أداء أعمالهم بالشكل الجيد، ولا يرغبون أن تصدر ضدهم أحكام غير دقيقة، أو يتعرضون لنقد ظالم، وأقل توقعاتهم أن يعاملوا بطريقة عادلة.

المبدأ الثالث عشر: إعداد برنامج قوي للتعليم والتحسين: وذلك بعمل برامج تطويرية مستمرة، والتركيز على عملية التطوير والتحسين الذاتي، واكتساب المعارف والمهارات الجديدة، لأن الأدوات والتقنيات والمعلومات في تغير وتطور مستمر.

المبدأ الرابع عشر: إيجاد التنظيم اللازم لمتابعة هذه التغييرات: يستلزم الأمر العمل على ترسيخ المبادئ السابقة من كل أفراد المنظمة، وجعلها أمر حقيقي وليس مجرد شعارات براقية ويجب أن يهتم ويلتزم بذلك جميع من في المنظمة، بدأ من الإدارة العليا وانتهاء بأصغر عامل أو موظف بالمنظمة.

2-2- إسهامات أرماند فيغنبام:

التحق أرماند فيغنبام بعمله في شركة جينيرال اليكترويك في عام 1944 وتميز بمنظوره للجودة بوصفها طريقة لإدارة منظمات الأعمال، فاستطاع أن يحسم بذلك جدلا كان يقف في طرفه المقابل من كان يعتقد بأن المسألة هي تقنية بحتة ومن أبرز إسهاماته:¹

¹- يوسف حجيم الطائي، مرجع سبق ذكره، ص224.

2-2-1- تكاليف الجودة:

إسهامه الأساسي هو تحديد لتكاليف الجودة التي حددها بثلاثة أنواع رئيسية هي (الوقاية، التقييم، الفشل) وقد ألزم الإدارة بما يلي:

- الالتزام بتحسين الجودة.
- التأكيد بان الزبون هو الذي يحدد الجودة.
- التأكد من أن تحسينات الجودة أصبحت تقليدا في المنظمة.
- إمكانية إدارة هديفي الجودة والتكلفة بوصفهما هدفين متكاملين.

2-2-2- الجودة الموجهة نحو المستهلك:

يؤكد أرماند أهمية التوجه نحو عمليات إدارة الجودة الموجهة نحو الزبون، إذ تفهم الجودة على أساس ما يريده الزبون وليس ما يقوله المهندس أو مدير التسويق الأمر الذي تطور فيما بعد إلى ما أطلق عليه (تصنيف خصائص الجودة للمنتج والعملية الموجهة نحو استعلامات المستهلك) ذلك أن الغرض الأساس منه هو التعبير الكمي عن متطلبات الزبون ليس على مستوى التحسين فقط، ولكن على مستوى اختيار عمليات الإنتاج ومواصفات المجهزين أيضا، باتجاه الوصول إلى تصميم مبسط للمنتج بواسطة الحاسوب والأتمتة ذات الإنتاجية العالية، التي تتم إعادة توجيهها لتحقيق هديفي الإنتاج والجودة معا، وهو ما يطلق عليه حاليا بتقنية بناء دالة الجودة أو نشر وظيفة الجودة.

2-2-3- المنافسة المعتمدة على الجودة:

- أكد أن المنافسة المعتمدة على الجودة تبرز في اتجاهين أساسيين هما الجودة والإنتاجية.
- اعتماد جعل القيادة في مجال الجودة هدفا استراتيجيا ويعبر عن ذلك الدعم الإداري اللا محدود لسياسة بيع المنتجات المطابقة لاحتياجات الزبائن ورغباتهم.
- تقديم ضمانات كافية لاستمرار التطابق مع احتياجات الزبائن في إطار توجه جديد اسمها صناعة الجودة الشاملة.

- أكد أن التحسينات المتصاعدة في الجودة يرافقها تخفيض تدريجي في التكلفة ويمنح هذا المنظمة ثقة كبيرة في مجال التخطيط لاستراتيجيات مواجهة ظروف عدم التأكد التي تتسم بها الأسواق المعاصرة.

- إن تطبيق مبدأ ما يريده الزبون تجاوز المنطقة أو الدولة ليصبح عالميا وأصبحت مجموعة من الشركات متميزة في الجودة وقائدة في السوق بواسطة نظم الجودة لأسباب عديدة منها:

- أن الزبون يشتري توقيع الجودة والأداء المعتمد عليها.
- الدور البارز لبرامج تحسين الجودة في تحسين الإنتاجية.
- التحسينات في مجال تكاليف الجودة.

2-3- اسهامات فليب كروسي :

أمضى كروسي 38 سنة يعمل في مجال الجودة، وقد ألف العديد من الكتب المعروفة في الجودة، منها " الجودة مجانية" و " جودة بلا دموع" وأما خطوات كروسي في برنامج تحسين الجودة فهي كالتالي:

- أن تكون هناك التزام واضحاً في الإدارة نحو تحسين الجودة.
- إيجاد فرق لتحسين الجودة تتكون من ممثلين من كل قسم داخل المؤسسة.
- إيجاد مقياس للجودة لمعرفة ما إذا كان هناك أية مشاكل حالية أو محتملة حول عدم مطابقة المنتج للمواصفات المطلوبة.

- تحديد تكلفة تقييم الجودة وتوضيح كيفية استعمالها كأداة في الإدارة.
- زيادة مستوى معرفة كافة الموظفين في المؤسسة عن الجودة واهتمام كل منهم بتحسينها.
- اتخاذ إجراءات لتصحيح المشاكل التي قد توجد في الخطوات السابقة.
- تشكيل لجنة لبرنامج " خلو المنتج من العيوب" .
- تدريب كل المديرين بشكل فعال لأداء دورهم في عملية تحسين الجودة.
- تخصيص يوم " خلو المنتج من العيوب" لتعريف كافة موظفي المؤسسة بوجود إدارة الجودة الشاملة وان هناك تغيير قد حدث في المؤسسة.

- تشجيع الأفراد والجماعات داخل المؤسسة على وضع اهداف لهم لتحسين الجودة .
- تشجيع الموظفين على ابلاغ الادارة عن أي صعوبات يواجهونها عند إنجاز أهداف تحسين الجودة.
- تقدير جهود كل الموظفين الذين يشاركون في برنامج تحسين الجودة.
- تشكيل مجالس الجودة تلتقي بشكل دوري.
- تكرار كل الخطوات السابقة والتأكيد على ان عملية تحسين الجودة يجب ان تكون مستمرة ولا تنتهي أبدا.¹

2-4- اسهامات جوزيف جوران:

قام جوران عام 1954م بالقاء محاضرات حول الجودة في اليابان، كما قام قبل ذلك بالعمل لعدة سنوات في برنامج الجودة في شركة ألكاتريك، ومدخل جوران في برنامج الجودة يركز على الأبعاد الادارية الثلاث التالية:

- **تخطيط الجودة:** تحديد مستوى جودة المنتج وتصميم عملية الانتاج لتحقيق مفردات الجودة المطلوب توفرها في المنتج، والتخطيط الاستراتيجي يتطلب وضع خطة استراتيجية سنوية للجودة، حيث تقوم الادارة

¹ فريد النجار، إدارة الجامعات بالجودة الشاملة، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص 24.

بوضع الأهداف والأولويات، وتقييم نتائج الخطط السابقة وتنسيق أهداف الجودة مع الأهداف الأخرى للمؤسسة.

- **الرقابة على الجودة:** حيث يتم استعمال طرق احصائية في عملية الرقابة وذلك للتأكد من ان السلع المنتجة تحقق معايير الجودة خلال عملية الانتاج، كما تتطلب الرقابة على الجودة تحديد الأداء الفعلي للجودة، ومقارنة الأداء بالأهداف المعدة مسبقا، ومن ثم تصحيح أي انحرافات ما بين الأداء والأهداف.

- **تحسين الجودة:** وذلك من خلال:

- ايجاد وتطوير بنية هيكلية لعمل تحسينات الجودة.
- التعريف على المجالات التي تحتاج الى تحسين، وتطبيق مشاريع التحسين.
- ايجاد فريق المشروع ليكون مسؤول عن انهاء كل مشروع للتحسين.
- تزويد فرق العمل بما تحتاجه من تدريب لتكون قادرة على تشخيص مشاكل الجودة ومعرفة أسبابها والعمل على حلها.¹

2-5-إسهامات كايرو اشيكافا:

يعد اشيكافا من رواد الجودة اليابانيين حيث يتمتع بشهرة واسعة إقليميا وعالميا وهو متخصص في الكيمياء التطبيقية واشتهر بإسهاماته العلمية في تطوير مفهوم الجودة والطرق الإحصائية لتطبيقها، كما يعد اليابانيون اشيكافا أب حلقات مراقبة الجودة، ومن وجهة نظره فإن تطبيق حلقات مراقبة الجودة من أهم الوسائل التعليمية لنشر مفهوم الجودة بين العاملين، كما أن الجودة الشاملة تبدأ بشكل فعلي بعملية التدريب والتعليم وتنتهي أيضا بالتدريب والتعليم وتمحورت أهم أفكاره حول ما يلي:²

2-5-1- التحكم الشامل في الجودة على مستوى المؤسسة: حيث تتركز هذه الفكرة

على النقاط التالية:

- وضع الجودة على قائمة الأولوية والتركيز على الربحية على المدى الطويل.
- يجب أن تتركز سياسة الجودة في المؤسسة على العميل في كل عمليات الإنتاج.
- إقامة علاقات متينة بين العميل والمورد فيما يتعلق بجميع مستويات التعامل بالمؤسسة.
- استخدام البيانات والمعلومات بواسطة الوسائل الإحصائية للمساعدة في عملية اتخاذ القرارات.

¹ - فريد النجار، المرجع السابق، ص 25.

² - أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الفندقية في الجزائر، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008، ص 18.

- ضرورة الاهتمام بالجوانب الإنسانية والاجتماعية في المؤسسة.
 - يجب أن يعنى بالجودة في جميع المستويات من الإدارة العليا إلى آخر مستوى، حيث ينبغي إزالة الحواجز بين الأقسام المختلفة.
 - إدماج حلقات الجودة في كل مستويات النشاط بالمؤسسة.
- ومما سبق ذكره يمكننا القول أن اشيكوا اعتمد كثيرا من خلال فكرة التحكم الشامل في الجودة على مستوى المؤسسة على مفهوم الرقابة الشاملة على الجودة الذي جاء به الأمريكي " فيجنوم" سنة 1961 الذي يرى مساهمة جميع النشاطات في المؤسسة ضرورية لتحقيق جودة المنتج النهائي من خلال العمليات المختلفة المراحل، كالمشتريات، التصميم، التركيب، التسويق، وليس فقط على مستوى قسم الإنتاج، لكن هذا المفهوم أغفل الجانب البشري والإنساني وهو الجانب الذي ركز عليه اشيكوا والذي أصبح ميزة أساسية للإدارة اليابانية، حيث ألح اشيكوا على ضرورة إشراك جميع الأفراد وكل مستويات النشاط بالمؤسسة في قضية الجودة.

2-5-2 فكرة خريطة عظمة السمكة لاشيكوا: في عام 1943 قام اشيكوا باستنباط فكرة خريطة عظمة السمكة، أو ما يطلق عليه خريطة تحليل العلاقة بين السبب والنتيجة، فمن خلال الخريطة تستطيع الإدارة تحديد مشكلة معينة ومن ثم دراسة الأسباب الرئيسية والفرعية التي أدت إلى حدوث.

2-5-3 فكرة الأدوات السبع: لقد قام اشيكوا باستخدام أساليب علمية وأدوات إحصائية أطلق عليها اسم " الأدوات السبع" ودعا إلى ضرورة العمل بها وهي: خرائط باريتو، الرسم البيان لعلاقة الأسباب بالنتيجة، المدرجات التكرارية، خرائط الانتشار، خرائط المراقبة، الخرائط الانسيابية وقائمة الفحص، حيث يرى اشيكوا أن هذه الأدوات الإحصائية السبع من شأنها أن تساعد العاملين في عملية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة، ومن خلال استخدام هذه الأدوات، لاحظ اشيكوا أن المؤسسة يمكن أن تسيطر على 95% من مشكلاتها.

2-6-إسهامات جينيشي تاجوشي:

عمل تاجوشي مستشارا لعدد من الشركات مثل شركة (FORD, IBM) وغيرها، لمساعدتهم على تطوير الرقابة الإحصائية، على جودة عملياتهم الإنتاجية.¹

واكتسب شهرته لما ابتكره من طرق خاصة بتحسين هندسة الجودة بأقل تكلفة، ويساعد هذا المدخل الخاص بحل المشاكل، على تحديد الخسائر الناشئة عن قصور الجودة الخاصة بالأداء، والمتعلقة مباشرة بانحرافاتها عن الأداء

¹ - أسامة محمود فريد، إدارة الإنتاج والعمليات، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1998، ص 140.

المستهدف، ويوضح منهج تاجوشي الاستخدام الأكفأ للأساليب التحليلية والتجريبية، لتحديد السبب الحقيقي للمشكلة، وهو يركز على تصميم المنتجات وتقليل انحرافات خصائص الأداء، وتصميم الأبعاد، ويوضح تاجوشي ثلاثة مفاهيم أساسية للتعامل مع منهجه، الذي يستخدم لتحسين المنتجات والعمليات وهي كالاتي:

- قابلية الجودة للتكيف:

وتعني إنتاج المنتجات المطلوبة بمواصفات موحدة، على الرغم من وجود ظروف بيئية وصناعية مناسبة، والفكرة الأساسية هي إزالة نتائج هذه الظروف بدلا من إزالة الأسباب، وأوضح أن دراسة النتائج هي أقل تكلفة وأكثر فاعلية من إزالة الأسباب، وبهذا يمكن إنتاج منتجات متماثلة الجودة أو موحدة الجودة، بالرغم من حدوث تغيرات في المواد المستخدمة أو العمليات الإنتاجية.

- عامل خسائر عدم الجودة:

يوضح أن هناك تكاليف مصاحبة لعدم تحقيق الجودة المطلوبة، تتضمن ليس فقط عدم إرضاء العميل، وانخفاض المبيعات، ولكن أيضا تكاليف التعويض والخدمة، وإعادة التصنيع والفحص الداخلي، والإصلاح وتكاليف المعيب، ويوضح دور هذا العامل في زيادة معدل الخسائر (التكاليف)، كلما ابتعد عن مستوى الجودة المطلوب، ويمكن توضيح ذلك بالمعادلة:

$$X = F^2 \cdot T$$

أي الخسائر = مربع الانحراف عن الهدف X تكاليف تجنب الانحراف

وأوضح تاجوشي، أن الطرق التقليدية التي تقوم بتحديد حدود المسموحات الممكن قبولها في المنتج المعيب مبسطة جدًا، حيث أن ذلك يؤدي إلى زيادة خسائر الجودة.

- الجودة الموجهة للعميل (الجودة المستهدفة):

ويقصد بها فلسفة تحسين مستمرة، من خلال إنتاج منتج مطابق للمواصفات (الأهداف) التي تسعى إلى تحقيقها، ضمن فترة زمنية محددة.

المطلب الثاني: الإطار الفلسفي لإدارة الجودة الشاملة

تعددت التعريفات التي تناولت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، ويمكن تصنيف التعريفات التي قدمت لإدارة

الجودة الشاملة إلى ثلاث مجموعات هي:

1- المجموعة الأولى: تركز على مبادئ الجودة الشاملة

هي طريقة لأداء الأعمال التي حثت عليها الإدارة العليا وتندفق كطريقة للحياة خلال المنظمة وذلك في

إطار التركيز على العميل، والعمل على تحسين المنتج باستمرار لضمان الميزة التنافسية.

2- المجموعة الثانية: تركز على كيفية أداء إدارة الجودة الشاملة

يقسم مصطلح إدارة الجودة الشاملة إلى ثلاثة كلمات:

- **الشاملة:** تعني أن كل شخص في المنظمة يجب أن يشترك في برنامج الجودة سواء شخصياً أو من خلال فرق العمل الجماعي، والاشتراك الكلي يعتمد على تفويض السلطة والتدريب والاتصال.
- **الجودة:** تعني التأكد من أن العملاء يتلقون كل ما يريدونه وما يزيد عن هذا إن أمكن وهذا يتطلب الاتصال بالعميل والتأكد من أن السلعة والخدمة تتناسب مع احتياجات السوق وكذلك بناء علاقة طيبة مع الموردين.
- **إدارة:** يجب أن تكون هذه الفلسفة قائمة على التركيز على العميل، وذلك من خلال التنظيم لا الإشراف، والإدارة تعني أيضاً تغيير الثقافة وإزالة العقبات، والتأكد من أن الأدوات المستخدمة لأداء الوظيفة متاحة للجميع، وأن تجعل المنظمة من العمل متعة.

3- المجموعة الثالثة: تركز على الأهداف والنتائج

تعرف على أنها ولاء مستمر للعميل وانخفاض مستمر في التكاليف ومناخ يساعد على العمل الجماعي والتحسين المستمر.

ويمكن الاتفاق على أن الملامح الأساسية لمدخل الجودة الشاملة تكمن في النقاط التالية:

- مدخل شامل، بمعنى أن يشمل كافة القطاعات والمستويات والوظائف في المنظمة.
- مدخل يهدف إلى التحسين المستمر في كافة الأنشطة بالمنظمة.
- مدخل يعتمد على تخطيط وتنظيم وتحليل كل نشاط المنظمة.
- مدخل يعني على تفهم ومشاركة واقتناع كل فرد في المنظمة بالجودة.
- مدخل يعتمد على تعاون وتفاهم وترابط وتشابك كل أفراد المنظمة في إنجاز الأعمال لتحقيق الأهداف.
- مدخل يتطلب من الإدارة تبني فلسفة منع الخطأ وليس مجرد اكتشافه.¹
- مدخل يهدف إلى إحداث تغيير فكري وسلوكي في الأفراد لإكسابهم فلسفة العمل الصحيح من أول مرة.
- مدخل يقوم على فرق العمل للتحسين المستمر للجودة وليس العمل الفردي المنقطع.
- مدخل يعتمد على الرقابة الذاتية.
- مدخل يركز على أساس القدرة التنافسية والتميز.²

¹ وصاف وقوي، تسويق الجامعات عالمياً من خلال مدخل الجودة، مؤتمر استشراف مستقبل التعليم، عمان الأردن، 2005، ص 4.
² المرجع نفسه، ص 4.

إن التحدي الأساسي الذي يواجه المنظمات عند تطبيقها لمنهج إدارة الجودة الشاملة هو إحداث التكيف والتوازن بين متغيرين أساسيين: الأول هو توفير الاستقرار في الخدمة الذي يساعدها على تخطيط إنتاجها ومستلزماته بشكل جيد وبدرجة عالية من الدقة، والثاني هو إدخال تغييرات على العمليات داخل المنظمة بوجه عام، والإنتاج بشكل خاص، لمواجهة وتلبية حاجات ورغبات العملاء التي تتغير بين الحين والآخر. إلا أنه ومع اختلاف تعريفات إدارة الجودة الشاملة من حيث الألفاظ والأغراض، إلا أنها تتفق بشكل عام على أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة يقوم على العناصر التالية:¹

- الالتزام وروح المشاركة من قبل الإدارة العليا يجعل الجودة من أولى اهتماماتها.
- التأكيد على أن عملية تحسين الجودة يجب أن تستمر دوماً، والعمل بشكل دائم من أجل تحسين العمليات التي يؤدي من خلالها العمل.
- التنسيق والتعاون الإدارات والأقسام في المؤسسة مع التأكيد على استخدام فرق العمل.
- إشراك جميع الممولين والعاملين في جهود تحسين الجودة.
- خلق علاقات عمل بناءة بين أفراد المؤسسة وذلك لدعم ثقافة تهدف إلى التحسين المستمر.
- التركيز على مبدأ الجودة من خلال جميع مراحل العمل.
- الاستخدام المستمر للطرق الإحصائية وأساليب البحث العلمي وتحليل المشكلات.
- التركيز على تلبية حاجات المستهلك ورغباته.

المطلب الثالث: مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات تطبيقها.

1- مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

تقوم إدارة الجودة الشاملة على مجموعة من المبادئ الإدارية التي تركز على تحسين الجودة، وعندما تقوم المؤسسة بتطبيق هذه المبادئ فإنها ستنجح حتماً في تحقيق مستوى متميز من الجودة، ويمكن تلخيص هذه المبادئ على النحو التالي:

- التفهم الكامل والالتزام وروح المشاركة من قبل الإدارة العليا يجعل الجودة في المقام الأول من اهتماماتها.
- الاستمرارية في العمل من أجل تحسين العمليات التي تؤدي إلى تحسين الجودة.
- التنسيق والتعاون بين الإدارات والأقسام في المؤسسة مع التأكيد على استخدام فرق العمل.
- إشراك جميع الموردين في جهود تحسين الجودة، من خلال تعاون المؤسسة مع هؤلاء الموردين على استعمال برامج إدارة الجودة الشاملة.
- بناء ودعم ثقافة في المؤسسة تهدف إلى التحسين المستمر وخلق علاقات عمل بين أفرادها وضرورة التمييز بين الجهود الفردية والجماعية.

¹ - اغادير عرفات جويحان، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، 2006، ص 34.

- إشراك جميع أعضاء المؤسسة في الجهود الرامية إلى تحسين الجودة.
- تركيز الجودة على تلبية حاجيات المستهلك.¹

ويمكن القول أن إدارة الجودة الشاملة هي تجميع لكل الجودة الفردية في المؤسسة، مع التركيز على تحقيق الجودة في كل مراحل تقديم السلع والخدمات في المؤسسة وليس التركيز فقط على تحقيق الجودة في كل مراحل تقديم السلع والخدمات في المؤسسة وليس التركيز فقط على عملية الإنتاج، وكثير من مبادئ إدارة الجودة الشاملة ليست جديدة ولكنها موجودة وتستعمل منذ عقود، وبعضها منذ قرون، ولكن ما هو مختلف بالنسبة لإدارة الجودة الشاملة هو الطريقة التي تبلورت فيها كل المبادئ والأساليب الإدارية معا لتكون إطار عمل مشجع تم تجميعه بناء على بعض المعتقدات الأساسية المتفق عليها.

2- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

لم يتم الاتفاق بين الاقتصاديين على عدد عناصر متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ولكن حاول العديد من الباحثين تجميع وحصر أهم العناصر التي يقوم عليها برنامج متكامل لإدارة الجودة الشاملة، سنحاول التعرف عليها في هذا المبحث.

هناك اهتمام متزايد من طرف الاقتصاديين لتحديد متطلبات إدارة الجودة الشاملة في الواقع العملي، وفي ما يلي نورد أهم الإسهامات في هذا المجال:²

2-1- رأي (Sedllak و Burstein)

يرى كل منهما أن متطلبات إدارة الجودة الشاملة تتركز بالعناصر الآتية:

- تعهد والتزام الإدارة العليا بالجودة.
- تحديد احتياجات العملاء والوفاء بها.
- العمل الجماعي.
- التكوين على كافة النواحي المتعلقة بالجودة.
- توفر نظام فعال للتحفيز.
- المتابعة المستمرة لجهود التحسن.

2-2- رأي (Oakland):

أعد عام 1985 نموذج يحدد سبعة عناصر لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي كالآتي:

- إيمان الإدارة العليا بالتغيير.
- وضع رؤية واضحة للمنظمة.
- وضع معايير القياس.

¹ - Martinich, J.S, **Production and Opération Management**, An Applied Modern Approach, New York : john Wiley and Sons Inc, 1997, P 599.

² - توفيق محمد عبد المحسن، قياس الجودة والقياس المقارن، دار الفكر العربي، مصر، 2003، ص 154-155.

- تحديد عوامل النجاح.
- فهم العمليات.
- تقسيم العمليات إلى أنشطة ومهام.
- تلاؤم العمليات مع التغييرات التي تحدث.

2-3- رأي (Black, Porter):

لقد توصل كل منهما عام 1996 إلى تحديد المتطلبات الآتية:

- توفر ثقافة شاملة عن الجودة.
- وجود إستراتيجية لإدارة الجودة الشاملة.
- تشجيع فرق العمل.
- مشاركة المورد في تطوير وتحسين الجودة.
- جودة التخطيط.
- تحسين نظم قياس الجودة.
- توفر نظام اتصال فعال.
- مشاركة الجميع في تطوير الجودة.
- التركيز على رضا العملاء.

2-4- رأي (Thiagarajon, Zairi):

تؤكد النتائج التي توصل إليها كل منهما عام 1997 أن التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة، يتطلب مجموعة من المتطلبات هي كالاتي:

- التزام الإدارة العليا بقضية الجودة.
- وجود سياسة مكتوبة للجودة.
- تعهد الجميع بتحقيق أهداف الجودة.
- الاتصال الفعال بين أجزاء المنظمة.
- إشراك الموردين والعاملين في عملية تصميم المنتج.
- تشكيل فريق عمل لتطوير وتحسين الجودة.
- توفر نظام للتحفيز.
- التكوين والتعليم.

2-5- رأي (Gunase Karan):

لقد توصل عام 1999 إلى تحديد المتطلبات الآتية لإدارة الجودة الشاملة:

- وجود رؤية واضحة وأهداف محددة للجودة.

- فهم احتياجات العميل الداخلي والخارجي.
- تكوين فريق عمل لتحسين الجودة.
- تطبيق الأساليب العلمية والإحصائية لحل مشكلات الجودة.
- توفر نظام للتحفيز.
- توفر نظام تكوين فعال.
- العمل على استمرارية تحسين الجودة.

2-6- رأي (Yosof, Aspinwall):

وفي دراسة لها عام 1999 قاما بتحديد المتطلبات الآتية لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الواقع العملي وهي كالآتي:

- وجود قيادة تؤمن بأهمية الجودة.
- توفر نظام لاستمرارية عمل الجودة.
- التعليم والتكوين.
- إشراك المورد في إدارة الجودة.
- التركيز على العمليات.
- قياس أداء الجودة.
- الحصول على تغذية مرتدة.
- توفر موارد بشرية فعالة لتطوير الجودة.
- استخدام الأساليب العلمية لحل مشكلات الجودة.
- توفير ثقافة الجودة في المنظمة.

المطلب الرابع: تكاليف الجودة

لا يوجد اتفاق تام بين خبراء الجودة حول تكلفة الجودة، إلا أن المنهج الأكثر قبولاً هو ذلك المنهج الذي يقسم تكاليف الجودة إلى ثلاثة أصناف عامة: تكاليف منع المعيب، تكاليف تقويم الجودة، التكاليف الخاصة بالإنتاج المعيب، وتذهب الجمعية الأمريكية لضبط الجودة إلى تصنيف تكاليف الجودة في أربعة أصناف هي: تكاليف المنع (الوقاية)، تكاليف التقويم، تكاليف الفشل الداخلي، وتكاليف الفشل الخارجي.

الوظيفة الأساسية لتحليل تكاليف الجودة في نظام الجودة هو المساعدة في تحديد زمن التحسين ومن ثم وضع مقياس للتحسين المتحقق بمرور الوقت، ولإنجاز هذه الوظيفة ينبغي وضع مقياس يكون أساساً للمقارنة بين تكاليف الجودة.

ولأغراض التحليل طويل الأمد فإن صافي المبيعات هو الأساس الأكثر استخداماً، كأن يقال بأن تكلفة الجودة تشكل (9%) من صافي المبيعات، أما بالنسبة للمقاييس الأخرى مثل تكاليف الفشل الداخلي فتحسب كنسبة من تكاليف الإنتاج الإجمالية، وتقاس تكاليف الفشل الخارجي كنسبة من صافي المبيعات، في حين تحسب تكاليف التقييم كنسبة من تكاليف المواد المشتراة الإجمالية.

أما أساس التحليل قصير الأمد الذي يرتبط بشكل مباشر بتكاليف الجودة قياساً بكمية الإنتاج في كل عملية، فإنه يتطلب بناء قياس تكاليف الجودة عند مستوى العمليات التشغيلية وفي كل الأحوال ينبغي أن نعلم بأنه ليس هناك أساس ثابت أو محدد يمكن استخدامه لوحده لقياس تكاليف الجودة لأنه يمكن أن يكون مضللاً. يتطلب إعداد برنامج تكاليف الجودة التقليدي الخطوات التالية:

- بناء نظام لقياس تكاليف الجودة.
- تطوير نظام تحليل مناسب طويل الأمد.
- وضع أهداف تحسين سنوية لتكاليف الجودة الإجمالية.
- تطوير تحليل قصير الأمد يتناسب مع الأهداف الفردية التي تضاف إلى أهداف التحسين السنوية.
- مراقبة التقدم بالأهداف قصيرة الأمد واتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة في حالة عدم تحقق الأهداف الموضوعة.¹

1- تصنيف تكاليف الجودة

اتفق أغلب الكتاب والباحثين على التصنيف الذي وضعته الجمعية الأمريكية لضبط الجودة والذي يضم أربعة أنواع من التكاليف هي:

1-1- تكاليف المنع (الوقاية):

التكاليف المترتبة على تخطيط وتنفيذ وإدامة نظم الجودة، وتتضمن الرواتب وتكاليف تطوير تصميم المنتج، وتصميم العملية الإنتاجية والمعدات، وأساليب ضبط الجودة، وتصميم نظم المعلومات، وكل التكاليف الأخرى المرتبطة بمنع حدوث المعيب، كما يندرج ضمنها التكاليف المرتبطة بالتعليم والتدريب للأفراد العاملين المشاركين بإجراءات ضبط الجودة، كذلك تضم تكاليف إزالة أسباب حصول الإنتاج المعاب وتكاليف تدقيق الجودة وتكاليف تحسين الجودة، فضلاً عن تكاليف العمل مع الموردين قبل البدء بتصنيع المنتج.

1-2- تكاليف التقييم:

التكاليف المرتبطة بتقييم المنتجات، العمليات، الأجزاء، والخدمات، لتحديد درجة مطابقتها لمعايير معينة وتتضمن تكاليف الفحص والاختبار للمواد الداخلية فضلاً عن تكاليف الفحص والاختبار للمنتج، كما تتضمن تكاليف صيانة معدات وأدوات وأجهزة القياس وتكاليف المواد والمنتجات المستخدمة في عمليات الاختبار،

¹ عواطف إبراهيم الحداد، مرجع سبق ذكره، ص 68.

ويحدث هذا النوع من التكاليف خلال وبعد عملية الإنتاج ولكن قبل وصول المنتج إلى المستهلك، ويمكن النظر إليها كتكاليف مرتبطة بإدارة المخرجات في حين ترتبط تكاليف الوقاية بإدارة الهدف.

1-3- تكاليف الفشل الداخلي:

التكاليف الناجمة عن إنتاج أجزاء معيبة أو خدمات معيبة قبل تسليم المنتج للزبون، وتحدث عندما تفشل المنتجات أو الأجزاء أو الموارد أو الخدمات في تلبية مواصفات الجودة المحددة وقبل تحويل ملكية المنتج إلى المستهلك، ولا تظهر هذه التكاليف عندما لا تظهر منتجات غير مطابقة وعند اعتماد برنامج التلف الصفري، وتضم هذه التكاليف كل من تكاليف التلف والعمل المعاد وتكاليف تصحيح الوحدات المعيبة، وتكاليف تحديد أسباب فشل المنتج وتكاليف إعادة اختبار المنتج المعاد إصلاحه، كما ينبغي تضمينها لتكاليف وقت الإنتاج المفقود بسبب الإنتاج المعيب، والملاحظ أن هذه التكاليف تتناقص مع تنفيذ أنظمة ضبط الجودة نتيجة زيادة الإنفاق على تكاليف المنع (الوقاية) وهذه أحد أسباب تقلص هذه التكاليف بمرور الزمن.

1-4- تكاليف الفشل الخارجي:

التكاليف التي تظهر بعد تسليم الأجزاء أو الخدمات المعيبة وتحدث عندما لا يؤدي المنتج وظيفته بشكل مرض بعد تحويل ملكيته للمستهلك، وإذا لم يكن هناك وحدات معيبة فإن هذه التكاليف لا تظهر، وتتضمن هذه التكاليف: التكاليف الناجمة عن شكوى وتدمير المستهلك والتي تتضمن تكاليف الفحص والتعديل والاستلام والمناولة والإصلاح والاستبدال للوحدات المعيبة وتكاليف الضمان أو الكفالة ضمن المدة المقررة، وهذه التكاليف تتناقص بمرور الزمن وتطور نظم ضبط الجودة في الشركة.¹

2- النظرة التقليدية والنظرة الحديثة لتكاليف الجودة

يعد قياس تكاليف الجودة من أهم الجوانب المرتبطة بإدارة الجودة أو أي من برامجها، وكما رأينا سابقاً بأن الاتجاه العام والأكثر قبولاً لتصنيف تكاليف الجودة هو التصنيف الذي اعتمده أنفاً، إلا أن هناك اتجاه آخر يتبناه العديد من الخبراء وهو أن تكاليف الجودة ينبغي أن تتضمن التكاليف المتعلقة بالإنتاج المعيب وفي ظل وجهتي النظر تلك فإن هناك مستوى أمثل للجودة.

في ظل النظرة التقليدية، فإن هناك عدد أمثل من المعيبات الذي يجعل تكاليف الجودة الإجمالية بأصنافها الأربع المشار إليها سابقاً أقل ما يمكن، حيث تتزايد تكاليف التقييم والمنع (الوقاية) مع تناقص عدد المعيبات والعكس بالعكس، وفي نفس الوقت فإن تكاليف الفشل تتزايد مع تزايد عدد المعيبات، ويتحقق العدد الأمثل للمعيبات في المستوى الذي يحقق أقل ما يمكن من تكاليف الجودة الإجمالية.

أما النظرة الحديثة فإنها تختلف عن النظرة التقليدية في أن تكاليف التقييم والمنع (الوقاية) ينبغي أن لا تزداد من أجل تخفيض المعيب وبالتالي ليست هناك عملية مبادلة بين التكاليف المعيب وتكاليف تفادي العيوب،

¹ عواطف إبراهيم الحداد، المرجع السابق، ص73.

والمستوى الأمثل لتكاليف الجودة يحدث عند النقطة التي نصل بها إلى المعيب الصفري، وهذه النظرة لا تعتمد على الكثير من الشركات.¹

3- تخفيض تكاليف الجودة.

يتضمن مفهوم النظرة التقليدية إلى الجودة أن الجودة الأعلى تعني تكلفة أكثر، وقد كتب فيليب كروسبي كتابه المشهور بعنوان: Quality is free وبحث في موضوع تكلفة الجودة حيث ذكر بأن مؤشر الأداء الوحيد هو تكلفة الجودة.

وأضاف في كتابه أن الجودة الأعلى تؤدي إلى تخفيض التكلفة، وتحقيق الربح، وعندما نشر هذا الكتاب كان عدد قليل من المديرين يعتقد بأن الوصول إلى الجودة يكون بدون تكلفة، وبعد مرور سنوات فإن عدداً أكبر من المديرين أصبحوا يتفهمون هذه الحقيقة، فالمنظمات التي بدأت تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة وجدت بأن تحقيق الجودة يكون بدون تكلفة إضافية.

من المبادئ الأساسية في إدارة الجودة الشاملة أداء العمل الصحيح من المرة الأولى، أو كما يسميها البعض بالأخطاء الصفريّة، ومن الممكن أن يصل البعض في أدائه إلى هذا المستوى من الدقة وبدون أخطاء معظم الوقت، وذلك إذا حاول الفرد أن يضبط تفكيره لأن يبذل جهوداً لأداء العمل الصحيح من المرة الأولى، وهذا ما يؤدي أيضاً إلى تخفيض التكلفة وبالتالي زيادة أرباح المنظمة.

ومما يساعد على الوصول إلى وضع أداء العمل الصحيح من المرة الأولى انتشار الثقافة بين العاملين فيما يتعلق بضرورة الوقاية من الوقوع في الأخطاء أثناء العمل، بالإضافة إلى ذلك فإنه يجب أن لا ننسى أنه يمكن تجنب الجودة الرديئة من خلال التصميم الجيد للمنتج والتخطيط الفعال للعمليات والتدريب الكافي للعامل.²

¹ عواطف إبراهيم الحداد، المرجع السابق، ص75.

² محفوظ احمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2004، ص 172.

المبحث الثالث: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة

يتطلب نظام إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاته جهوداً كبيرة وطويلة المدى تشمل عادة على إعادة التركيز على رغبات وطموحات منظمات الأعمال والتجارة والمنظمات الأخرى في المجتمع بالإضافة إلى التطوير المستمر في أنظمة المدخلات والعمل بروح الفريق بدلاً من إتباع الهيكل الفردي، إضافة إلى ذلك العمل بمنظور الرؤيا الطويلة الأمد بدلاً من الإصلاحات والحلول الفردية ذات الأمد القصير، إذ يهدف نظام الجودة الشاملة إلى تجدييد الأعمال التي لها علاقة مباشرة بالجودة مع تحديد المسؤوليات والصلاحيات للأفراد ذات العلاقة وإقامة علاقات تعاونية بينهما وكذلك إلى تأسيس آلية منظمة لتكامل الوظائف داخل المنظمة كلها.

المطلب الأول: خطوات ومراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

1- خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

هناك مجموعة من الخطوات العامة التي يمكن للإدارة إتباعها في تطبيق هذا البرنامج في المؤسسة وهي

كالتالي:

- **الخطوة الأولى:** التزام وتعهد الإدارة العليا بتنفيذ البرامج وهو من الخطوات المهمة، إذ أنه من الضرورة توعية وتدريب القادة والمسؤولين على مفاهيم إدارة الجودة الشاملة وأساليب تطبيقها، وأن تكون الإدارة العليا نموذجاً مثالياً يقتدي به أفراد المؤسسة.
- **الخطوة الثانية:** خلق تصور وفلسفة واضحة للمؤسسة تحتوي على الأهداف العامة للمؤسسة وأهداف الجودة التي تسعى إدارة المؤسسة إلى تحقيقها، وكيفية إشراك العاملين في تنفيذ برامج إدارة الجودة الشاملة.
- **الخطوة الثالثة:** تشكيل مجلس للجودة يتكون من المديرين التنفيذيين في المؤسسة ورؤساء الأقسام المختلفة ويقوم المجلس بالإشراف على عملية التخطيط وتنفيذ وتقييم برنامج إدارة الجودة الشاملة.
- **الخطوة الرابعة:** اتخاذ القرار حول مجال تطبيق إدارة الجودة في المؤسسة.
- **الخطوة الخامسة:** تحديد أنواع برامج التدريب اللازمة، وتحليل احتياجات المديرين التنفيذيين ورؤساء الدوائر والموظفين على مفاهيم إدارة الجودة الشاملة.
- **الخطوة السادسة:** مطابقة المعايير والمقاييس، وتطوير معايير القياس في المؤسسة لتلبية احتياجات ورغبات المتنفعين.
- **الخطوة السابعة:** الدعاية والإعلان والتقدير.
- **الخطوة الثامنة:** تقييم النتائج باستمرار واستعمال التغذية الراجعة في تعديل برنامج إدارة الجودة الشاملة.¹

¹ - العساف عبد المعطي، معوقات الإبداع الإداري في المنظمات المعاصرة، مجلة الإدارة، السنة 17، العدد 62، عمان الأردن، 1995، ص 8.

2- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

كما يتطلب البدء بتطبيق إدارة الجودة الشاملة توفر قاعدة للبيانات تشمل معلومات دقيقة وشاملة لواقع المنظمة، والخدمات التي تقدمها، ومن المستفيدين منها، وصعوبات انجاز العمليات بشكل دقيق، بما يضمن تقييم واقع المنظمة، وتحديد المشكلات القائمة والمتوقعة والأسباب التي تدفع المنظمة إلى تبني هذا المفهوم، وتمر عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بخمس مراحل أساسية هي:

- مرحلة اقتناع وتبني الإدارة لفلسفة إدارة الجودة الشاملة

وفي هذه المرحلة تقرر إدارة المؤسسة رغبتها في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، ومن هذا المنطلق يبدأ كبار المديرين بالمؤسسة بتلقي برامج تدريبية مخصصة عن مفهوم النظام وأهميته ومتطلباته والمبادئ التي يستند إليها.

- مرحلة التخطيط

وفيها يتم وضع الخطط التفصيلية للتنفيذ وتحديد الهيكل الدائم والموارد اللازمة لتطبيق النظام.

- مرحلة التقييم

وغالبا ما تبدأ مرحلة التقييم ببعض التساؤلات المهمة والتي يمكن في ضوء الاجابة عليها تهيئة الأرضية المناسبة للبدء في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- مرحلة التنفيذ

في هذه المرحلة يتم اختيار الأفراد الذين سيعهد لديهم بعملية التنفيذ، ويتم تدريبهم على احدث وسائل التدريب المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.

- مرحلة تبادل ونشر الخبرات

وفي هذه المرحلة يتم استثمار الخبرات والنجاحات التي يتم تحقيقها من تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.¹

المطلب الثاني: أهمية وفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

1- أهمية إدارة الجودة الشاملة:

إن اهم ما يميز إدارة الجودة الشاملة هو تحسين مستويات الجودة في المؤسسة أو المنظمة سواء كانت خاصة أو عامة، وقد أصبحت إدارة الجودة الشاملة في هذا العصر أساس للاتصالات بين الدول، وهي التي تحدد نجاح او فشل المنظمات الانتاجية والخدمية في العالم، ويمكن إجمال أهمية إدارة الجودة الشاملة بما يلي:

- تخفيض التكلفة وزيادة الإنتاج.
- الجودة تؤدي الى تحقيق رضا المستهلك، وتقديم الافضل من السلع والخدمات.
- تحقيق ميزة تنافسية وعائد مرتفع.
- تنمية الشعور بوحدة المجموعة وعمل الفريق والثقة المتبادلة بين الأفراد والشعور بالانتماء في بيئة العمل.

¹ - عبد المحسن توفيق، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، دار الشهاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 1996، ص 55.

- تحسين السمعة الطيبة للمنظمة في نظر العملاء العاملين.
- منهج شامل للتغيير بعيدا عن النظام التقليدي المطبق في شكل إجراءات وقرارات.
- تغيير سلوكيات أفراد المؤسسة تجاه مفهوم الجودة.
- تمكن من القيام بعملية مراجعة وتقييم للأداء بشكل مستمر.¹

2- فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- إن تطبيق واستخدام مبادئ ومفاهيم إدارية معينة لا يمكن ان يحظى باهتمام الإدارة العليا إلا إذا ترتب على تطبيق واستخدام هذه المبادئ فوائد معينة، والتي من أهمها ما يلي:
- تحسين نوعية الخدمات والسلع المنتجة.
 - رفع مستوى الاداء عند العاملين في المؤسسة.
 - تخفيض تكاليف الخدمات والتشغيل.
 - العمل على تحسين وتطوير طرق وأساليب العمل.
 - زيادة الولاء والانتماء عند العاملين للمؤسسة.
 - استمرار وزيادة قدرة المؤسسة على البقاء والمنافسة.
 - كما أن هناك فوائد يجنيها الأفراد العاملون في المؤسسة نتيجة لالتزامهم بتطبيق إدارة الجودة الشاملة منها:
 - استخدام العاملين لخبراتهم وقدراتهم وإعطائهم فرصة لذلك.
 - تنمية مهارات العاملين في المؤسسة من خلال إشراكهم في تطوير أساليب وإجراءات العمل في المؤسسة.
 - توفير وتسهيل التدريب اللازم للعاملين.
 - إعطاء العاملين الحوافز نتيجة للجهود التي يبذلونها للقيام بأعمالهم.
 - يعتمد نجاح إدارة الجودة الشاملة على العنصر البشري من حيث تدريب الأفراد العاملين وزيادة مهاراتهم وقدراتهم وزيادة الحوافز المقدمة لهم بشكل يساعد على إيجاد المناخ التنظيمي الملائم والمناسب للمؤسسة.
 - وعليه فإن مدخل إدارة الجودة الشاملة احتل أهمية متميزة لدى منظمات القطاع الخاص كونه:
 - يعزز الموقع التنافسي لهذه المنظمات طالما يجري التركيز من خلاله على تقديم السلعة أو الخدمة ذات الجودة العالية للزبون، وبالتالي زيادة الانتاج بأقل التكاليف.
 - يمثل تطبيقه سلسلة من الفعاليات المتتابعة التي تتيح للمنظمة إنجاز أهدافها وتحقيق النمو وزيادة الأرباح.
 - يمثل أحد أهم التحديات التنظيمية الكبيرة التي تستلزم تعبئة جهود الجميع، ذلك يتم من خلال التركيز على الزبون، فهو نقطة البداية الموفقة في هذا المجال، من خلال أفراد التنظيم حيث المناخ التنظيمي الملائم الذي يمثل أحد أهم مستلزمات نجاح التطبيق لهذا المدخل الحديث.

¹ - شبلي محمود سامي، نبذة مختصرة عن الجودة، مجلة الأسمدة العربية، العدد 3، عمان الأردن، 1994، ص 6.

- وإذا كان التنافس هو السبب الرئيسي وراء تبني مدخل إدارة الجودة الشاملة في القطاع الخاص، فإن هناك دواع وأسباب تبرز أهمية تطبيقه في القطاع الحكومي تتمثل في:
- أن الاستمرار في اتباع الأسلوب البيروقراطي لتحقيق الأهداف بغرض النظر عن نوعية الانجاز قد أثار اهتمام الكثير من المنظرين الإداريين الذين رأوا أن تحقيق الأهداف في حد ذاته ينبغي ان لا يكون نهاية المطاف بالنسبة لدور المنظمات الحكومية بل ينبغي التركيز على جودة هذه الأهداف المحققة، بالتالي رأوا أن أفضل طريقة لتحقيق ذلك هو تبني إدارة الجودة الشاملة.
 - يذكر أحد الخبراء أن نسبة 40-50% من تكاليف الخدمات التي تقدمها المنظمات الحكومية تضيع هدرا لغياب التركيز على الجودة، فهل يجوز ان تتجاهل المنظمات الحكومية تلك النسبة الكبيرة من الهدر؟ في زمن يتطور فيه القطاع الخاص حتى أصبح يتربع على عرش المنافسة في خدمة المستهلك وأصبح يضرب به المثل في الاهتمام بالمستفيد.¹
 - لقد تزايد الاهتمام والدعوات في الأونة الاخيرة بضرورة الاستجابة لحاجات الزبائن، وقد تعززت هذه الدعوات من خلال اهتمام التنظيم البيروقراطي بمطالب الناخبين وجعلها أحد أهم الأولويات، وكونها معيارا لتحسين الأداء البيروقراطي، وعليه فان التحسين المستمر في الأداء التنظيمي وإيجاد معايير للأداء وتحسين الاجراءات في العمل الروتيني، وتعبئة جهود الافراد ماهي إلا استراتيجية يتضمونها مدخل إدارة الجودة الشاملة من أجل خلق الكفاءة والفعالية لعمليات المنظمة.
 - يرى بعض الباحثين بأن هناك خمس خصائص جوهرية يميل الباحثون في تحديدها وتحديد التغيرات في جوانبها، فهي التي تبين أهمية ضرورة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي وهي:
 - التركيز المستمر على تحسين العملية.
 - الجودة يحددها الزبائن.
 - تمكين الأفراد لصنع القرارات.
 - القرارات تستند الى الحقائق.
 - الالتزام الطويل الأجل بإدارة الجودة الشاملة من قبل القادة تاريخيا.
- بهذا يمكن القول بان المنظمة الحكومية التي تعمل في ظل إدارة الجودة الشاملة، إنما تستند إلى فلسفة إدارة حديثة، وتنطلق في إدارتها وإجراءاتها من أسلوب مغاير للنظرة والفلسفة البيروقراطية السائدة، يتمشى والتطور الفكري الحديث في ميدان الإدارة.

1 - الفخطاني سالم سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 32.

الجدول رقم (01): الآثار التي يحدثها تطبيق إدارة الجودة الشاملة

عناصر التمييز	قبل تطبيق إدارة الجودة الشاملة	بعد تطبيق إدارة الجودة الشاملة
التوجه	نحو الإنتاج/ الخدمة النهائية	نحو الزبون
الأولويات	الخدمة والتكلفة بالدرجة الثانية	الخدمة والتكلفة بالدرجة الأولى وبالتساوي
القرارات	قصيرة الأجل	طويلة الأجل
التأكيد على	معالجة ما يحدث	الوقاية مما سيحدث
الأخطاء	في العمليات	في النظام
المسؤولية	تقع على عاتق السيطرة النوعية	على كل فرد
حل المشكلة	عن طريق المدراء	فرق العمل
التدريب/ المشتريات	السعر	تكلفة دورة الحياة
دور المدراء	التخطيط، التوظيف، الرقابة	التفويض، التدريب، تسهيل المهمة

المصدر: محمد عوض الترتوري، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكاتب ومراكز البحث، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان الأردن 2006، ص 41.

المطلب الثالث: الأساليب والأدوات التي تعتمدها إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيقها.

1- الأساليب والأدوات التي تعتمدها إدارة الجودة الشاملة:

حتى تحقق إدارة الجودة الشاملة هدفها المنشود في تشجيع ودعم التحسين المستمر فلا بد لها أن تستعين باستعمال مجموعة من الأدوات والأساليب المهمة لذلك، وقد وجد أن كثير من المؤسسات المنتجة للسلع والخدمات تستعمل الأساليب والأدوات التالية:

1-1- أسلوب حل المشكلات

وهو أسلوب يعتمد على تكوين فرق قصيرة الأجل، يكون الهدف منها عقد الاجتماعات لمناقشة المشكلات المؤسسية والعمل على حلها، وإيجاد فرص جديدة للتحسين، وهذه الفرق أنواع متعددة، وأهم هذه الأنواع فرق تحسين الجودة، ويكون أعضاء فريق تحسين الجودة من قسم واحد أو من عدة أقسام، ومن عدة مستويات إدارية ويشترط في أعضاء هذا الفريق توفر الخبرات الكافية والمهارات المطلوبة في حل المشكلات المختلفة.

وتساهم هذه الفرق مساهمة كبيرة في الوصول إلى قرارات أفضل وخاصة في المشاكل المعقدة، وتساعد على عصف الأفكار والمشكلات في كمية معلوماتية لا يمكن تحصيلها فيما لو قام بها شخص بمفرده، ثم إنَّها

تحسن من المهارات والقدرات الفردية لأعضائها، وتزيد من المشاكل والاتصال بين أفراد القسم الواحد والأقسام الأخرى داخل المؤسسة.¹

1-2- المقارنة المرجعية

وهو أسلوب من أساليب تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب البحث عن أفضل الممارسات التي تقوم بها المؤسسات المنافسة والتي تؤدي إلى التفوق في أدائها، ومن ثم تقوم بقياس أدائها مقارنة مع منافسيها، وتطبيق التغيير المطلوب لتحقيق الأفضل دائما.

وتهدف هذه العملية إلى تحديد توقعات واحتياجات الزبائن من المؤسسة، وتساعد على تعلم طرق بديلة في أداء العمل، ومن ثم إيجاد أهداف واضحة لتحسين الجودة.

1-3- أنظمة الاقتراحات

وهو اشراك أفراد المؤسسة بجهود تحسين الجودة، وذلك من خلال وضع نظام اقتراحات للموظفين، فيقدم كل منهم اقتراحه حول طرق تحسين العمل وحل المشكلات التي تواجهه في العمل، ومن ثم تقوم الإدارة بتبني هذه الاقتراحات ودراستها، ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار توفر الحافز لدى الموظفين وذلك للالتزام والمشاركة في جهود تحسين الجودة، ولا بد أيضا من إيجاد الوسائل اللازمة لتنظيم هذه العملية بوجود صناديق للاقتراحات - مثلا - داخل المؤسسة.

1-4- أنظمة التوقيت المناسب

وهو الأسلوب الإداري الذي يساعد على تقنين المخزون الفعلي للمواد وطلب الكمية المناسبة في الوقت المناسب، وهو مهم في عملية توزيع زياصل الخدمة للمستهلك، ويعطي الإدارة الفرصة الكافية لتحقيق أهدافها بالشكل والوقت المحدد، كما ويساعد على حل المشكلات التي تواجهها الإدارة مباشرة وفي نفس المكان الذي تقع فيه.²

1-5- رقابة العمليات الاحصائية

وهي طريقة احصائية تستخدم للتعريف على التباين الذي قد يحدث في أي عملية نتيجة أسباب خاصة، وفصله عن التباين الطبيعي، وذلك من اجل التخلص من هذه الأسباب الخاصة، والمحافظة على الثبات في عمليات الإنتاج، والعمل على تحسينها، وهذه الطريقة ضرورية جدا لتعزيز جودة السلع وتقليل التكاليف وزيادة رضا المستفيدين، كما ان استعمال طرق جمع البيانات وبرمجيات الكمبيوتر يساعد على تطبيق الأساليب الإحصائية المختلفة التي تزود أفراد فرق تحسين الجودة ببيانات دقيقة تفيد في حل مشكلة ما او اتخاذ قرار ما.

1 - خفاجي عباس، مرجع سبق ذكره، ص40.

2 - القحطاني سالم سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 41.

2- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

في ظل العولمة والتنامي الرهيب لظاهرة المنافسة فإن مختلف المؤسسات تطمح إلى تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة باعتباره مدخلا استراتيجيا أثبت كفاءة عالية في مواجهة تلك التحديات، لاسيما لدى مؤسسات الدول المتقدمة ولكن من الملاحظ في ذات الوقت أنه ليس من السهل تحويل هذا المفهوم إلى واقع عملي ضمن برنامج واضح المعالم وقابل للتطبيق، إذ غالبا ما يعترض تحقيق ذلك العديد من المعوقات والعراقيل التي يتعين على المؤسسة العمل على تجنبها، حيث يحدّر خبراء الجودة على جملة من هذه المعوقات التي تعترض سبيل التطبيق الصحيح لهذا المفهوم أهمها:

- غموض أهداف التحسين.
- التسرع في تطبيق مراحل برنامج الجودة، حيث ينبغي التأكد من إتمام كل مرحلة قبل الانتقال إلى المرحلة الموالية.
- عدم التنسيق بين مختلف الأقسام والمدراء والعاملين فيما يتعلق بتصنيف إجراءات الجودة.
- عدم مراعاة وضعية وإمكانية المؤسسة اتجاه هذا التطبيق.
- عدم التركيز على الأرباح في الأجل القصيرة فقط.
- تحويف العاملين بالتأثير على مستقبلهم الوظيفي من أجل إنجاح هذا التطبيق.
- طرق التقييم التقليدية لأداء العاملين التي تركز حول تقييم الأجور حسب الأداء الفردي للعامل، مما يشجع الأداء على المدى القصير فقط كما يقول "Deming" والقضاء على المشاريع طويلة الأجل ويشعل الخصام والنزاع ما بين العاملين ويجعلهم أكثر عدوانية وبالتالي أكثر إحباطا.
- تسرب العاملين لاسيما ذوي المهارات منهم، حيث يجب على إدارة المؤسسة العمل على إقناع هؤلاء وتوضيح أن هذا التغيير سوف يكون في صالح الجميع بإظهار مزاياه وفوائده.
- التكاليف المبالغ فيها وغير الضرورية المتعلقة ببناء مشروع الجودة.

المطلب الرابع: المواصفات القياسية لنظام إدارة الجودة الإيزو 9000.

تسعى مختلف المنظمات للحصول على شهادة المواصفات القياسية ISO 9000 لإدارة الجودة لضمان تسويق منتجاتها عبر الأسواق العالمية، ولهذا سنحاول التطرق إلى شهادة ضمان جودة المنتجات، وذلك من خلال عرض جملة من النقاط حول سلسلة الإيزو 9000.

1- المواصفات القياسية الإيزو 9000، النشأة والمفهوم.

بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، اقترحت العديد من الدول الأوروبية إنشاء منظمة دولية متخصصة تسعى إلى تحقيق عدد من الأهداف منها توحيد المواصفات المعقدة في الصناعة لتسهيل عملية التبادل التجاري، لذلك تم عقد لقاء عام 1946 في لندن، واتفقوا على إقامة منظمة دولية عرفت بالإيزو، واختيرت مدينة جنيف مقرا لها

وباشرت المنظمة عملها فعلا عام 1947 بإصدار جملة مواصفات موحدة عممت على دول الأعضاء في المنظمة.¹

وهي بذلك منظمة غير حكومية وليست عضوا في الأمم المتحدة هدفها تطوير مختلف القطاعات الإنتاجية ل يتم تقديم خدمة أو بضاعة بطريقة كفوة وأمنة ونظيفة.

1-1- نشأة سلسلة الايزو 9000:

في سنة 1959 قررت وزارة الدفاع الأمريكية إصدار المواصفات العسكرية MIL-Q-9858 حول برامج إدارة الجودة، لتمهد هذه المواصفات الطريق لإصدار منشورات مواصفات الحلفاء سنة 1968 لضمان الجودة وتأكيدهما، والتي يستعملها حلف الناتو للتأكد من جودة المعدات الحربية الموردة من المجهزين إلى دول الحلفاء.²

وبدأ في نهاية السبعينات تطور اهتمام الشركات سواء الانتاجية أو الخدمية بتحقيق التطابق مع هذه المواصفات، مما دفع بالعديد من الحكومات الأوروبية إلى توحيد وإصدار مواصفات وطنية لأنظمة الجودة بغية تقوية الوضع التنافسي لشركاتها في الداخل، وتمكينها من المنافسة على الصعيد الدولي خاصة بعد ظهور الصناعة اليابانية والأمريكية كمنافس قوي، والتي حققت منتجاتها تفوقا ملحوظا في الجودة كمثيلا لها من المنتجات الأوروبية.

بناء على المعطيات السابقة وكحصيلة لجهود الهيئة البريطانية للتعين BSI ثم إصدار المواصفات البريطانية BS 5750 والتي تضمنت متطلبات تأكيد الجودة للأغراض التعاقدية، وشروط تسجيل الشركات طبقا للمواصفة، وتطوير نظام لاعتماد الجهات المصدرة لشهادات التسجيل، وبذلك تكون الحكومة البريطانية قد وضعت الأسس لما يطلق عليها جهات الاعتماد، وجهات التسجيل.³

وتضمنت المواصفات ثلاثة أجزاء رئيسية هي:⁴

- مواصفات الجودة عندما يشترط الزبون المتطلبات الخاصة بالمنتج النهائي أو الخدمة؛
 - متطلبات الإنتاج عندما ينتج المنتج أو تقدم الخدمة طبقا لمواصفات الزبون أو المواصفات المنشورة؛
 - الفحص النهائي وإجراءات الاختيار بما يصف نظم الجودة المطلوبة اعتمادها.
- مع تعاظم حركة التجارة العالمية وتطور تبادل السلع والخدمات والتوسع في ابتكار منتجات جديدة، ومع الاتجاه المتزايد نحو متطلبات أكثر شدة وتعقيد للزبون فيما يتعلق بالجودة ظهرت الاختلافات في تلك المتطلبات التي تسبب العوائق التجارية الناجمة عن اختلاف متطلبات أنظمة الجودة الوطنية بين الدول، ولأجل إزاحة هذه

1 - نظم نصر الله، الايزو 9000: بداية الطريق للمنظومة الإدارية، الشركة العربية، مصر، 1996، ص23.
 2 - حميد عبد النبي الطائي، إدارة الجودة الشاملة TQM والإيزو ISO، الطبعة الأولى، الوراق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2003، ص116.
 3 - شامية بن عباس، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات وانعكاساتها على التنمية المستدامة- دراسة حالة الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة، 2014، ص 146.
 4 - يوسف حجيم الطائي، مرجع سبق ذكره، ص313.

الاختلافات التي تعوق التجارة الدولية ومن أجل توحيد أنظمة الجودة، سعت منظمة الإيزو بطلب ودعم من المعهد البريطاني للتقييس إلى إيجاد مواصفات دولية تتعلق بالجودة في الشركات والمنظمات الإنتاجية والخدمية لتكون الرابط الأساسي في الصفقات التجارية.

وفي عام 1984 قامت منظمة الإيزو بتشكيل لجنة فنية تختص بالإعداد لإصدار مواصفات عالمية تتعلق بأساليب تأكيد الجودة وتمت الموافقة على هذه اللجنة التي أطلق عليها ISO/TC 176 وضمت اللجنة في عضويتها حينئذ 20 دولة كأعضاء و 14 دولة بصفة مراقب، حيث قامت هذه الأخيرة بنشر الإصدار الأول على شكل مسودة للمناقشة في عام 1985 وتمت المصادقة عليه بالنشر النهائي عام 1987 لتكون أول مواصفة عالمية لأنظمة إدارة الجودة سميت بالإيزو، والتي كانت تستند بشكل كبير في محتواها إلى المواصفة الوطنية البريطانية BS5750¹.

1-2- تعريف مواصفات الإيزو 9000:

في نهاية الثمانينات من القرن الماضي انتشرت ممارسات الجودة على نطاق عالمي، وتفاديا للإلتباس في تطبيق الجودة داخل المنظمة ظهرت الحاجة لإيجاد عائلة المواصفات القياسية الدولية ISO9000 والتي تعتبر مجموعة من المواصفات تعطي متطلبات وإرشادات ضرورية لتأسيس أنظمة إدارة الجودة في المنظمة قابلة لتطبيق في شتى الميادين وعلى مستوى دولي، وكذلك يعتبر نظام الجودة ISO 9000 من أهم الأنظمة التي تسعى المنظمات لاعتمادها في ظل المنافسة السائدة، لذا لقي تعريفه اهتماما كبيرا من قبل الباحثين، نذكر منها:

عرفها **Rassel et Shack** على أنها: " مجموعة من المواصفات التي تؤمن المتطلبات الخاصة بأنظمة

الجودة في المؤسسات المختلفة"².

كما يعرف أيضا بأنه: " سلسلة من المواصفات المكتوبة التي أصدرتها المنظمة العالمية ISO سنة 1987 والتي تحدد وتصف العناصر الرئيسية المطلوب توفرها في نظام إدارة الجودة الذي يتعين أن تصممه وتتبناه إدارة المنظمة للتأكد من أن منتجاتها (سلع أو خدمات) تتوافق أو تفوق حاجات ورغبات وتوقعات الزبون"³.

وعرفت أيضا بأنها: " توصيف سلوك إنساني يشترط إتباع طرق محددة في الإنتاج، ومراعات شروط تتطلبها طرق الإنتاج، تحكم الطريق والتصرفات لتؤكد أن الإنتاج على درجة محددة مسبقا"⁴.

ومما سبق يمكن تعريف سلسلة ISO 9000 على أنها عبارة عن نظام لإدارة الجودة تتبناه المنظمة من أجل تلبية رغبات الزبائن، يشمل على مجموعة من المعايير تتصف بالشمولية والعالمية وترتكز على العمليات الداخلية لاسيما على العمليات الإنتاجية، وقد تم إصداره ووضعها من طرف منظمة ISO الدولية، وتمنح هذه الشهادة للمنظمة التي تطبق هذه السلسلة بفعالية.

1 - عواطف إبراهيم الحداد، مرجع سبق ذكره، ص 129.

2 - مؤيد عبد الحسين، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك - منهج كمي-، الوراق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2004، ص 275.

3 - عمر وصفي عقيلي، مدخل المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة: وجهة نظر، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001، ص 63.

4 - حيدر محمد أمين طرابيشي، المرشد إلى طريق iso 9000 وتطبيقاته، دار السلام للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999، ص 31.

وفي سنة 1994 تم إصدار الطبعة الثانية المعدلة من مجموعة معايير ISO9000، وكانت تضم كل من المعايير التالية:¹

- ISO 9000: وهي مرشد يحدد مجالات تطبيق كل من المعايير الأخرى في هذه المجموعة.
- ISO 9001: تتعلق بنظام الجودة في المؤسسات الإنتاجية أو الخدمية التي يشمل عملها القيام بالتصميم إضافة إلى إنتاج وخدمات ما بعد البيع، وتضمنت 20 فقرة.
- ISO 9002: تتعلق بنظام الجودة في المؤسسات الإنتاجية أو الخدمية التي يقتصر عملها على الإنتاج والتكيب دون القيام بالتصميم أو خدمة ما بعد البيع، وتضمنت 18 فقرة.
- ISO 9003: تتعلق بنظام الجودة في مجال الفحص النهائي للسلع وإختبار جودتها، وتضمنت 12 فقرة.
- ISO 9004: تتضمن التعليمات الإرشادية التي يجب إتباعها للحصول على شهادة ISO 9001 أو ISO 9002 أو 9003، إذ تعتبر مواصفات عالمية قياسية للنظام المتكامل للجودة.

و في سنة 2000 صدرت الطبعة الثالثة المعدلة ISO 9000 2000، وتم تطويرها لتتضمن مبادئ وأسس نظام إدارة الجودة الشاملة المبني على التركيز على الزبون، القيادة، المشاركة الكاملة، أسلوب الإدارة بالعمليات، والتطوير المستمر وقد عدل فيها ما يلي:

- إلغاء المعايير ISO 9002 و ISO 9003 والإبقاء على المعيار ISO 9001 كمواصفة وحيدة تتضمن متطلبات نظم إدارة الجودة، وتمنح الشهادة للمؤسسات وفقاً لهذا المعيار الوحيد.
- دمج المعيار ISO 8402 مع المعيار ISO 9000 لتشكيل المعيار ISO 9000-2000 الذي ينصب على المبادئ والمصطلحات.
- أصبحت مجموعة المعايير ISO 9000-2000 تنظم المعايير التالية:
 - ISO 9000-2000: الأساسيات والمصطلحات في نظم الجودة.
 - ISO 9001-2000: متطلبات نظم إدارة الجودة.
 - ISO 2004-2000: المرشد في تحسين الأداء في نظم إدارة الجودة.²

تم مراجعة مواصفة ISO 9001-2000 واعيد إصدارها في نوفمبر 2008 وقد شملت التعديلات توضيحات لبعض المتطلبات دون تغيير جذري في المتطلبات المحددة في إصدار 2000، ليتم إعادة إصدار ISO9001V2008.

¹ - رعد عبد الله الطائي، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 352.

² - المرجع نفسه، ص 353.

2- أهمية تطبيق المواصفات العالمية للايزو:

في حالة التطبيق الموضوعي والحقيقي لنظام الايزو، فإن هناك العديد من المميزات التي تنعكس إيجابيا على مستوى أداء المؤسسة، حيث أنه من خلال تلك المواصفات:¹

- يتم التخفيض بشكل ملموس من الإهدار في إمكانية المؤسسة من حيث الموارد ووقت العاملين.
- يحدث تميز في النظام الإداري، يساهم في تمكين المؤسسة من تحليل المشكلات التي تواجهها ويجعلها تتعامل معها من خلال الإجراءات التصحيحية والوقائية وذلك لمنع مثل تلك المشكلات من الحدوث مستقبلا.

- تمكين العاملين بالمؤسسة من المشاركة الفعالة في إدارة المؤسسة مما يزيد من مستوى التطور والتحسين المستمر في مجال العمل مما يترك أثرا نفسيا إيجابيا لدى العاملين.

- يمكن تحقيق الترابط بين جميع الوحدات الإدارية بالمؤسسة ويجعل عملها متناغما بدلا من وجود نظام إداري منعزل لكل وحدة أو إدارة ويؤدي هذا إلى إنضباط أكثر وتحليل أدق للمشاكل التي يمكن أن تحدث.
- التقليل من البيروقراطية الإدارية إلى حد بعيد والتخلص من الإجراءات المتكررة والتعارضية أحيانا وإضفاء لمسات مهمة ودقيقة في مجالات مختلفة وتحليل وترتيب الأنظمة المساندة كالإدارة والمشتريات والامن.

كما تتميز المؤسسات المطبقة للمواصفات العالمية ISO 9001 كما هي بالمميزات التالية:²

- توفير مرجع من الإجراءات للتعلم والتطوير.
- التطوير المستمر للمنتجات مما يحقق الريادة في الأسواق.
- خفض المشاكل بين المؤسسة وزبائنها من جهة، وبين المؤسسة ومورديها من جهة أخرى.
- ضمان ثبات وتمائل جودة المنتجات التي تقدمها المؤسسة.
- خفض تكلفة المنتج وتحقيق متطلبات ومقومات رضا الزبائن مما يحسن صورة المؤسسة.
- تفهم تام لسياسات الجودة وتحسين وعي العاملين بأهميتها وتطبيقها.

إن حصول المؤسسة على شهادة المواصفات العالمية ISO لا يعني الكمال، وإنما يعني أن جميع الاعمال والإجراءات تؤدي في نهاية المطاف إلى إنتاج سلعة أو خدمة ما في ضوء إجراءات مكتوبة ومراقبة ومطبقة بشكل فعال، وبالتالي فإن مراجعتها باستمرار يساعد على تطوير الأنشطة والعمليات المؤثرة على جودة المنتج النهائي مما يؤدي إلى تحسينه وتطويره، لكن بالرغم من أهمية الحصول على شهادة ISO ما الذي يتم في الواقع العملي بالنسبة لكثير من مؤسسات الوطن العربي؟

1 - محمد إبراهيم، إدارة الجودة من المنظور الإداري -مدخل إداري متكامل، سلسلة وثائق الجودة من المنظور الإداري، الوثيقة الأولى للتأصيل الفكري لإدارة الجودة الشاملة، دون دار نشر، دون سنة نشر، ص 87.

2 - محمد رياض، دليل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة - المواصفات العالمية ISO 9000، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2005، ص 13.

لقد أصبحت شهادة المواصفات العالمية دعاية للمؤسسات أكثر من كونها وسيلة للتحسين والتطوير حيث إنتشرت الإعلانات عن المؤسسات التي تحصل على تلك الشهادة، وهذا التسابق المحموم نحو شهادة الايزو يهدد بجعل مسألة إدارة الجودة مسألة عادية تؤثر فيها عمليات التقليد والدعاية على الرغم من أن إدارة الجودة تمثل في بداية الأمر ثقافة ثم إلتزام وإلتزام ومن ثم فهي أكبر من ذلك الفهم القاصر بكثير.¹

3- العلاقة بين مواصفات ISO9001 وإدارة الجودة الشاملة.

تعتبر إدارة الجودة الشاملة فلسفة إدارية حديثة ومدخلا استراتيجيا وطريقة تفكير تؤدي إلى نجاح كل منظمة من خلال إنتاج سلع وخدمات تحقق رغبات وتطلعات العميل وكل الأطراف ذات المصلحة. أما مواصفات الإيزو 9001 فهي متطلبات إرشادات ضرورية لضبط جودة أداء الأنشطة المختلفة، ومنه فإن هذه المواصفات تعتبر دليل قد يأخذ شكل إلزامي داخل المنظمة.

والعلاقة التي تربط ISO 9001 بإدارة الجودة الشاملة استند أغلب الباحثين في بناء تحليلهم وإعطاء جوهر العلاقة التي تربط بين هذين المتغيرين على اللجنة الفنية ISO/TC/176 المكلفة بإصدار مواصفة إدارة الجودة ISO 9001 في المنظمة الدولية للتقييس، والتي قامت بتحليل معمق ومتكامل لأساليب ومفاهيم وفلسفة إدارة الجودة الشاملة لاختيار أفضل الممارسة الإدارية الواجب تنفيذها، لتصبح مبادئ هذه الأخيرة هي الأساسيات والمرتكزات المعتمدة عند إجراء التعديلات والتغييرات في سلسلة مواصفات إدارة الجودة ISO 9001 وتفصح عن التقارب النسبي مع متطلبات الإصدارين الأخيرين 2000 و2008.²

والجدول التالي يوضح التقارب بين مواصفات ISO 9001:2008 وإدارة الجودة الشاملة:

²- محمد إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص 91.
² - شامية بن عباس، مرجع سبق ذكره، ص 159.

الجدول رقم (02): التقارب بين مواصفات ISO 9001:2008 وإدارة الجودة الشاملة

إدارة الجودة الشاملة	ISO 9001 إصدار 2008
التركيز المطلق على الزبون	يبدأ بمتطلبات الزبون وينتهي بتحقيق الرضا له
التركيز على التحسين المستمر وتعميق مفهوم الجودة الكلية وهي عملية لا تنتهي	تؤكد على تحسين فعالية نظام الجودة باستمرار من خلال استخدام سياسة الجودة وأهدافها ونتائج التدقيق وتحليل المعطيات والأفعال التصحيحية والوقائية ومراجعة الإدارة
استخدام الأساليب الاحصائية والعلمية في إدارة وتحسين الجودة	التأكد من تحديد إجراءات المراقبة والقياس التي سيتم تنفيذها وتحديد الأجهزة اللازمة لذلك
يتطلب تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة وضع دليل الجودة	حددت متطلبات التوثيق واعد دليل خاص بالجودة
يتطلب تحسين سياسة الجودة والالتزام بها من قبل الإدارة والعاملين في المنظمة	تحديد مسؤولية الإدارة من خلال تحديد السياسة الخاصة بالجودة والالتزام بها، ووضع إطار لمراجعتها والتأكد من تنفيذها
تسعى إلى مشاركة العاملين بشكل واسع وكبير	تحديد الأفراد الذين يقومون بأعمال تؤثر على جودة المنتج من ذوي الكفاءات والخبرة والمهارة، مدركين أهمية نشاطاتهم في انجاز أهداف الجودة
الاهتمام بالتصميم الفعال للسلع والخدمات لتحقيق رضا الزبون	التأكد من مراقبة وقياس خصائص المنتج لتثبيت ان انه قد تمت تلبية متطلبات المنتج والمحافظة على المطابقة لمعايير القبول

المصدر: محمد عبد الوهاب العزاوي، أنظمة إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص80.

ومنه يتبين لنا أن الحصول على شهادة المطابقة لمواصفات الايزو 9001 ليس هدفا في حد ذاته وإنما وسيلة تلجأ لها المنظمة للارتقاء بالمستوى العام لأدائها وتحقيق رضا العملاء والتطوير الشامل لتنظيمها، تأكيدا لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، مما يبين على أن طبيعة العلاقة بين الجانبين تتصف بالتكامل والانسجام على اعتبار أن إدارة الجودة الشاملة هي إدارة للجودة من منظور شامل يغطي ويهدف إلى تحقيق الجودة في جميع مجالات المنظمة ويحمل في طياته مواصفات الايزو 9001، في حين فان هذه الأخيرة تمثل منبعا وإحدى متطلبات نظام إدارة الجودة وتقوم على مواصفات موثقة كما يتركز على أساس مطابقة هذه المواصفات، لذا فهي مرحلة أولية يمكن من خلالها الانطلاق وبناء مرتكزات إدارة الجودة الشاملة، وبذلك فان العلاقة بينهما متكاملة وليست بديلة أو متعارضة لأنه:

- يمكن تبني إدارة الجودة الشاملة دون الحصول على الايزو والعكس.
- يمكن تبني إدارة الجودة الشاملة كمدخل للحصول على الايزو وهو أفضل خيار.

المبحث الرابع: النماذج الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة

لأخذ بمنهج إدارة الجودة الشاملة يجب إيجاد نموذج والالتزام بهذا النموذج ومراجعتة باستمرار لضمان تطوره تماشياً مع التغيرات اليومية للمنظمة، وهناك العديد من المناهج المتاحة حالياً لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، ولكنها تختلف فيما بينها اختلافاً واضحاً، وعلى كل منظمة أن تختار النموذج الأفضل مع خصائصها الذاتية. ويمكن تقسيم تطور نماذج إدارة الجودة الشاملة حسب ظهورها الزمني كالتالي:

- النماذج التقليدية.

- النماذج الحديثة.

المطلب الأول: النماذج التقليدية.

1- نموذج ماثيوس.

يتكون نموذج ماثيوس من الخطوات التالية:

- تعيين المسؤولين الرئيسيين عن برنامج إدارة الجودة الشاملة داخل المنظمة.
- صياغة رسالة المنظمة تقوم على المنافسة على أساس الجودة.
- وضع مقاييس داخلية للجودة والتميز في مجالات محددة.
- تحديد الالتزام تجاه المعايير والمقاييس المختارة.
- تحفيز الذين لا يرغبون بالالتزام تجاه الجودة والتميز.
- تشكيل فرق لمتابعة التقدم في مستوى الجودة.
- الاعتراف ومكافأة النجاح.¹

2- نموذج مالكوم بالدريج.

يرى بالدريج أن الجودة الشاملة هي ثورة على القديم وتغيير شامل لكل مكونات المنظمة وذلك بهدف:

- إرضاء العميل من خلال تقديم جودة عالية وبشكل مستمر.
- تقديم المنفعة والخير للبيئة والبعد عن أي تصرف يضر بها ويقوم هذا النموذج على سبع مبادئ هي:
 - ضرورة توفير القناعة الكافية لدى الإدارة العليا بجودى وفائدة الجودة الشاملة مع التركيز على أهمية الدور الذي تقوم به الإدارة الوسطى والمباشرة.
 - ضرورة جعل خطط تحقيق الجودة مترابطة مع اشتغالها على العناصر الآتية:
 - أ- أهداف إستراتيجية بعيدة المدى.
 - ب- ثقافة تنظيمية جديدة.
 - ت- تغيرات جذرية على الأداء التنظيمي.

¹ - نزار عبد المجيد البروراي، مرجع سبق ذكره، ص 503.

- وضع نظام للمعلومات يمكن من توفيرها في الوقت المناسب مع التحديث المستمر لها.
- إعادة تصميم العمليات بما يضمن:
 - أ- توفير درجة عالية من المرونة والسرعة في العمل.
 - ب- التأكيد على التحسين المستمر لجودة العمليات.
 - ت- استخدام سجلات ومستندات لأغراض الرقابة والنظم.
 - ث- تصميم جميع العمليات بشكل يؤدي إلى تلبية رغبات وحاجيات العملاء.
 - ج- التأكيد على وجوب منع حدوث الأخطاء في العمليات.
- إدارة وتنمية الموارد البشرية بما يضمن:
 - أ- مشاركة العاملين وإدماجهم في تخطيط الجودة الشاملة.
 - ب- تبني أسلوب فرق العمل لتحقيق التعاون والجهود المشتركة.
 - ت- العناية بصحة وسلامة العاملين.
- وضع نظام لقياس وتقييم مستوى الجودة المنجز في جميع العمليات يضمن مقارنة سليمة بين مستوى جودة المنظمة ومستوى الجودة الذي يحققه المنافسون.
- إن تحقيق رضا المستهلك يتطلب:
 - أ- التفاعل المستمر مع العميل من خلال الاتصال به.
 - ب- قياس ردود فعل العميل واتجاهاته وشعوره نحو المنظمة.
 - ت- تحديد ودراسة حاجا ومتطلبات العملاء.
 - ث- ضرورة المقارنة بين مستوى رضا عملاء المنظمة مع رضا العملاء لدى المنظمات المنافسة.¹

3- نموذج كورنسكي.

- قام كورنسكي بإسقاط نقاط ديمينج الأربعة عشر على المنظمة التعليمية، وأعاد سنة 1990 تصميمها كما يلي:
- ثبات الهدف نحو تحسين المنتج أو الخدمة وامتلاك رؤية لرسالة المنظمة، وتبني خطة طويلة الأجل من خلال البحث والابتكار.
 - تبني الفلسفة الجديدة التي تقوم على أن خريج أحد الفروع التخصصية يجب أن يمتلك إضافة للقدرات التعليمية الفكرية، المهارات الضرورية لأداء العمل.
 - وقف الاعتماد على التفتيش لتحقيق الجودة التخلي عن أساليب التقويم التقليدية وزيادة الاعتماد على المراجع والمقالات والمقابلات الشخصية، وتحسين أساليب اختيار إرشاد ومراقبة وتقويم الطلبة.

¹ - محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 182.

- إقامة علاقات طويلة الأمد أساسها الولاء والتحرك تجاه التعامل مع موردين محددين، وبالتالي فهم سيزودونها بالمدخلات المطلوبة، وبأفضل المواصفات مما يساعدها في الحصول على المنتج المطلوب.
- تحسين مستمر دون نهاية للنظام الإنتاجي والخدمي والذي يؤدي لتخفيض مستمر في التكاليف.
- تصميم البرامج اللازمة لتدريب العاملين على أداء العمل، مما يساعد على تفهم كل طرف داخل المؤسسة لدور الطرف الآخر، وكذلك معرفة الواجبات والمسؤوليات المتعلقة به.
- توفير القيادة الناجحة التي يتمحور هدفها الأساسي على مساعدة العاملين على أداء أعمالهم بأفضل ما يمكن، إضافة للعمل على حل المشكلات وإيجاد حلول مبتكرة.
- طرد الخوف من خلال تأسيس نظام للاتصالات المفتوحة التي تقوم بتوفير جميع المعلومات المتاحة للعاملين في المؤسسة.
- تحطيم العوائق بين الأقسام، وتدفق المعلومات لتشمل كل فرد، والعمل كفريق عمل واحد.
- إلغاء الشعارات والتركيز على مفهوم العيوب الصفرية وتحقيق مستويات جيدة في الإنتاجية.
- إزالة الحصص والإدارة بالأهداف.
- إلغاء التقييمات السنوية للأداء.
- التعليم والتطوير الذاتي، إذ يجب تشكيل لجان مهنية للتطوير تكون مهمتها المتابعة المستمرة للاحتياجات التعليمية.
- مشاركة كل فرد داخل المؤسسة التعليمية في عملية التحويل.¹

4- نموذج جوزيف جوران.

يقوم هذا النموذج على تسع مبادئ هي:

- العلاقة المباشرة بين مستوى الجودة ورضا المستهلك حيث يزداد درجة الرضا مع ارتفاع مستوى الجودة ودرجة أداء السلعة.
- تحقيق رضا العميل من خلال:
 - تحديد احتياجات ومتطلبات العميل بشكل دقيق.
 - ترجمة تلك الاحتياجات على شكل مواصفات فنية تأتي بجودة تحقيق الرضا لدى العميل.
- تتألف الجودة من شقين:
 - الجودة الداخلية وتتعلق بمفهوم الزبون الداخلي.
 - الجودة الخارجية وتتعلق بالعميل الخارجي.
- ضرورة التركيز على التحسين المستمر للجودة.

¹ - نزار عبد المجيد البروراي، مرجع سبق ذكره، ص 501.

- تنقسم تكاليف الجودة إلى ثلاث فئات:
 - تكاليف الفشل.
 - تكاليف القياس.
 - تكاليف الحماية أو المنع.
 - تحقيق الجودة لا يأتي بالصدفة ولكن يستلزم:
 - تخطيط جيد من أجل تحقيق مستوى عالي من الجودة.
 - رقابة فعالة على الجودة.
 - تحسين مستمر للجودة.
 - ضرورة تكوين مجلس للجودة يقوم بالمهام الآتية:
 - تحديد أهداف التحسين.
 - تحديد احتياجات التحسين.
 - وضع برامج التدريب والتنمية.
 - التنسيق بين مشاريع التحسين.
 - ضرورة إيجاد مناخ تنظيمي مناسب لتشجيع العاملين على المبادرة والإبداع.
 - ضرورة التعامل مع المشكلات وحلها بأسلوب علمي.¹
- 5- نموذج هامبر: ²**

- يقوم النموذج على مجموعة من العناصر، تضمن التطبيق الفعال لإدارة الجودة الشاملة، وهذه العناصر هي:
- **الهدف:** يمثل هدف إدارة الجودة الشاملة خلق الرضا لدى العميل، بدراسة احتياجاته ومطالبه وتوقعاته، والتركيز على تلبيتها.
 - **القيادة:** يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة أن يتوفر في القيادة الإدارية العناصر التالية:
 - الالتزام والتأييد والحماس لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.
 - توفير القادة المتحمسين المؤمنين بالجودة، وبضرورة التحسين المستمر.
 - **تصميم الجودة:** ويشمل على:
 - تصميم العمليات بشكل تلي حاجات وتوقعات العميل.
 - توفير الجودة في تصميم العمليات.

¹ - محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 180.

² - فتحة حبشي، مرجع سبق ذكره، ص 133-134.

- الهيكل التنظيمي: يحتاج تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة أن يشمل الهيكل التنظيمي الأجهزة الآتية:
 - مجلس للجودة.
 - فريق من المنقبين.
 - فرق من أجل التدريب والإشراف.
- التعليم والتدريب: وذلك بنشر الوعي بضرورة الجودة الشاملة، والتعريف بمفاهيمها بإتباع برامج للتعليم والتدريب، تعمل على تهيئة وإعداد الجميع داخل المنظمة، لفهم وإدراك إدارة الجودة الشاملة، لضمان تعاونهم والتزامهم، وتقليل درجة مقاومتهم لبرنامج الجودة، الذي سيحدث تغييرا جذريا في كل شيء داخل المنظمة.
- تشكيل فرق العمل: تقوم هذه الفرق بتحديد المشاكل ووسائل حلها، وهي تهدف إلى تحسين الجودة.
- نظام الاتصال والمعلومات: ويتعلق الأمر بضرورة وجود نظام جيد للاتصال وجمع المعلومات، ويسهل تبادلها بسرعة.
- التحسين المستمر: والذي يتطلب متابعة تنفيذ العمليات وتحديد المشاكل وحلها مباشرة، ودراسة متطلبات واحتياجات العميل، لأخذها بعين الاعتبار في عمليات التحسين التي تقوم بها المنظمة.

المطلب الثاني: النماذج الحديثة.

1- النموذج الأوروبي للتميز:

- تحديد سمات النموذج الأوروبي للتميز:

يعتبر النموذج الأوروبي للتميز من أبرز نماذج إدارة التميز ويقوم على قاعدة أساسية من فكر الجودة الشاملة، وفعاليات الاتحاد الأوروبي لإدارة الجودة الذي أنشأ في العام 1988، ويترايط مع الجائزة الأوروبية للجودة التي يديرها الاتحاد ذاته، وتعتبر المرجع الأول للشركات الأوروبية التي تبحث عن أرقى معايير الجودة وتسعى إلى التميز في أسواقها وفي مجالاتها، تتخذ مؤسسة النموذج الأوروبي للتميز التي أسست عام 1992 من العاصمة البلجيكية بروكسل مركزا لها، وتضم مجموعة أعضائها أكثر من 700 شركة وشريك ينتشرون في أنحاء العالم، ومؤسسة النموذج الأوروبي للتميز هي مبتكرة الجائزة الأوروبية للجودة التي تمنح سنويا لتكريم عدد من أبرز الشركات الناجحة، والمحافظة على تقليدها الذي يزود الشركات بتوجهات عامة لتمكينها من تحقيق النجاح وقياسه، وتحديد المستويات الأدائية وتقييمها في كل الأماكن والعناصر السياسية.¹
- المعايير التي يرتكز عليها نظام النموذج الأوروبي للتميز:

يستند النظام على 9 معايير وهي موضحة في الجدول (03):

¹ - نزار عبد المجيد البرواري، مرجع سبق ذكره، ص 485.

الجدول رقم (03) معايير نظام النموذج الاوروي للتميز

الترتيب	المعيار	الوزن
01	القيادة	10%
02	التخطيط الاستراتيجي	8%
03	إدارة الموظفين	9%
04	الموارد	9%
05	العمليات	14%
06	رضا العملاء	20%
07	رضا الموظفين	9%
08	التأثير في المجتمع	6%
09	نتائج الأعمال	15%
	المجموع	100%

المصدر: نزار عبد المجيد البرواري، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، مرجع سابق، ص 486.

- تبلور فلسفة النموذج الأوروبي في أن التميز في الأداء لا يتحقق من خلال: خدمة العملاء، تحقيق المنافع لأصحاب المصلحة من العاملين وغيرهم والمجتمع بأسره فحسب، وإنما يتحقق من خلال القيادة التي تقوم بصياغة وتوجيه السياسات والإستراتيجيات والموارد البشرية وتستثمر العلاقات وتدير العمليات المختلفة بالمنظمة، ويعرف النموذج الأوروبي بأنه " الممارسة الباهرة في إدارة المنظمة وتحقيق النتائج"، ومن ثم تستطيع المنظمة الوصول إلى مرتبة " إدارة التميز" إن هي التزمت أفكار وأنماط الإدارة القائمة على الأسس الآتية:
- التركيز على النتائج المستهدفة لجماعات أصحاب المصالح المختلفة ذوي العلاقة بالمنظمة وهم العاملون، العملاء، الموردون، والمجتمع في مجموعه، فضلا عن أصحاب رأس المال، وتلتزم بتحقيق منافع متوازنة لمختلف أصحاب المصلحة وهذا هو المعيار الأهم في الحكم على تميز الإدارة من عدمه.
 - التركيز على العملاء حيث العميل هو في النهاية الحكم الأخير على تميز الإدارة بحسب ما يحصل عليه من خدمات ومنافع وشروط الحصول عليها مقارنة بتوقعاته وتفضيلا ته من ناحية وما يمكنه الحصول عليه من المنافسين من ناحية أخرى، ويجب على إدارة التميز تنمية علاقات التعامل مع العملاء والاحتفاظ بولائهم للمنظمة ومنتجاتها وتحسين مركزها التنافسي في السوق من خلال التركيز على خدمة العملاء.
 - القيادة الفعالة والأهداف الواضحة، من أهم محددات الأداء التنظيمي، وبحسب فعالية القادة وأنماط سلوكهم تتحقق الظروف المناسبة لتمييز أداء عناصر المنظمة المختلفة.
 - الإدارة بالعمليات والحقائق، حيث تكون المنظمة أعلى كفاءة إذا تم تشكيل أنشطتها في شكل عمليات مترابطة تجري إدارتها وتوجيهها إلى الغايات المخططة وفق معلومات صحيحة ومتجددة.
 - تطوير وإشراك الأفراد، حتى تنطلق طاقاتهم الإبداعية وقدراتهم الفكرية وخبراتهم ومعارفهم فيما يعود على المنظمة بأفضل النتائج، إن المورد البشري هو أثن ما تملكه المنظمات، وعقول البشر وأفكارهم هي رؤوس الأموال

الحقيقية للمنظمات الواعية والمتعلمة، ومن ثم تتحقق فرص إدارة التميز، إذا نجحت الإدارة في تهيئة بيئة تنظيمية مشجعة لاستقطاب مشاركة العاملين وتنمية قيم ومفاهيم مشتركة بينهم قائمة على الثقة وتكامل الأهداف.

- التعلم والإبداع والتحسين المستمر، وهو شرط مهم لتحقيق إدارة التميز حيث يتم استثمار خبرات المنظمة ومعارف العاملين فيها ونتائج العلم ومستحدثات التقنية في تطوير العمليات وتحديد المنتجات والخدمات وتفاذي الأخطاء ومنع تكرارها والارتفاع إلى مستويات متعالية باستمرار من الإنتاجية والفعالية.

- تنمية علاقات الشراكة والتحالف، حيث تتوفر للمنظمة فرص للعمل بكفاءة حين تستثمر علاقات التعاون والتكامل مع جميع شركاء العمل، ويقصد بشركاء العمل كل من تتعامل معهم المنظمة، وتحصل منهم على منافع ويقدمون لها الخدمات، إن هذه العلاقات البناءة ينبغي أن تقوم على مبدأ تبادل المصالح، وإن تكون كل الأطراف رابحة.

- إدراك المسؤولية الاجتماعية للمنظمة، واحترام قواعد ونظم المجتمع من شروط نجاحها في المدى الطويلة ويرتب النموذج معايير إدارة التميز في مجموعتين هما مجموعة الممكنات أي العوامل التي تمكن المنظمة من تحقيق النتائج فهي الموارد والوسائل والآليات التي تتحقق من خلالها النتائج وقد حدد النموذج قيمة لكل عنصر تعكس أهميته النسبية في تحقيق التميز مع إمكانية تعديل تلك القيم بحسب ظروف كل منظمة وطبيعة عملياتها، يبين الجدول رقم (02) أوزان كل من العناصر التسعة المؤدية للتميز كما حددها النموذج الأوروبي للتميز.

الجدول رقم (04): أوزان كل من العناصر التسعة المؤدية للتميز.

العوامل	عناصر إدارة التميز	الوزن النسبي	المجموع الفرعي
المكونات	القيادة	10%	50%
	الناس	9%	
	السياسات والإستراتيجيات	8%	
	العلاقات والموارد	9%	
	العمليات	14%	
النتائج	نتائج للناس	9%	50%
	نتائج للعملاء	20%	
	نتائج للمجتمع	6%	
	نتائج الأداء الرئيسية	15%	

المصدر: نزار عبد المجيد البرواري، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، مرجع سابق، ص 489.

2- النموذج الأمريكي (نموذج جائزة مالكوم بالدريج):

مالكوم بالدريج هو أحد رواد إدارة الجودة الشاملة الأمريكية، خصصت جائزة باسمه، أقرها الكونجرس الأمريكي بشكل قانوني، في 20 أغسطس 1987 في عهد الرئيس رونالد ريغان، ويشرف على هذه الجائزة المعهد الوطني للمعايير والتكنولوجيا الأمريكية، وسمي قانون مالكوم بالدريج لتحسين الجودة على المستوى العالمي، تمنح هذه الجائزة سنويا للمنظمات الأمريكية الصناعية والخدمية، التي تنجح في تطبيق المعايير المحددة، وذلك تحليدا لذكرى رجل الصناعة الأمريكي مالكوم بالدريج الذي شغل منصب وزير التجارة في الحكومة الأمريكية.

تشمل الجائزة على إطار عام، يوضح مفهوم إدارة الجودة الشاملة وهدفها، ومتطلبات تحقيقها، بشكل يسمح للمنظمات بتطبيقها في سعيها للوصول إلى التميز، وتحظى الجائزة باحترام كبير في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث يتولى الرئيس الأمريكي سنويا تقديمها للمنظمة الفائزة، ويطلق على الجائزة "النموذج الأمريكي للتميز"¹.

2-1- أهداف النموذج: يهدف النموذج إلى:²

- ترقية الوعي بالجودة كعنصر متزايد الأهمية في المنافسة.
- تدعيم المفاهيم المتعلقة بمتطلبات تميز الأداء، وتوحيد سياسة المنظمات، من أجل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة.
- نقل تجارب المنظمات الناجحة في تحقيق مستويات التميز، إلى غيرها من المنظمات التي تسعى إلى تحسين الأداء، والوصول إلى مرتبات أعلى في التميز.
- وتقوم لجنة من الاختصاصيين في الجهاز الحكومي الأمريكي، ومن حقل الصناعة، بفحص مستوى الجودة في المنظمات المتنافسة، باستخدام معايير لها أوزان على شكل نقاط، والمنظمة الفائزة هي التي تحصل على أكبر مجموع، ومن المنظمات المشهورة التي حصلت على الجائزة:
- شركة موتورولا عام 1988.
- شركة زيروكس عام 1989.
- شركة IBM عام 1990.
- شركة زيتاك عام 1991.

وفي كل عام يتم اختيار منطمتين فقط، من بين ثلاثة مجموعات رئيسية من الأنشطة هي: المنظمات الصناعية الكبرى، المنظمات الخدمية الكبرى ومنشآت الأعمال الصغيرة التي لا يتعدى العاملين بها أقل من 500 عامل.

¹ - فتحة حبشي، مرجع سبق ذكره، ص، 138.

² - محمد توفيق ماضي، إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجالي الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2002، ص

2-2- إجراءات منح الجائزة: تمنح الجائزة عن طريق إتباع الخطوات التالية:¹

- تقدم المنظمة الراغبة في الترشح لهذه الجائزة ملخصا لا يزيد عن 75 صفحة، مدعما بوصف لنظم الجودة بها.
- إذا قبل هذا الملخص، اجتازت المنظمة مرحلة التصنيف المبدئية للمتقدمين، (تجتاز المنظمة هذه المرحلة إذا حصلت على 700 نقطة من بين 1000 نقطة التي تحددتها معايير النموذج)، ويلى ذلك عملية دقيقة للفحص والتقييم، يقوم بها مجلس المختبرين، وهو مجلس يتشكل من: الحكومة، الصناعة والمختصين الاستشاريين.
- يتم تقييم المترشحين على أساس المعايير المحددة في النموذج، والتي تم وضعها بمعرفة المعهد الوطني للمعايير والتكنولوجيا كما أسلفنا.

2-3- المفاهيم والقيم التي يقوم عليها النموذج: يستند النموذج الأمريكي إلى مجموعة من المفاهيم

- الرئيسية، تعبر عن قيم التميز، وتنبع من فلسفة إدارة الجودة الشاملة، وهي كالآتي:²
 - القيادة ذات الرؤية: كعنصر مؤثر وفاعل في تحقيق التميز والأداء.
 - التميز المستمد من رغبات العملاء: وذلك بالتركيز على الإجابة السريعة لاحتياجات العملاء، والتحويلات في الأوضاع المحيطة بالمنظمة.
 - التعليم الشخصي والتنظيمي والاهتمام بالعنصر البشري: وذلك بتقديم الأهمية الكبرى للعنصر البشري الفعال، وما يمثله من قدرات فكرية ومهارات، تعتبر الأساس في تحريك طاقات المنظمة، وتحقيق أهدافها، وضرورة التعليم التنظيمي، والتطوير المستمر لعناصر ومقومات الأداء.
 - الإدارة بهدف الابتكار والإبداع.
 - تعميق التوجيه الاستراتيجي: ويعني وضوح رسالة المنظمة ورؤيتها المستقبلية، والتركيز على تخطيط المستقبل.
 - استثمار الحقائق في الإدارة: وذلك بتنمية أساليب الإدارة المستندة إلى المعلومات والحقائق.
 - تنمية الشعور بالمسؤولية العامة والمواطنة: وذلك بادراك الدور الاجتماعي للمنظمة ومسئوليتها نحو المجتمع.
 - التركيز على النتائج وخلق القيمة.
 - انتهاج مدخل النظم في التركيز والإدارة: وذلك بتنمية نظم المعلومات ودعم اتخاذ القرارات.
- ## 2-4- هيكل النموذج:

يحتوي النموذج على إطار يضم سبعة عناصر، تقيم المنظمات على أساسها، من أجل تحديد مستوى تميز أدائها، وهي على النحو الآتي:³

¹ - فريد عبد الفتاح زين الدين، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دون دار نشر، القاهرة، 1996، ص 65.
² - علي السلمي، إدارة التميز، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2002، ص 45.
³ - فتحة حبشي، مرجع سبق ذكره، ص 141.

القيادة، التخطيط الاستراتيجي للجودة، التركيز على العميل، المعلومات والتحليل، التركيز على إدارة الموارد البشرية، إدارة العمليات، نتائج الأعمال. وتوزع نقاط النموذج البالغ عددها 1000 نقطة، على هذه العناصر حسب أهميتها، وذلك حسب التعديل الذي أدخل على النموذج سنة 2002.

جدول رقم (05): توزيع النقاط على عناصر النموذج (المعدل سنة 2002)

الحد الأقصى للنقاط		العناصر الرئيسية والفرعية
العناصر الرئيسية	العناصر الفرعية	
120	80 40	1 / القيادة: 1-1 تنظيم القيادة 2-1 الشعور بالمسؤولية العامة والمواطنة
85	40 45	2 / التخطيط الاستراتيجي: 1-2 استراتيجية التنمية. 2-2 استراتيجية التفعيل.
85	40 45	3 / التركيز على العميل والسوق: 1-3 العميل والسوق 2-3 إدارة العلاقة مع العميل وإشباع رغباته
90	50 40	4 / المعلومات والتحليل: 1-4 تحليل وقياس الاداء التنظيمي. 2-4 إدارة المعلومات.
85	35 25 25	5 / التركيز على إدارة الموارد البشرية: 1-5 أنظمة العمل. 2-5 التعليم والتدريب. 3-5 تقديم جهود العاملين والإرتقاء بمستوى أدائهم.
85	45 25 15	6 / إدارة العمليات: 1-6 عمليات الإنتاج والخدمات. 2-6 تقييم العمليات. 3-6 تدعيم العمليات.
450	125 125 80 120	7 / نتائج الأعمال: 1-7 نتائج متعلقة بإشباع العمليات. 2-7 نتائج مالية. 3-7 نتائج إدارة الموارد البشرية. 4-7 نتائج التنظيم.
1000	1000	مجموع النقاط

المصدر: علي السلمي، إدارة التميز، مرجع سابق، ص 17.

3- النموذج النيوزيلندي في الجودة:**- تحديد سمات النموذج النيوزيلندي في الجودة:**

يوجد لديها سلطة خاصة تعرف بسلطة المؤهلات في نيوزيلندا ومجلس المعلمين، تعتمد الغدارة النيوزيلندية على عملية إصلاح وتجديد الإدارة، والتي يقودها أساسا مستشارون من الخارج، بشكل يطور التقاليد، ويقلل من القيود، وينمي القدرات المحلية، وقد عكست معظم الإصلاحات التي تم تنفيذها من خلال النموذج النيوزيلندي، القائم على العمليات الموسعة للخصخصة والتعاقد للشراء من الخارج.¹

- المعايير التي يركز عليها النموذج النيوزيلندي للجودة:

يرتكز على تقنية (6 سيجما) من خلال دعمه للمنظمات والشركات التي يتم العمل فيها بتطبيق معايير هذا النموذج، مما يتيح لها تحديد أهم وأكثر عمليات التشغيل فاعلية، واكتشاف مكامن الأداء القابلة للتطوير والتعزيز، والإسهام في توافر التدريب المناسب، ومنح شهادات الإعتماد والتعاون خلال عملية التطبيق في تعزيز قدرة المؤسسات على المضي قدما في تطبيق هذه المعايير.

4- نموذج معهد الإمداد للتحسين المستمر للعملية:

يركز هذا النموذج على التغييرات التنظيمية السلوكية، المطلوب القيام بها لإيجاد ثقافة للتحسين المستمر بالمنظمة، ويتكون النموذج من خمسة عناصر تشكل في مجموعها إطار التحسين المستمر، والتميز في الأداء كالآتي:²

- وضوح الرؤيا والتصرفات: ويقصد به ضرورة إعداد رسالة المنظمة وأهدافها، والعمل على بناء وعي فردي وجماعي، بأهداف نظام إدارة الجودة الشاملة ومبادئها وفلسفتها.

- التمكين (توفير الإمكانيات): وهي العملية التي بمقتضاها مساعدة المنظمة، على تنفيذ مبادئ نظام إدارة الجودة الشاملة، والتي تتطلب تنمية إلتزام الإدارة العليا، بخلق بيئة مؤاتية تدعم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وتوفير الإمكانيات والموارد اللازمة لذلك.

- التركيز: يقصد به تركيز جهود التميز في الأداء والتحسين المستمر له، بالشكل الذي يؤدي إلى الإنتقال من العموميات إلى التفاصيل، أو الجوانب الأكثر تحديدا، مثل الإنتقال من الأهداف العامة إلى الأهداف الفرعية، وترجمة هذه الأهداف الفرعية، إلى ممارسات وأفعال يتم توجيه جهود التحسين بحيث تتوافق مع تحقيق أهداف المنظمة هذا مع الأخذ بعين الاعتبار أن يكون رضا العميل أحد الأهداف المهمة.

- التحسين: ويهدف إلى التوجه نحو تحسين الأداء للمنظمة ككل، والإهتمام بإرضاء العملاء وتحقيق رسالة المنظمة.

- التعليم والتدريب: من العناصر الأساسية لضمان نجاح جهود نظام إدارة الجودة الشاملة، أن يكون مستندا إلى التعليم والتدريب، لأنه يضمن تزويد الأفراد والجماعات داخل المنظمة، بالقدر الكافي من المعرفة.

1 - نزار عبد المجيد البروراري ، مرجع سبق ذكره، ص 493.

2 - أحمد فهمي جلال، إستراتيجية الإدارة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990، ص 60.

خلاصة:

إن دراسة موضوع إدارة الجودة الشاملة من حيث إطارها النظري، و مداخلها ومبادئها، ومواصفات الجودة والتقييس العالمي ضمن هذا الفصل، مكنتنا من الإلمام بالمفاهيم المختلفة للجودة وإدارة الجودة الشاملة كمنهج وأسلوب إداري حديث، أسس على أفكار مدارس الفكر الإداري المتتالية وبذلك توصلنا إلى مجموعة من الاستنتاجات أهمها ما يلي:

- إن إدارة الجودة الشاملة تمثل تغييرا جذريا ذلك لأنها تتطلب من الإدارة أن تنزل من برجها العالي وان تتعلم مع موظفيها أثناء أداء العمل.
- إن تحسين الجودة المستمر يتطلب طريقة جديدة لإدارة العمل لا تنطوي على مجرد إصدار الأوامر للموظفين، ولكن أن يطلب منهم التفكير والمشاركة في عملية تنظيم العمل، ذلك أن جميع أعضاء المنظمة قد تم تدريبهم وبالتالي فإنه يتوقع منهم أن يحللوا العمليات وأن يعملوا من أجل التحسين والتطوير.
- إن المنظمة التي تدار بطريقة جيدة تحتاج إلى استغلال كل قدراتها الفعلية وأن تعكس في ثقافتها وجهة النظر بأن كل شيء يمكن تحسينه، وأن الهدف التنظيمي الرئيسي يجب أن يتمثل في تحديد المجالات التي يمكن تحسينها.
- على إدارة الجودة أن تصبح جزءا من عمل المنظمة.
- تفويض الصلاحيات يعد من الجوانب المهمة في إدارة الجودة الشاملة وهو من مضامين العمل الجماعي والتعاوني بعيدا عن المركزية في اتخاذ القرارات.
- المشاركة الحقيقية لجميع المعنيين بالمؤسسة في صياغة الخطط والأهداف اللازمة لجودة عمل المؤسسة من خلال تحديد أدوار الجميع وتوحيد الجهود ورفع الروح المعنوية في بيئة العمل.
- التعلم والتدريب المستمر لكافة الأفراد بالمؤسسة.
- هناك علاقة ترابط وتكامل بين إدارة الجودة الشاملة ونظام المواصفات ISO9000، حيث يمثل هذا الأخير القاعدة الأساسية التي يمكن من خلالها تطبيق غدارة الجودة الشاملة.
- ونخلص إلى القول بأن التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة يعني التغيير نحو الأفضل وهو استثمار طويل المدى.



الفصل الثاني:

إدارة الجودة الشاملة
في المؤسسات الصحية

تمهيد:

إن من أكبر التحديات التي تواجهها المؤسسات الصحية اليوم، إشكالية الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة وتقليل تكاليفها، فقد أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة لازمة، تتضح أهميتها بقدرتها على تقليص الفجوة بين الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة من طرف متلقي الخدمة.

لذا تسعى المؤسسات الصحية إلى تبني إدارة الجودة الشاملة كأسلوب حديث لرفع مستوى الأداء في الرعاية الصحية لكسب رضا المرضى.

وفي هذا الإطار جاء هذا الفصل ليستعرض التطور التاريخي لمفهوم المستشفيات وكذا وظائفها ومعايير تصنيفها، وبعدها يتم عرض جودة الخدمات الصحية وخصائصها ليتم الوصول إلى متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وتكاليفها.

المبحث الأول: مفاهيم أساسية في إدارة المستشفيات.

المطلب الأول: التطور التاريخي لمفهوم المستشفى.

اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة، وقد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث اتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه "معابد الشفاء" في مصر سنة 600 قبل الميلاد، وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم "السيكيستا" أي معابد الشفاء¹، وفي مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي:²

- علاج المرضى وتقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع.
- الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم.
- اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم.

وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" أي دور المرضى، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين: "بيمار" بمعنى مريض أو عليل، و"ستان" بمعنى دار، وقد خطا العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث، ويأتي من بين هذه القواعد أو النظم ما يلي:

- عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.
- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى.
- وجود مستشفى متنقل وإرساله إلى المناطق النائية بصفة دورية.
- إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة.
- الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى.
- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.
- إجازة مزاوله مهنة الطب والصيدلة بواسطة امتحان.

1 - عيد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008، ص 03.

2 - حسان محمد نذير حرسناني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1990، ص 19.

وفي العصر الحديث عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات المستشفى بأنه:

"مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين وخدمات طبية تشمل خدمات الأطباء والتمريض، وذلك من أجل إعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين".¹

كما يعرف المستشفى بأنه: "تنظيم يقوم بتعبئة المهارات والجهود لعدد كبير من الجماعات المهنية المحترفة وشبه المهنية المحترفة، والجماعات غير المهنية المحترفة من الأفراد، من أجل الحصول على خدمات ذات كفاءة عالية إلى المرضى".²

كما عرفته المنظمة العالمية للصحة بأنه: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي طبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية أو وقائية، وتمتد عياداته الخارجية إلى البيوت، كما يعمل كمركز لتدريب القوى العاملة الصحية والقيام ببحوث اجتماعية حيوية".

ومن التعاريف الشائعة أيضاً، أن المستشفى: "جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام".³

ويختلف مفهوم المستشفى حسب الأطراف التي يتعامل معها، فكل طرف له مفهومه الخاص عن المستشفى تبعاً لتلك العلاقة القائمة بينهما، ويتضح ذلك فيما يلي:⁴

المرضى: ينظرون إلى المستشفى على أنه الوجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الصحية لهم واستشفائهم.

الكادر الصحي: هو الموقع الذي يمارس فيه أعماله ومهامه الإنسانية، وبما يملكه من خبرة ومهارة في القيام بالرعاية الصحية.

إدارة المستشفى: منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيرات مختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفي وفعال.

الدولة: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، لنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

1 - غازي فرحان، خدمات الإيواء في المستشفى، دار الزهران، عمان، الأردن، 1999، ص 06.

2 - عرابية الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات (المفهوم والإشكالية)، مجلة الباحث، العدد 7، جامعة ورقلة، 2009-2010، ص 234.

3 - سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، مصر، 2008، ص 40.

4 - تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2005، ص 21.

مصانع الأدوية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية مستلزمات طبية وفق اتفاقات مسبقة.

الطلبة والجامعة: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة لإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.

وعليه يمكننا القول في الأخير ومن خلال ما سبق، بأن المستشفى في النهاية هو مجموعة من الإمكانيات البشرية والمالية والفنية، التي تسمح بتقديم خدمات صحية وطبية (تشخيصية وعلاجية وجراحية)، كما تعمل على تدريب القوى العاملة الصحية والقيام بالبحوث والدراسات الطبية.

المطلب الثاني: وظائف المستشفى وأهدافه.

مرت أهداف المستشفى بتطور دائم وانتقال عبر مسلسل تطور المستشفى نفسه، ويجمع المهتمون على خمسة أهداف أو وظائف للمستشفى الحديث، وحددت في ما يلي:1

- تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الداخليين.
 - تقديم خدمات التشخيص والعلاج للمرضى الخارجيين.
 - القيام بأنشطة التدريب والتعليم للمهنيين الصحيين والعاملين في القطاع الصحي.
 - رفد المعرفة الطبية والصحية من خلال ما يقوم به من أنشطة بحثية في هذا المجال.
 - الوقاية من الأمراض ويشمل ذلك وقاية المرضى في المستشفى ووقاية أفراد المجتمع.
- كما أوصت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية بضرورة قيام المستشفى بخمس وظائف أساسية هي:
- الوظيفة العلاجية.
 - الوظيفة الوقائية.
 - التدريب والتعليم.
 - الأبحاث الطبية والاجتماعية.
 - الخدمات الممتدة والاجتماعية.

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2014، ص 67.

1- الوظيفة العلاجية:

مما لا شك فيه أن تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى ومصابي الحوادث هي الوظيفة الأولى والأساسية للمستشفى، حيث يركز المستشفى على تقديم أعلى مستوى ممكن من هذه الخدمات للمرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية والحالات الطارئة وتحسين جودة هذه الخدمات بشكل مستمر، ولما كانت الخدمات الاستشفائية الأكثر تكلفة بالمقارنة مع الخدمات الصحية الأخرى وعلى ضوء التكلفة المتصاعدة لهذه الخدمات والتزايد المستمر للطلب عليها ومحدودية الموارد المتاحة لأي مجتمع فلا بد للمستشفى من التركيز على كفاءة العملية الاستشفائية بما يضمن تقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى بأقل كلفة ممكنة كهدف أساسي له، ولتحقيق هذه المعادلة الصعبة: خدمات رعاية صحية جيدة بأقل كلفة ممكنة فلا بد للمستشفى من التركيز على الناحية الاقتصادية للخدمات الاستشفائية وعلى كفاءة العملية الاستشفائية سيما وأن غالبية المستشفيات العامة منها والخاصة لا تهدف إلى تحقيق الربح كما أنها مقيدة بمحدودية الموارد، فالمستشفيات الخاصة لا يمكنها زيادة إيراداتها من عوائد خدماتها إلا بالحدود التي تسمح بها التشريعات المحددة والمنظمة لذلك كما أن المستشفيات العامة والتي هي موضوع اهتمامنا وتركيزنا هنا هي مقيدة بالإيرادات التي تحصل عليها من المال العام، وعلى ذلك فإن المدخل الوحيد والأكثر فعالية لضمان تقديم خدمات استشفائية جيدة بأقل كلفة ممكنة هو من خلال التركيز على كفاءة العملية الإدارية وهذا لا يأتي إلى بتوفير الأطر الإدارية المؤهلة ومستويات جيدة من الإدارة يمكنها التعامل مع حقائق محدودية الموارد وارتفاع كلفة الخدمات الاستشفائية وبنفس الوقت تحقيق الهدف الأساسي للمستشفى والمتمثل بتقديم أفضل رعاية ممكنة للمريض بأقل كلفة ممكنة.¹

2- الوظيفة الوقائية:

بالرغم من أن المستشفيات وجدت أصلاً لتقديم الخدمات العلاجية للمرضى ومصابي الحوادث تجتمع الكتب والمراجع العلمية في مجال إدارة المستشفى على وجوب قيام المستشفى بدور نشط في وقاية أفراد المجتمع من الأمراض ويعتبر بعض الباحثون دور المستشفى الوقائي جزءاً من أخلاقيات المستشفى للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقه كمؤسسة اجتماعية نشيطة من مؤسسات المجتمع المحلي، كما أن هنالك اتجاه عالمي عام نحو وجوب قيام المستشفى بدوره الصحيح في مجال حفظ وصيانة صحة المجتمع المحلي لما يتوفر لديه من إمكانيات وطاقات فنية وبشرية كبيرة تمكنه من القيام بدور ملموس في هذا الاتجاه وعلى اعتباره المؤسسة الرئيسية التي تقدم الخدمات الصحية للمجتمع، ويمكن تصنيف الخدمات الوقائية على ثلاثة مستويات هي:²

1 - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الثانية، 2009، ص 109.

2 - المرجع نفسه، ص 113.

2-1- خدمات الوقاية الأولية: وهي خدمات محددة ومباشرة يجري تخطيطها وتقويمها لوقاية الأفراد من الأمراض والنمط المعروف لهذه الخدمات هو حملات التطعيم والتحصين الجماعية أو الموجهة لمجموعات سكانية محددة، كما تدخل خدمات ترقية الصحة ضمن هذا المستوى كجزء من الخدمات الوقائية الأولية، وتركز هذه الخدمات بشكل أساسي على العوامل البيئية المؤثرة على الصحة مثل الوقاية والسيطرة على تلوث الماء والهواء والطعام، ومكافحة الحشرات والقوارض الناقلة للمرض، والتخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة، وتحسين ظروف الإسكان وصحة المسكن، وتقليل الحوادث بأنواعها المختلفة وغيرها من الأمور البيئية المؤثرة على الصحة والتي تقع في غالبيتها خارج نطاق الفعل والسيطرة المباشرة للمستشفى.

وإذا كان المستشفى لا يمكنه عمل الكثير للتأثير على هذه العوامل إلا أنه يمكن المشاركة بأنشطة الوقاية من الأمراض عند هذا المستوى عن طريق ما يلي:

- المشاركة بحملات التطعيم والتحصين الموجهة نحو حماية أفراد المجتمع من الأمراض بالتعاون والتنسيق مع مؤسسات الصحة العامة وتقديم الدعم والإسناد الفني اللازم لذلك.

- المشاركة في برنامج التثقيف الصحي للمجتمع ويمكن للمستشفى القيام بذلك من خلال:

- برامج التوعية والتثقيف الصحي الموجهة نحو جماعات محددة من السكان كالأهالي والحوامل وطلاب المدارس للمساهمة في خلق مجتمع واع صحياً يستطيع أن يساهم في حماية نفسه والمحافظة على صحة أفرادها، ويمكن تقديم مثل هذه البرامج من خلال المراكز الصحية المرتبطة بالمستشفى بالنسبة للأهالي والحوامل ومن خلال الصحة المدرسية داخل المدارس بالنسبة للطلاب.
- استخدام وسائل الإعلام الجماهيرية من خلال البرامج الصحية الموجهة للتأثير على السلوكيات السلبية للأفراد وبناء السلوك الصحي الإيجابي لديهم.
- دعم برامج تنظيم الأسرة وبرامج الصحة العامة بالتعاون والتنسيق مع المؤسسات والدوائر الصحية والاجتماعية الأخرى العاملة في المجتمع.
- التثقيف الصحي للمرضى الداخليين والمرضى الخارجيين عبر الوسائل التكنولوجية المتاحة له كدوائر التلفزيون المغلق.

ويمكن لهذه البرامج التركيز على بعض المشاكل الصحية الهامة وطرق الوقاية منها إضافة إلى التركيز على العادات والممارسات المضرة بالصحة كالتدخين وتعاطي المسكرات والقيادة الخطرة للمركبات، كما يمكن للمستشفى طبع وإصدار بعض الكتيبات الصحية الإرشادية وتوزيعها على المرضى والزوار لزيادة الوعي الصحي لديهم حيث يمكن لهذه الكتيبات التعامل مع الكثير من المشاكل الصحية وطرق الوقاية منها، بالتعاون والتنسيق مع دوائر ومؤسسات الصحة العامة وصحة البيئة فيما يتعلق بتحسين الظروف البيئية في المجتمع المحلي والتأثير عليها، ولقيام المستشفى بدوره الصحيح والمطلوب في مجال الخدمات الوقائية لا بد له من تطوير علاقات فعالة مع دوائر

الصحة العامة وصحة البيئة وهذا لا يتأتى إلا من خلال التنظيم الإقليمي والإدارة الإقليمية للخدمات الصحية لضمان التكامل والتنسيق بين مؤسسات الخدمات الصحية وبحيث يعمل المستشفى كجزء من النظام الصحي الإقليمي للمنظمة الجغرافية التي يعمل فيها ويتفاعل معها.

2-2- الخدمات الوقائية الثانوية: تركز هذه الخدمات على الكشف المبكر عن المرض وعلاجه وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها وخدمات المسح الصحي الشامل أو المسوحات الصحية المختارة لمجموعة سكانية محددة، والفحوصات الطبية الدورية لبعض الفئات التي لديها قابلية للإصابة بمرض ما، ويتوفر للمستشفى فرص أكبر للقيام بالخدمات الوقائية والمشاركة بأنشطتها عند هذا المستوى عنه في المستوى السابق حيث يمكن له القيام بما يلي:

- اكتشاف الأمراض الكامنة لدى المرضى الداخليين ومرضى العيادات الخارجية عن طريق القيام ببعض الفحوصات الروتينية البسيطة لهؤلاء المرضى كقياس ضغط الدم وتخطيط القلب للمرضى الذين يتجاوزون الخامس والثلاثين من العمر لاكتشاف أمراض ضغط الدم والفحوص الروتينية للبول لاكتشاف أمراض السكر وغيرها من الفحوص البسيطة الأخرى ومن ثم علاجها في مراحلها الأولى.

- المساهمة الفعالة في حملات المسح الصحي الموجهة نحو تقصي الأمراض والكشف عنها في المجتمع المحلي وخاصة المسوحات الصحية المختارة والموجهة نحو مجموعات سكانية محددة بهدف التعرف على الوضع الصحي السائد في المجتمع وتحديد الأمراض والمشاكل الصحية المنتشرة فيه وبالتالي الوقوف على الاحتياجات الصحية الفعلية وأولوياتها والعمل على تلبية هذه الاحتياجات من خلال تخطيط وتعديل وتوجيه البرامج والأنشطة الصحية للمستشفى.

2-3- الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة: وهي خدمات متخصصة تقوم على مجهودات فريق متخصص وتهدف إلى إعادة تأهيل المرضى ومصابي الحوادث وتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية نشطة ومنتجة إلى حد ما، وتعرف لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية للتأهيل الطبي خدمات إعادة التأهيل كما يلي " الاستعمال المنظم والمنسق للمعايير والمعرفة الطبية، الاجتماعية، التعليمية والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد إلى أعلى مستوى ممكن من القدرة على العمل"، وقد ازدادت أهمية هذه الخدمات في مجال الرعاية الصحية للأفراد حيث تعتبر المرحلة الرابعة والأخيرة لهذه الخدمات بعد خدمات ترقية الصحة، والوقاية من الأمراض، والخدمات العلاجية.

وتقوم المستشفيات بدور هام في مجال خدمات إعادة التأهيل وذلك أما من خلال مراكز التأهيل المتخصصة أو من خلال أقسام ودوائر التأهيل الملحقه بالمستشفيات العامة حيث يعتمد هذا الأمر على مدى الحاجة لمثل هذه الخدمات ومدى توفر الإمكانيات الفنية والمادية والبشرية اللازمة لها سيما وأنها تقوم على مجهودات فريق متعدد الاختصاصات من أطباء وممرضات وأخصائيين اجتماعيين ونفسيين وأخصائي العلاج الفيزيائية والمهني وغيرهم، وتسهم هذه الخدمات بصحة الأفراد بطريقتين كما يلي:

- مساعدة المرضى وضحايا الحوادث الذين يعانون من إعاقات وعجز محتم على الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من اللياقة والقدرة الجسدية والعقلية والاجتماعية والمهنية وتمكينهم من الاعتماد على أنفسهم وممارسة حياة طبيعية منتجة قدر الإمكان.

- منع حدوث الإعاقات والعجز خلال فترة علاج المرضى في المستشفى وخاصة الإعاقات والعجز الناتج عن الفترات الزمنية الطويلة من العلاج مثل تصلب العضلات والهزال الذي يمكن أن ينتج عن الفترات الطويلة من السكون وعدم الحركة، ومنع القلق والتوتر المصاحب عادة لحالة المرض والإصابة.

3- وظيفة التعليم والتدريب:

يفرض التطور المطرد في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة العاملين المتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وتمثل المستشفيات بطبيعتها، وعلى وجه الخصوص المستشفيات التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات، مراكز تدريب عملية للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين، كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومن ثم تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها، وإضافة إلى ما سبق فإن وجود المتخصصين في المجالات المختلفة يساهم في نقل نتائج الممارسات والتجارب السابقة إلى الخريجين الجدد من الأطباء والمرضى وتبادل المعلومات معهم وهو الأمر الذي قد يتعذر تحقيقه خارج المستشفيات.¹

4- الوظيفة البحثية:

لما كان الهدف النهائي للبحث الطبي وللبحوث الأخرى في مجال العلوم الطبية المساندة، هو الإضافة إلى المعرفة والعلوم الطبية وإثرائها والتي تنعكس بدورها على تحسين خدمات رعاية وعلاج المرضى فلا بد لكل مستشفى وحسب إمكانياته من القيام بدور ما في مجال البحث العلمي.²

ويمكن تقسيم البحوث التي تقوم بها المستشفيات إلى بحوث طبية وبحوث إدارية، وتشمل الأولى الفحوصات والبحوث المخبرية التي تتطلب عملية علاج المرضى كما تشمل البحوث الطبية المخططة ولهادفة إلى تحسين عملية رعاية المرضى وعلاجهم.

أما البحوث الإدارية فتتضمن مدى واسع يشمل كافة الأنشطة والخدمات التي تدعم الرعاية الطبية كالبحوث الإدارية وبحوث التمريض وخدمات الطعام والتدبير المنزلي وغيرها، وللقيام بالمهمة البحثية الطبية تحتاج

¹ - سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة الجزائر 03، 2012، ص 62.

² - فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 77.

المستشفيات إلى موارد وإمكانات متعددة تشمل الأطباء المتخصصين لقيادة برامج الأبحاث، والعناصر البشرية المساعدة من باحثين وفنيين وعلماء وغيرهم، توفير الحيز المطلوب والمناسب، والمختبرات، والمعدات والتجهيزات التكنولوجية والمواد الخام بالإضافة إلى المرضى.

وإذا كانت الإضافة إلى المعرفة الطبية لا يمكن أن تتم إلا عن طريق إجراء الأبحاث، ولما كانت الأبحاث التي تجري على المرضى تتضمن دائما قدرا من المخاطرة والنتائج غير المتوقعة أو المرغوبة فلا بد من مراعاة عدد من النقاط الهامة عند إجراء الأبحاث على المرضى:

- الحصول على موافقة المريض وبشكل مسبق على إخضاعه للبحث أو التجربة.
- الحصول على موافقة إدارة المستشفى بصفتها المسئولة أولا وأخيرا عن رعاية وعلاج المريض.
- إخضاع الأبحاث إلى الإشراف والرقابة المستمرة من قبل لجنة الأبحاث في المستشفى.
- قيام الباحث بوضع خطة مفصلة عن البحث الذي سيجريه ورفعها إلى لجنة الأبحاث التي تقوم بدراسته وبيان فوائده ومحاذيره المحتملة ومن ثم التوصية بالموافقة عليه أو رفضه.
- المحافظة على خصوصيات وأسرار المرضى الذين تجري عليهم الأبحاث وعدم الإفشاء بأية معلومات من شأنها الكشف عن هوية المريض والإساءة إليه.

5- وظيفة الخدمات الممتدة إلى المنزل:

إن المستشفى العام كمركز رئيسي لصحة المجتمع المحلي الذي يعمل فيه وكمؤسسة اجتماعية نشطة من مؤسساته دائمة التأثير والتأثير بالبيئة المحيطة لا ينبغي له اقتصر دوره على تقديم الخدمات الطبية لمن يطلبها ويسعى في الحصول عليها داخل أسواره بل لابد من توسيع أنشطته والخروج بها إلى المدى الكامل من خدمات الرعاية الطبية الذي يفترض فيه تقديمه (ابتداء من خدمات ترقية الصحة وانتهاء بخدمات التأهيل) لابد له كذلك من مد خدماته خارج أسواره لتصل إلى بعض المرضى في بيئتهم المنزلية وخاصة الحالات المرضية المزمنة التي لا تتطلب الرعاية الطبية المركزة في المستشفى والتي قد لا تتمكن من الحضور إلى المستشفى لمتابعة العلاج، حيث يمكن للمستشفى إدارة وتنظيم برامج الرعاية الممتدة إلى المنزل وخاصة للمرضى كبار السن الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب وقتا طويلا من العلاج والتي لا تتطلب حضور المريض للمستشفى حيث يمكن رعاية مثل هؤلاء المرضى والإشراف عليهم من قبل الممرضات المتخصصات وخدمات الطبيب العام في منازلهم.¹

ونظرا لما لمثل هذه الخدمات الممتدة من فوائد اقتصادية واجتماعية واضحة للمستشفى وللمجتمع ككل تدير الكثير من المستشفيات العامة في الدول المتقدمة كبريطانيا وأمريكا مثل هذه البرامج الممتدة إلى المنازل

¹ - فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 121.

لكونها ذات تكلفة أقل بكثير من تكلفة الرعاية في المستشفى علاوة على توفير أسرة المستشفى للحالات المرضية التي تحتاج للرعاية الاستشفائية، هذا بالإضافة إلى الفوائد الاجتماعية لمثل هذه الخدمات التي يمكن معها إبقاء المريض في منزله وبين أفراد أسرته والإشراف عليه دون أن يتحمل مشاق الانتقال إلى المستشفى ومن هنا جاء تعريف منظمة الصحة العالمية للمستشفى شاملاً بحيث نص على هذه الخدمات لما لها من فوائد اقتصادية واجتماعية لكل من المريض والمستشفيات.

المطلب الثالث: أنواع المستشفيات وخصائصها.

عند الحديث عن أنواع المستشفيات أو تصنيفها نجد أن هناك العديد من الاتجاهات في هذا المجال، فهناك الكثير من الآراء والتوجهات التي عالجت موضوع تقسيمات المستشفيات، إذ يمكن تصنيف أو تقسيم المستشفيات على أساس عدة معايير، من أهمها معيار الملكية، ومعيار التخصص، كما يمكن تقسيمها حسب فترة الإقامة المرضية، ويعتبر تصنيف المستشفيات على أساس الملكية ونوع الخدمة هما الأكثر شيوعاً.¹

1- نمط الملكية والإشراف:

يمكن تقسيم المستشفيات على أساس الملكية والإشراف إلى نوعين رئيسيين: مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة.

1-1-1- المستشفيات الحكومية: وتعتبر إحدى أهم المؤسسات الصحية، وهي مملوكة للدولة وتديرها أجهزة حكومية من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة، وفق تنظيمات ولوائح حكومية تحكم سير إجراءات العمل في القطاع العام.²

ويمكن تصنيف المستشفيات الحكومية كما يلي:³

1-1-1-1- مستشفيات حكومية عامة وخاصة وتخصيصية: بالنسبة للمستشفيات الحكومية العامة فهي

تابعة لوزارة الصحة والسكان غالباً، وأما المستشفيات الخاصة فهي تابعة لجهة معينة مثل:

المستشفيات العسكرية والشرطة، بالإضافة إلى المستشفيات التابعة لمنشآت وهيئات معينة، وغالباً ما تقدم خدماتها للعاملين وأبنائهم بتلك الجهات.

¹ - فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص21.
² - مكرم عبد المسيح باسيلي، المحاسبة في المنشأة الفندقية: رؤية إدارة الفنادق- المستشفيات، المكتبة العصرية، مصر، 2006، ص 161.
³ - المرجع نفسه، ص162.

أما المستشفيات التخصصية، فتشمل مستشفيات الولادة، العيون، الأنف والحنجرة، التأهيل والعظام، الأمراض المزمنة، مرضى الاحتياجات الخاصة، القلب، ومستشفيات الأطفال وغيرها وهناك مستشفيات تشمل أكثر من تخصص واحد.

1-1-2- المستشفيات الجامعية والتعليمية: وهي مملوكة للدولة، وإن كانت تابعة للجامعات، وتقدم خدمات مجانا أو مقابل رسوم زهيدة تغطي تكاليف ومصاريف الإدارة، ويقوم بإدارتها مجلس إدارة من أطباء وكليات الطب المختلفة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية التي تتيح فرصة التدريب العلمي لطلاب الطب.¹

1-2-2- المستشفيات الخاصة: وهي تشمل جميع المستشفيات باستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية، وهذه المستشفيات تقدم الخدمات مقابل رسوم، وذلك عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجانا.

ويمكن تقسيم المستشفيات الخاصة إلى قسمين أساسيين وهما: مستشفيات ذات طابع ربحي ومستشفيات ذات طابع غير ربحي.

1-2-1- مستشفيات ذات طابع ربحي: هي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة، وذلك بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

1-2-2-2- مستشفيات ذات طابع غير ربحي: هي المستشفيات التي تتوفر فيها نفس خصائص ومميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالبا بهدف المساهمة في تقديم خدمة اجتماعية عامة لأفراد المجتمع، والعلاج في هذا النوع من المستشفيات ليس مجانا، حيث أن الأموال المحصلة من المرضى تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى.²

2- الربحية:

بالرغم من أن الهدف العام من إنشاء المستشفيات هو تقديم الخدمات الصحية للأفراد، إلا أن هناك أهداف أخرى قد تكون أساسية، ومن بينها سعي المستشفيات لتحقيق الأرباح، وفي هذا السياق يمكن لأن نميز بين ثلاثة أنواع من المستشفيات وهي كما يلي:

1-2-1- مستشفيات تهدف للربح: وهي المستشفيات التي تعود ملكيتها عادة إلى أفراد هم في الغالب من الأطباء، والتي تكون عادة لغرض الربح، حيث تقوم بتقسيم أرباحها التي تكسبها من المرضى مقابل ما تقدم إليهم من خدمات على مؤسسيها ومالكيها وعلى المشاركين فيها، ويكثر هذا النوع من المستشفيات في الدول الرأسمالية.

¹ - غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1999، ص 10.
² - سليم بطرس جلد، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 36.

2-2- مستشفيات خيرية: وهي مستشفيات تنشأ من قبل إحدى الجهات الخيرية إما على هيئة جمعية خيرية أو دينية، فهي مملوكة لجمعيات أهلية غير حكومية، وتقدم خدمات صحية مقابل رسوم ضئيلة نسبياً، تستخدم في تطوير المستشفى، وتحسين مستوى أداؤها، وهي وإن كانت تهدف إلى الربح نسبياً، إلا أنه يفضل أن تدرج ضمن النوع الثالث من المستشفيات.

2-3- مستشفيات لا تهدف إلا لتحقيق ربح: وهي مستشفيات حكومية تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم الخدمات الصحية للأفراد من دون مقابل، أو مقابل رسوم رمزية زهيدة، ومثل هذا النوع من المستشفيات يكثر في الدول الاشتراكية.¹

3- مدة الإقامة:

تعد إقامة المريض في المستشفى أساساً في تصنيف المستشفيات إلى مدة إقامة قصيرة أو طويلة، وغالباً ما تعد مدة ثلاثين يوماً وأقل كمعدل إقامة المريض في المستشفى ضمن المستشفيات قصيرة الإقامة، وإذا ما تجاوزت ذلك فيعد من المستشفيات طويلة الإقامة.²

ومنه يمكن تقسيم المستشفيات على هذا الأساس إلى قسمين هما:

3-1- مستشفيات قصيرة الإقامة: ويصل متوسط فترة إقامة المريض فيها من يوم إلى ثلاثين يوماً، مثل: مستشفيات الأطفال ومستشفيات أمراض النساء والتوليد.

3-2- مستشفيات طويلة الإقامة: ويصل متوسط إقامة المريض فيها إلى أكثر من ثلاثين يوماً مثل: مستشفيات الحروق، مستشفيات الأمراض النفسية.

4- نوع الخدمة: تقسم المستشفيات إلى نوعين:³

4-1- مستشفيات عامة: تضم اختصاصات متعددة، وتعالج أمراض مختلفة من خلال استقبال المرضى والمصابين بهذه الأمراض.

4-2- مستشفيات متخصصة: تختص في علاج جزء معين من أجزاء الجسم مثل: العين، الأعصاب، الأنف والأذن والحنجرة.

¹ - مكرم عبد المسيح باسيلي، مرجع سبق ذكره، ص 162.

² - تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 29.

³ - حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2003، ص 29.

- 5- حجم المستشفى: يتحدد حجم المستشفى بناء على عدد أسرة الرجال والنساء والأطفال، ويستثنى من ذلك أسرة الأطفال حديثي الولادة، وضمن هذا التصنيف نستطيع أن نميز بين الأنواع التالية:¹
- 5-1- المستشفيات الصغيرة الحجم: وهي التي تحتوي على 100 سرير أو أقل.
- 5-2- المستشفيات متوسطة الحجم: وهي المستشفيات التي تحتوي بين 101 و 500 سرير.
- 5-3- المستشفيات كبيرة الحجم: وهي التي يزيد عدد أسرتها عن 500 سرير.
- 6- جودة خدمات الرعاية المقدمة: حسب هذا المعيار يمكن تصنيف المستشفيات إلى صنفين:²
- 6-1- المستشفيات المعتمدة: هي المستشفيات المعترف بجودة خدماتها المقدمة، حيث تشرف على مراقبة الخدمات هيئات رسمية متخصصة مثل: الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد التنظيمات.
- 6-2- المستشفيات غير المعتمدة: هي المستشفيات التي لم تتحصل بعد على اعتماد من طرف الهيئة المختصة بذلك، والتي مازالت لم تصل بعد إلى حد معين معترف به من جودة الرعاية الصحية المقدمة.

1 - غازي فرحان، مرجع سبق ذكره، ص 10.

2 - حسان محمد نذير حرساني، مرجع سبق ذكره، ص 46.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها.

إن التقدم العلمي في شتى المجالات بشكل عام، وفي مجال الخدمات بشكل خاص أثر كثيرا في المؤسسات الخدمية وخاصة المستشفيات والمراكز الصحية، وذلك يجعلها تتطلع نحو استخدام أحدث منتجات التكنولوجيا، في إنشاء المستشفيات وتسييرها، وذلك لتحسين جودة الخدمات الصحية لإشباع حاجات متلقي الخدمة بأقل التكاليف، وعليه قد أضحى تطبيق نظم الجودة في مجال الخدمات الصحية من الضرورات الملحة في السنوات الأخيرة، في ظل ارتفاع تكاليف هذه الخدمات والتباين الواضح بين مردود الخدمات الصحية والنتائج المتوقعة.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية وخصائصها.

1- مفهوم جودة الخدمة الصحية.

1-1- تعريف جودة الخدمة وطبيعتها:

يمكن الوقوف على الأبعاد المرتبطة بجودة الخدمة والتي يمكن من خلالها تحديد مستوى الجودة كما يدركه العميل من خلال استعراض التعريفات المختلفة التي وردت في هذا الصدد، وبالرغم من وجود بعض الدراسات التي تقلل من أهمية الوصول إلى تعريف شامل لجودة الخدمة يتضمن الأبعاد المختلفة لهذه الجودة، إلا أن استعراض ما جاء في الأدب الإداري الخاص بمفهوم جودة الخدمة وأبعادها يوضح اختلاف الكتاب في تناولهم لهذا المفهوم بما يزيد من صعوبة تحديد أبعاد محددة لجودة الخدمة تمكن من قياس مستوى الجودة في مختلف المنظمات الخدمية. فالبعض تناول مفهوم جودة الخدمة من زاوية مدركات العميل لها حيث يرى أن جودة هي مدركات المشتري للخدمة المقدمة من قبل البائع، إلا أنه يتضح صعوبة قياس الإدراك لدى المشتري أو المستهلك نظرا لما يتضمنه من عوامل تتعلق بقيم الفرد وشخصيته واتجاهاته، وبالتالي فما يدركه أحد الأفراد على أنه خدمات ذات جودة عالية يدركه آخر غير ذلك، بالإضافة إلى ضرورة أن يعكس الإدراك الواقع بما يمكن من قياس المستوى الحقيقي لجودة الخدمة، إلا أن هذا لا يحدث دائما، فالإدراك قد يخلق عالم خاص بذهن الفرد يتأثر بجوانب شخصية مما يدعو إدارة المنظمة الخدمية التي تسعى لتحقيق الفاعلية أن تحقق التوافق الإدراكي لدى مختلف المستهلكين والذي يعني رؤية مختلف الأفراد للأشياء بنفس الطريقة، و بالتالي فإن مدركات العميل وحدها لا تعبر عن مستوى جودة الخدمة بل هناك ضرورة لأخذ توقعات العميل في الاعتبار، وفي هذا الصدد يذكر البعض تعريف جودة الخدمة

على أنها " التقييم الكلي لشركة خدمية معينة والذي ينتج عن مقارنة أداء هذه الشركة بالتوقعات العامة للمستهلكين عن أداء الشركات الأخرى في نفس الصناعة".¹

وقد ركز آخرون على أثر خصائص الخدمة على جودتها والتي تتحدد في ضوء مقارنة مدركات العميل لجودة الخدمة بتوقعاته عنها والفجوة بينهما.

وقد حاز مدخل توقعات الأداء أو المدركات على تأييد العديد من الكتاب، لاهتمامه بمدى تطابق مستوى الخدمة المقدمة مع توقعات المستهلكين وتحديد له ثلاثة أبعاد أساسية لجودة الخدمة وهي الجودة المادية وجودة المنظمة وما تتضمنه من صورة ذهنية للمنظمة لدى عملائها، وجودة التفاعل والتي تنتج عن العاملين مقدمي الخدمة والعملاء وبين العاملين وبعضهم البعض، بالإضافة إلى تركيز هذا المدخل على خمس محددات أساسية لجودة الخدمة (الجانب المادي أو الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، درجة التأكد من الخدمة، والجوانب العاطفية بالخدمة) والتي يمكن الاعتماد عليها كعناصر أساسية لقياس توقعات العميل عن الجودة مقارنة بمدركاته لها في العديد من الخدمات المختلفة.

وبالرغم من اتفاق العديد من الكتاب على تعريف مدخل التوقعات إلا أن البعض يرى أن هذا التعريف لا يختلف كثيرا عن التعريفات التي وردت عن جودة المنتج على أنها التطابق مع أو الزيادة عن توقعات المستهلكين، وبالتالي فهي لا تظهر الطبيعة الخاصة للخدمة، بالإضافة إلى عدم وضوح مفهوم التوقعات في حد ذاته فهل يقصد به تلك التنبؤات التي يكونها المستهلك مسبقا عما سيجده من مستوى الأداء الخاص بالخدمة، أم يقصد به الحاجات والرغبات التي يتوقع المستهلك إشباعها من الخدمة، ويؤيد ذلك اختلاف تعريف التوقعات في الدراسات الخاصة بالرضا عن الخدمة عنه في الدراسات الخاصة بجودة الخدمة، بالإضافة إلى أن قياس مستوى جودة الخدمة على أساس الفجوة بين توقعات المستهلكين ومدركاتهم للخدمة والذي يعرف بمقياس SERVQUAL والذي تم تطبيقه في العديد من الدراسات يواجه العديد من الانتقادات والتي تتعلق بصعوبة استخدامه نتيجة لاعتماده على توقعات المستهلكين أو لعدم إمكانية تعميمه على كافة الخدمات، إلا أن تعريف جودة الخدمة في ضوء توقعات المستهلكين يركز على تقييم الجودة من وجهة نظر المستهلكين، مما يمكن منظمة الخدمة من تحقيق ميزة تنافسية والتي تنتج عن ملاحظة التغيرات الرئيسية في الأسواق وتحديد توقعات العملاء وتوجيهها.

مما سبق يتضح الآتي:

¹ مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات، أطروحة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة القاهرة، 2001، ص 76.

- أن تحديد أبعاد جودة الخدمة يمثل الركيزة الأساسية لقياس مستوى جودة الخدمة التي تقدمها المنظمة الخدمية وأن تحديد هذه الأبعاد يختلف طبقاً لمفهوم الخدمة الذي يتم إتباعه.
- أن البعض ينظر إلى جودة الخدمة على أنها مستوى الأداء المدرك أو الفعلي الذي يدركه العميل لجودة الخدمة، إلا أن هذا يرتبط بمدركات العميل والتي تتسم بصعوبة القياس نظراً لعدم إمكانية تحديد مكونات عامة للإدراك والذي يختلف من فرد لآخر، ومن وقت لآخر لدى نفس الفرد.
- أن البعض الآخر ينظر لجودة الخدمة في ضوء توقعات المستهلك عن هذه الجودة وما يمثله اختلاف توقعات المستهلك عما يدركه من مستوى فعلي للجودة كفجوات لجودة الخدمة يجب على منظمة الخدمة التغلب عليها للارتقاء بمستوى جودتها، وبالرغم من عدم وضوح مفهوم التوقعات، وبالرغم من أن مفهوم التوقعات قد لا يظهر الطبيعة المميزة للخدمة عن المنتجات المادية، إلا أن مفهوم التوقعات عن الخدمة يقدم خمسة أبعاد أساسية لجودة الخدمة والتي يمكن الاعتماد عليها عند تحديد مستوى الجودة والتي لم يوفرها مفهوم الجودة المدركة للخدمة.
- أن تحديد أبعاد جودة الخدمة يجب أن يأخذ في الاعتبار كل من مفهوم الجودة المدركة وكذلك توقعات المستهلك عن هذه الجودة وذلك في ضوء الجوانب المختلفة للجودة والمتمثلة في الجانب الفني والجانب الوظيفي لجودة الخدمة، بما يعكس الطبيعة المميزة لها وما تلعبه تفاعلات الخدمة من تأثير وكذلك ما يلعبه العميل من دور على تحديد المستوى الفعلي للجودة بالمنظمة الخدمية.

1-2- تعريف جودة الخدمة الصحية:

لا شك أن أول ما شغل بال الإنسان منذ القديم هو صحته وعافيته وقد سعى من أجل ذلك للعلاج والوقاية حسب ظروفه وإمكاناته وعلمه، وعلى هذا يخطئ من يقول إن الحرص على الرعاية الصحية وجودة خدماتها هي من إنتاج القرن الحالي، لذا نحاول معرفة التطور التاريخي لمفهوم الجودة في الخدمات وإدارة الرعاية الصحية.

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد وبالضبط إلى قانون حمورابي ملك بابل، حيث يحتوي قانونه على أقدم تشريع عرفه الإنسان يتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية، كما تضمن قانون حمورابي بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب.

وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى، وفي عصر الإغريق طلب أبقرات من تلاميذه أن يقسموا (قسم أبقرات، أو قسم الطبيب) على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من الرعاية، وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل الميلاد وحتى عصرنا الحاضر.¹

وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام 1913م إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الرعاية الطبية من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية وإعداد الالتزام بما يعرف ببرتوكولات العلاج، هذا وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكيل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1951م والتي تابعت حركة تحسين الجودة في المستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المنظمات الصحية، وتتابع جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها لتصل إلى أهم أعمالها وهي فكرة معايير الجودة والتنوعية أو تأكيد الجودة في السبعينات والثمانينات من القرن الماضي.

في التسعينات من القرن الماضي انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال: ديمينغ وجوران وكروسبي، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية، يعد مفهوم جودة الرعاية الصحية مفهوماً متعدد الأبعاد والجوانب حيث إنه يرتبط بأحكام تقديرية عن ماهية الجودة ومكوناتها ومن جهتها قدمت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 1988م، أن جودة الخدمات والرعاية الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد.

أما الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية فقد قدمت تعريفها بهذا الشكل: جودة الرعاية الصحية هي الأداء المناسب (وفق المعايير) للتدخلات المعروفة بسلامتها، والتي يمكن تحمل نفقاتها من قبل المجتمع المعني ولها تأثير إيجابي على معدلات الوفيات والإعاقة وسوء التغذية.

¹ - نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص-ص 166-167.

وعرفت منظمة الصحة العالمية الجودة الصحية بأنها: " التماشي مع المعايير والاتجاهات الصحيحة بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، الإعاقة وسوء التغذية".¹

كما عرفت جودة الخدمات الصحية على أنها: مجموعة من الأنشطة والوظائف والعمليات والتي يمثل الشق الرئيسي لنتائجها الجانب غير الملموس، والتي يتزامن وقت قيام طبيب أو مستشفى بإنتاجها مع وقت استهلاك مريض آخر أو مجموعة من المرضى لها من خلال الاتصالات المباشرة بين كل من الطرفين، وذلك سعياً وراء حل مشاكل الطرف الثاني الصحية (المريض)، وتحقيق أهداف الطرف الأول (الطبيب أو المستشفى).²

وهناك من ركز بتعريف جودة الرعاية الصحية على الزبون، فعرفت على أنها: التجاوب المستمر مع حاجات الزبون ومتطلباته (مشترى الخدمة/ المريض).³

أخيراً، ومن خلال التعاريف السابقة نستطيع القول إن جودة الرعاية الصحية هي الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة ضمن إطار اقتصادي معين وموازنة للمخاطر بالفوائد، بما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة، وبعبارة أخرى فجودة الرعاية الصحية من منظور إدارة الجودة الشاملة يتمثل في جودة الرعاية الفنية المقدمة للمريض، أي الجانب التقني، المعارف والمهارات التي تساهم في تقديم العلاج من أطباء وممرضين ومشغلي الأشعة والتحليل وغيرها والحرص الشديد على أن لا يعرض المريض لأية خطر محتمل سواء تعلق الأمر بالعدوى الاستشفائية أو غيرها، بالإضافة إلى جودة فن الرعاية المقدمة للمريض ويتعلق هذا العنصر بالعلاقات الإنسانية بين الطاقم العلاجي والمريض ومرافقيه أي قبول الخدمات من طرف المريض وأهله والرضا التام وإشباع حاجة المريض، وكذا العدالة في تقديم الخدمات وفعالية الأطراف المشتركة في العملية العلاجية وسهولة الحصول على الخدمات الصحية، دون إهمال التوازن في تخصيص الموارد والإمكانيات المتاحة، لا يمكن أن نتكلم عن جودة الخدمات الصحية دون الاهتمام بجودة المظهر الخارجي للمستشفى من بنايات وهياكل ومرافق ونظافة وتغذية وغيرها.

¹ غازي علي متروك البداينة، إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعية الحكومية (دراسة مقارنة بين مصر والأردن)، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2011، ص 28.

² - أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2006، ص 336.

³ - هيو كوش، إدارة الجودة الشاملة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمن استمرار الالتزام بها، ترجمة: طلال بن عايد الأحمد، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002، ص 18.

2- خصائص الخدمات الصحية:

لقد أجمع كثير من الباحثين على أن هناك مجموعة من الخصائص التي تميز الخدمات الصحية عن غيرها من السلع المادية، وتتمثل هذه الخصائص بصفة عامة في ما يلي: 1:

- **عدم الملموسية:** تتسم الخدمة الصحية، عكس السلع المادية الملموسة بأنها غير ملموسة، ولا يمكن إدراكها أو الإحساس بها أو تذوقها أو سماعها أو شمها قبل أن يتم تلقيها أو شرائها، وبالتالي فإن المريض لا يستطيع تحديد جودة الخدمة الصحية التي يطلبها ويتعرف على نتائجها والإحساس بها قبل أن يقوم بتلقيها.
- **عدم الانفصال بين وقت إنتاج الخدمة واستهلاكها:** يتم إنتاج الخدمة الصحية واستهلاكها معا وفي وقت واحد، بعكس السلع المادية التي يتطلب بعضها الإنتاج والتخزين والتوزيع ومن ثم الاستهلاك، وفي فترات متباعدة ومتفاوتة حسب نوع السلعة.
- **عدم التجانس:** إن الخدمات الصحية وإن تشابهت في ظاهرها عند تقديمها لمرضى متشابهين بنوعية المرض إلا أنها تختلف في واقع الأمر باختلاف المرضى أنفسهم ومقدم الخدمة ومكان أدائها وزمانها، فعند إجراء عملية جراحية معينة فأنها تختلف باختلاف الطبيب الذي يقوم بها وبحسب خبرته ومهارته وحسب الإمكانيات المادية المتاحة له، وحسب استجابة المريض للخدمة، وبالتالي فإن النتائج المترتبة عليها مختلفة.
- **عدم القابلية للتخزين:** تتسم الخدمات الصحية بأنها لا يمكن تخزينها إذ تستهلك بمجرد إنتاجها، وبالتالي فإنها تتسم بالفناء السريع، وعليه لا يوجد وسطاء لأداء هذه الخدمة، كما أن هذا الأمر وفي بعض الأحيان لا يمكن للمستشفيات الاستفادة القصوى من الإمكانيات المادية والبشرية لديها، ويرى الباحث أن أهمية هذه الخاصية تبرز وبشكل كبير في حالات تذبذب الطلب على الخدمة، فمن المعروف أن نسق الطلب على الخدمات غير ثابت، فهي تختلف باختلاف فصول السنة، كما تختلف في حالات وجود الكوارث ونحوهما.
- **تكامل العناصر:** تتصف الخدمات الصحية بأنها تتكون من مجموعة عناصر تكمل بعضها بعضا، ولا يمكن أداء خدمة معينة بمعزل عن بقية الخدمات الصحية الأخرى، فإجراء عملية جراحية لمريض

¹ - غازي علي متروك البداية ، مرجع سبق ذكره، ص- ص 29-30.

ما يتطلب توافر خدمات أخرى مثل خدمات الفحص والتشخيص والتمريض والتخدير والعلاج والفندقة وغيرها.

- **الاتصال بالمريض:** يشترط في تقديم أغلب الخدمات الصحية حضور المريض، وتدخله أحيانا كثيرة في طلب الخدمة وحسب الحاجة والحالة التي يكون عليها، فلا بد لمشتري الخدمة الصحية أن يتصل بمقدمها في كل مرة يريد الحصول عليها، مما يؤدي إلى الاتصال المباشر وزيادة سمة الارتباط بينهما، التي ترجع إلى ارتباط الخدمة بشخصية من يقدمها، حينئذ يصعب فصل كل منها عن الآخر، مما يجعل من غير الممكن أحيانا تقديم نمط متماثل من الخدمات، ويؤكد على خاصية عدم تجانس الخدمات.

مما سبق نستخلص بأن خصائص الخدمة الصحية لا تختلف كثيرا عن خصائص باقي الخدمات المقدمة في القطاعات الأخرى، إلا أن الاختلاف الواضح يكمن في طبيعة هذه الخدمات وما يترتب على نتائجها من آثار على صحة الإنسان وحياته.

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية.

الجودة مفهوم شامل ومتعدد الأشكال والأوجه، وللجودة أبعاد تتباين بالأهمية حسب المتغيرات البيئية والاجتماعية والاقتصادية ومتغيرات أخرى تحيط بالجودة، وتتركز نشاطات الجودة حول أحد الأبعاد التالية أو حول أكثر من بعد من هذه الأبعاد، وعلى أن تتلاءم هذه الأبعاد مع الرعاية الصحية والسريية، والخدمات الإدارية والخدمات الطبية والإدارية المساندة وتشمل أبعاد الجودة ما يلي:¹

1- الكفاءة الفنية: والكفاءة الفنية تعني المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمة الصحية والإداريين وكفاءة الكوادر الطبية المساندة.

وهي بالنسبة للكوادر الطبية تعني القدرة على أداء جميع مستويات الخدمات الطبية وأن يكون مستوى الأداء مطابق للمعايير والمواصفات الفنية المطلوبة.

وهي تعكس أيضا توفر الكوادر الطبية والتمريضية ذات الكفاءة العالية والقادرة على تقديم الخدمة بصورة مميزة وفي هذا السياق فإن الكفاءة الفنية ترتبط بالوصف الوظيفي فمثلا الكفاءة الفنية للتمريض تختلف تماما عن الكفاءة الفنية للصيدلي أو الطبيب.

¹ - صلاح محمود نياض، إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن، 2010، ص40.

2- سهولة الوصول للخدمة: ويطلق عليه أيضا بعد المصدقية والثقة، وهي تعني عدم وجود عوائق جغرافية أو اجتماعية أو مالية أو مؤسسية تحول دون وصول الإنسان المحتاج للخدمة الطبية من الوصول إليها.

والوصول الجغرافي يقاس بتوفر المواصلات وعدم وجود عوائق جغرافية أو طبيعية للوصول للخدمة أو أن تكون المسافة طويلة أو قصيرة وكذلك الوقت اللازم للوصول إلى الخدمة الطبية.

بالإضافة إلى أن هذا البعد يعكس مدى التزام الكادر الطبي والتمريضي بمواعيد العمليات والعلاج وإعطاء المريض ما يحتاجه من خدمات ترفيهية أو طبية.

أما الوصول المالي فهي تقاس بقدرة الإنسان على شراء الخدمة الطبية أو القدرة على الدفع مقابل الخدمة الصحية المقدمة له، أما الوصول الاجتماعي فيعني قبول المراجعين للخدمة الصحية المقدمة التي لا تتعارض مع القيم والمعتقدات والتقاليد، فمثلا بعض الخدمات النسائية والتوليد قد تكون مرفوضة في بعض المجتمعات وهي نفسها مقبولة في مجتمعات أخرى.

أما الوصول المؤسسي يعني طبيعة النظام المطبق والمستخدم في المؤسسة الصحية لاستقبال المرضى المراجعين بالنسبة لعدد ساعات العمل أو طبيعة النظام المستخدم للمعالجة والإدخال، وأحيانا يعني وضوح الخدمة وأساليب تقديمها، والوصول اللغوي يعني توفير الخدمات الطبية للمرضى والمراجعين بشكل واضح وبأسلوب يمكن المريض من فهم المشكلة التي يعاني منها دون لبس أو غموض.

3- الفاعلية والتأثير: ويطلق عليه أحيانا بعد الاستجابة، ويعكس قدرة المستشفى على تلبية الحاجات المستعجلة بشكل سريع دون أن تؤثر هذه السرعة على نوعية الخدمات المقدمة.

وهي تعني قياس النتائج المراد تحقيقها، أو بمعنى آخر هل الإجراء الطبي المستخدم يحقق فعلا ما نريد تحقيقه من أهداف صحية أو طبية.¹

ويمكن قياس الفاعلية من خلال قسمة الناتج على المدخلات، وكلما كانت النتيجة عالية كلما كانت الفاعلية كبيرة والعكس صحيح.

4- بعد التعاطف: ويعني العلاقة الجيدة بين الأفراد، حيث يقيس هذا البعد التفاعل بين المراجعين (المرضى) والفريق الصحي، لأن العلاقة الجيدة بين المجتمع والإداريين والفنيين في المؤسسة الصحية من جانب والفريق الصحي من جانب آخر تبعث على الثقة والاحترام والاستجابة وتساوم في إنجاح المشورة الطبية واستجابة المرضى للتعليمات الطبية، وتضعف فاعلية الخدمة الصحية، ويعكس هذا البعد أيضا قدرة الأطباء والمرضى على التحدث مع المريض بأسلوب جيد يبعث الأمل والطمأنينة في نفس المريض.

¹ - ياسر المنصور، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني -دراسة ميدانية مقارنة، أطروحة دكتوراه، جامعة بغداد، 1997، ص56.

5- **بعد الاعتمادية:** ويعني تقديم أفضل رعاية صحية للمريض من خلال تحقيق أعلى منفعة ممكنة ضمن الموارد المتاحة، وتؤثر الكفاءة على ناتج الخدمة وكلفتها وخاصة أن الموارد الصحية عادة محدودة وتتطلب تقديم الخدمات الضرورية والصحيحة وتجنب أي خدمات ليست ضرورية أو ذات مخاطر عالية، وعلى إدارة المستشفى أو المؤسسة الصحية اختيار برامج الجودة المناسبة لتلك المؤسسة وفي نفس الوقت تحقيق أكبر فائدة بالمقارنة مع التكاليف المدفوعة، وتعني أيضا الخدمات الطبية والتمريضية المقدمة للمريض مع ما يدفعه المريض مقابل تلك الخدمات، بالإضافة إلى إمكانية حصول المريض على بعض المنافع الإضافية نتيجة زيادة الدفع.¹

6- **بعد الاستمرارية:** ويقصد به تقديم جميع الخدمات الطبية الضرورية، دون انقطاع وبشكل مستمر أو إعادة غير ضرورية للتشخيص أو العلاج، وتعني الاستمرارية أيضا مراجعة المريض الواحد نفس الطبيب دائما، وبذلك يكون الطبيب على معرفة تامة بالسيرة المرضية لذلك المريض، وتعني أيضا الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة تمكن الطبيب الجديد من معرفة السيرة المرضية للمرضى ومتابعة علاجهم، وتعتبر الاستمرارية ضرورية وانقطاعها يعرض الرعاية الصحية للخطر وتدني مستوى الجودة، مما يؤدي أحيانا إلى سوء فهم في العلاقة بين الطبيب والمريض.

7- **بعد الأمن والسلامة الصحية:** تعني تقليل خطر التعرض للإصابات والالتهابات وكذلك الأعراض الجانبية أو أي أخطار متعلقة بالخدمات الطبية وتشمل هذه الإجراءات المريض، والطبيب وكافة أعضاء مقدمي الخدمة، وهي تعني أيضا شعور المريض بالأمن وحمايته أثناء وجوده في المستشفى.

8- **بعد الكماليات:** ويطلق عليه أيضا بعد المحيط المادي، وتعني مقومات الخدمات التي ليس لها علاقة بالإجراءات الطبية ولكنها تزيد من رضا المرضى وإقبالهم على الخدمات الطبية التي تقدمها المؤسسة الصحية وكذلك استعداد المرضى لدفع الثمن المطلوب لقاء الخدمات الطبية المقدمة وتشمل الكماليات شكل البناء الخارجي، ووسائل الراحة، والخصوصية، وتوفير أجهزة التلفاز والفيديو.²

المطلب الثالث: أهمية جودة الخدمة الصحية والعوامل المؤثر فيها:

1- أهمية جودة الخدمة الصحية:

لقد حددت أربعة أسباب أساسية لأهمية جودة الخدمة الصحية:³

- **نمو مجال الخدمة:** تزايدت أعداد المنظمات الصحية التي تقدم الخدمات أكثر من أي وقت مضى، فعلى سبيل المثال يتعلق نشاط نصف منظمات الأعمال التجارية الأمريكية بالخدمات، إضافة إلى أن نمو المنظمات المتصلة بالخدمات الصحية سريعا ومازال مستمرا بالتوسع.

1 - خيضر حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص 87.

2 - نداء الشاهين، المواصفات الدولية ISO9000، الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر، دمشق، سوريا، 2001، ص 75.

3 - مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 194.

- **ازدياد المنافسة:** إن بقاء المنظمات الصحية، يعتمد على حصولها على القدر الكافي من المنافسة، لذلك فإن توفر جودة عالية للخدمة الصحية في هذه المنظمات يوفر لها العديد من المزايا التنافسية.
- **الفهم الأكبر للزبائن:** أن تتم معاملة الزبائن بصورة جيدة فهم لا يرغبون بالتعامل مع المنظمات التي تركز على الخدمات فقط ولا يكفي تقديم خدمات ذات جودة وسعر معقول بدون توفر المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للزبائن وسلوكياتهم.
- **المدلول الاقتصادي لجودة خدمة الزبون:** أصبحت المنظمات الصحية تحرص في الوقت الحالي على ضرورة استمرار التعامل معها وتوسيع قاعدة زبائنهم، وهذا يعني أن المنظمات يجب أن لا تسعى فقط إلى اجتذاب زبائن وعملاء جدد، ولكنه يجب عليها أيضا أن تحافظ على الزبائن الحاليين ومن هنا تظهر الأهمية القصوى لجودة خدمة الزبائن من أجل ضمان ذلك.

2- العوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية:

- في هذا الإطار ذكرت العديد من العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية نذكر منها:¹
- ازدياد أعداد المسنين من السكان: وهذا يتطلب زيادة حاجتهم للرعاية الصحية، وزيادة أوقات بقائهم بالمستشفيات بسبب الأمراض المزمنة.
 - التطور التقني السريع في الأجهزة والمعدات الطبية.
 - ازدياد تكلفة اليد العاملة الإجمالية: زيادة هذه التكلفة بسبب زيادة التخصص والحاجة إلى استخدام عاملين ذوي مؤهلات وخبرات عالية.
 - اختلاف أنماط الممارسات الطبية: أثبتت الدراسات وجود اختلاف في أنماط وأساليب الممارسات الطبية مما أدى إلى تفاوت درجة الثقة في جودتها.
 - زيادة وعي المرضى وتوقعاتهم وطلبهم لمستويات أعلى من جودة الخدمة الطبية: فزبائن المستشفيات من المثقفين بصورة خاصة يطلبون إجراء تحسينات في مجالات معينة مثل: فترات انتظار أقل، نسبة أخطاء أقل، دقة وسرعة في الإجراءات ونحو ذلك.
 - الرغبة في زيادة الأرباح: فالرغبة في زيادة الأرباح قد أدت إلى زيادة الاهتمام بالجودة لكسب مزيد من المرضى.
 - النواحي النظامية: أصبح من الضروري تطبيق نظام إدارة الجودة الصحية في المستشفيات لتسهيل مهمتها في الحصول على الجوائز العالمية، والانضمام إلى الهيئات العالمية على سبيل المثال يتعين على المستشفيات التي ترغب في الانضمام إلى الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية وكندا أن تطبق أولا أساليب إدارة الجودة الشاملة، وذلك لتحصيل على خدمات هذه الهيئة العالمية المتخصصة.

¹ - غازي علي متروك البداينة ، مرجع سبق ذكره، ص 34.

المطلب الرابع: مداخل قياس جودة الخدمة الصحية.

تعرضت عملية قياس جودة الخدمة في السنوات الأخيرة إلى جدال كبير من خلال العديد من البحوث والدراسات المتخصصة في هذا الصدد، وذلك بغرض البحث عن النموذج المناسب للقياس من خلال الأبعاد والعناصر المعبرة عن جودة الخدمة، وبالرغم من التطور الهائل الذي حدث في المقاييس المستخدمة في مجال جودة السلع ما زالت العملية في قطاع الخدمات بما في ذلك الخدمات الصحية غاية في الصعوبة ويرجع ذلك للعديد من الأسباب أهمها:¹

- انخفاض في مستوى التنافس في سوق الخدمات، خاصة الخدمات الصحية.
- صعوبة قياس جودة الخدمة إذ أن مستوياتها يختلف من جهة نظر الزبون والإدارة وبالتالي صعوبة الوصول إلى مفهوم موحد لقياس الجودة.
- تتوقف جودة الخدمة على درجة مشاركة الزبون وقدرته على توفير المعلومات الدقيقة التي تساعد مقدمي الخدمة على تحديد احتياجات كل زبون ومحاولة الوفاء بها، لكن عدم وعي بعض الزبائن قد يحول دون ذلك.
- عملية الحكم على جودة الخدمات يتم وفق الأسلوب الذي تؤدي به وليس وفق معايير تتعلق بالخدمات ومكوناتها.

في هذا السياق توجد العديد من المداخل لقياس جودة الخدمة الصحية، أهمها:

1- مداخل قياس جودة الخدمة الصحية من منظور المرضى: من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات في هذا المدخل ما يلي:

1-1- مقياس عدد الشكاوى: يمثل عدد الشكاوى التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع توقعاتهم لها، وهذا المقياس يمكن المؤسسات الصحية من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى.

ومما تجدر الإشارة إليه أن المؤسسات التي يكون لديها توجه بالعمل تتجاوب بشدة مع شكاوى عملائها، بل وتذهب إلى أبعد من ذلك، إذ أنها تحاول البحث عن شكاوى لأن عدم وجود شكاوى من العملاء لا يعني بالضرورة وجود مستوى عالي من رضا العملاء، وذلك أن الوسائل المتبعة لإعطاء العملاء

¹ - عائشة واله، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، مذكرة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة الجزائر، 2011، ص 73.

فرص تثبيت رضاهم عن الخدمة قد لا تكون كافية، كما أنه ينبغي الأخذ بالاعتبار أن هناك ما يسمى بالأغلبية الصامتة من العملاء والذين ليسوا على استعداد لتقديم أي شكوى مهما كانت الظروف.¹

وينقسم العملاء من حيث الشكاوى إلى العديد من الأنواع أهمها:²

- **العميل الصامت:** بشكل عام هذا النوع من العملاء لا يشتكي بغض النظر عن معاناته من الأخطاء، ولا ينبغي العمل على إغرائه من أجل تقديم الشكوى.
- **العميل دائم الشكوى:** يشكو دائما بحق أو بدون حق، ولا يكون راضيا أبدا عن الخدمة، وهناك دائما من وجهة نظره أخطاء.
- **العميل الموضوعي:** هذا العميل لا يشكو إلا إذا كان هناك مبررا لشكواه، فهو يهتم بالنتائج وحل المشاكل ولا تهمه الأعذار.
- **العميل المستقل:** يهدف إلى الحصول على مزايا إضافية من تقديم شكواه، فهدفه، الرئيسي ليس حل المشاكل.

1-2- مقياس الرضا: وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات، وذلك من خلال جمع المعلومات عن المريض، وهناك طرق عديدة لجمع المعلومات منها، المقابلة والاستمارة والملاحظة، إلا أن الاستمارة تعتبر من أهم الأدوات المستخدمة في قياس مستوى رضا المرضى.

وقد يتحقق الرضا لدى المريض الخارج من المستشفى بعد تلقيه العلاج الطبي المناسب وقد لا يتحقق لذلك المريض المصاب بمرض مستعصم مهما كان الاهتمام والرعاية التي بذلت من أجله، ومع ذلك يجب أن يقوم مقدم الخدمة بالالتزام بالمعايير والأبعاد النوعية التي من شأنها أن تحقق الرضا أو حتى الحد الأدنى من الرضا لدى المريض، ويتضمن ذلك اهتماما ورعاية لاحتياجات المريض ورغباته من اللحظة الأولى لدخوله المستشفى واستقباله، مروراً بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات واستيفاء الرسوم ورعاية الطاقم التمريضي له، فضلا عن نوعية الخدمات الفندقية المقدمة، وانتهاء بإجراءات تصفية حسابات المريض و الأمانات، وإعطائه التعليمات والإرشادات الصحية وخروجه من المستشفى.

وعليه فإن جوهر الجودة يتمثل هنا في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى

1 - نبيلة كحيل، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة فلسطينية، 2009، ص 94.
2 - قاسم نايف علوان المحيلوي، إدارة الجودة في الخدمات - مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006، ص 97.

حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بالآتي:

الرضا ≤ الإدراك - التوقع

فدرجة الرضا تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة.¹

3-1- مقياس الفجوة (نموذج Servqual): يستند إلى توقعات المرضى لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات، وذلك باستخدام الأبعاد الثمانية الممثلة لمظاهر جودة الخدمة والمشار إليها سابقا.

عند التحدث عن هذا المدخل لا بد من التطرق إلى مفهومين أساسيين يتقابلان لتحديد الفجوة في جودة الخدمة الصحية وهما:

- **توقعات المريض:** وهي المعايير أو النقطة المرجعية للأداء الناتجة عن خبرات التعامل مع الخدمة والقابلية للمقارنة، والتي تصاغ في شروط يعتقد المريض أن تكون في الخدمة أو سوف يحصل عليها.
 - **إدراكات المريض:** وهي النقطة التي يدرك بها المريض الخدمة فعليا كما قدمت له.
- وعليه فإن هذا النموذج يقوم على معادلة أساسية ذات طرفين هما الإدراكات والتوقعات ويمكن التعبير عنها بما يلي:²

جودة الخدمة الصحية = الخدمة المدركة - توقعات المريض

وذلك لقياس خمس فجوات هامة تتعلق بكل من مؤسسة الخدمة الصحية، وبالمريض وبالاثنتين معا، وتتلخص هذه الفجوات في التالي:³

- **الفجوة الأولى:** وتنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين تقديرات الإدارة لهذه التوقعات، أي عجز الإدارة عن معرفة احتياجات ورغبات المرضى المتوقعة ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر:
- عدم اهتمام مؤسسات الخدمات الصحية بالاهتمام الكافي بالتعرف المستمر على توقعات المرضى.
- التقليل من شأن المرضى والإدعاء بأنهم أنفسهم لا يعرفون تماما ما الذي يجب أن يتوقعوه.
- **الفجوة الثانية:** وتنتج عن الاختلاف بين تقديرات الإدارة لتوقعات المرضى من الخدمة والمواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة ما يلي:

1 - تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 215.
 2 - سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزبادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص 19.
 3 - نبيلة كحيل، مرجع سبق ذكره، ص 96.

- عدم الالتزام بتطبيق مواصفات جودة الخدمة الصحية من قبل مقدميها.
- اعتقاد الإدارة في عدم جدوى تقديم جودة عالية للمرضى.
- **الفجوة الثالثة:** وتنتج عن الاختلاف بين مواصفات جودة أداء الخدمة والأداء الفعلي لهذه المواصفات، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة ما يلي:
 - تدني مستوى مهارات الأفراد القائمين على خدمة المريض.
 - عدم وضوح دور مقدمي الخدمة الصحية.
- **الفجوة الرابعة:** وتنتج عن الخلل في مصداقية مؤسسة الخدمة الصحية بين ما تعلنه من مستويات أداء الخدمة وما تقدمه فعلياً، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة نذكر:
 - قلة الاتصالات الجانبية بين أقسام مؤسسة الخدمة الصحية.
 - المبالغة في الوعود عن المستويات العالية للجودة.
- **الفجوة الخامسة:** وتنتج عن الاختلاف بين ما أدركه المرضى من مستويات أداء الخدمة وتوقعاتهم المسبقة لهذه المستويات، وهي نتاج واحد أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة.

1-4- مقترحات لتقليص الفجوات:

- تعلم ماذا يتوقع المرضى، تحويل المعلومات إلى عمل حقيقي، تحسين الاتصالات بين المستويات الإدارية ومقدم الخدمة.
- تحديد المعايير الدقيقة لنوعية الخدمة من خلال الالتزام بالتنوع، تدريب المدراء لجودة الخدمة والقيادة، الاستجابة للطرق الجديدة والحديثة لتقديم الخدمة، واستخدام التكنولوجيا، وبيان أهمية الخدمات التي يقدمها الأفراد العاملين وتحفيزهم.
- توضيح الأدوار، زيادة مهارة العاملين وقدراتهم في إنجاز الأعمال المطلوبة منهم وتطوير أساليب وطرق جذب واستقطاب العاملين من المهن الطبية والتمريضية.
- البحث عن مدخلات جديدة، وتطوير برامج ترويجية، وتحسين الثقافة التنظيمية ومصداقية الإعلان عن الخدمة المقدمة.¹

¹ صلاح محمود ذياب، عبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (منظور شامل)، دار الفكر، الأردن، الطبعة الأولى، 2012، ص 373.

2- المدخل الهيكلي:

ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية مثل عدد وفئات ومؤهلات منتجي ومقدمي خدمات الرعاية الطبية، والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة، وأسلوب تنظيمها وإدارتها.

ويعتبر مدخل القياس هذا جذاباً وميسراً للإداريين بسبب سهولة توفير المعلومات المطلوبة لتقييم من سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة، ويستند مدخل القياس هذا على افتراض أساسي وهو (إذا كان هيكل الرعاية جيداً فإن العمليات الملائمة سوف تتبع لهيكل، كما إن النتائج ستكون جيدة) وهذا ليس بالضرورة صحيحاً ورغم إن الاعتماد على المقاييس الهيكلية إذا ما أردنا حدوث عمليات جيدة.

3- مدخل العمليات:

ويشير هذا المدخل إلى الأنشطة والخدمات التي تم تقديمها لمريض أو محتوى الرعاية كعملية، ويتضمن ذلك تسلسل الأنشطة وتنسيقها، وقد تطور هذا المفهوم حيث فصل بين النواحي الفنية للرعاية والمهارات المرتبطة بالشخصية، في التعامل والتفاعل مع المرضى أو ما يسمى فن الرعاية.

ويعتبر هذا المدخل لقياس الجودة من المداخل الأكثر استعمالاً لسهولة تحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع المقاييس النتيجة النهائية حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمرضى، ويقوم هذا المدخل على تحديد قائمة مسبقة بالعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المرضى كما هي موثقة في السجلات الطبية للمرضى، والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو (إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة) ويؤخذ على هذا المدخل استعماله لما يسمى القائمة المحددة للأنشطة والإجراءات التي تشكل الرعاية الجيدة دون الأخذ بالاعتبار شدة المرض ونتائج الفحوصات المخبرية والتشخيصية الأخرى، ووجود أو غياب الأغراض المرضية، وبالتالي فإن هذا المدخل قد لا يعتبر الوسيلة الملائمة لقياس عملية الرعاية، كما أن الدراسات والأبحاث التي أشارت إلى وجود علاقة قوية بين عملية الرعاية والنتائج النهائية للرعاية هي قليلة جداً.

4- مدخل النتيجة النهائية

حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات الصافية التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي الآن ومستقبلاً كنتيجة لخدمات الرعاية الطبية، وهذه المقاييس لها جاذبية بسبب الصدق الظاهري لها، وحقبة الأمر أن هنالك عوامل كثيرة تؤثر على المستوى الصحي بجانب الرعاية الطبية كعوامل البيئة والوراثة والقيم والسلوك، ويستعمل هذا المدخل مجموعتين من مقاييس المخرجات وهي مؤشرات الوضع الصحي العام ومؤشرات الوضع الصحي الخاص بمرض محدد، ومن الأمثلة على المجموعة الأولى من المقاييس تحسن الأداء الجسدي المادي

للشخص، والأداء العاطفي والأداء الاجتماعي، ومواقف المرضى والتغير في السلوك المرتبط بالصحة، وهذه المقاييس يمكن أن تركز على إدراك الشخص (المريض) لمستوى صحته، أو على الرأي المهني للأطباء.¹

تجدر الإشارة إلى أن تقييم الأداء على مستوى وحدات العمل بالمستشفى يعتبر من المفاهيم الحديثة في إدارة المستشفيات، فلم يعد الأمر قاصراً على تقييم أداء العاملين، ذلك أن النظام المتكامل لإدارة المستشفيات يتطلب قياس مدى كفاءة وفعاليتها وحداتها الطبية والفنية والإدارية في القيام بالمهام المنوطة بها وتحقيق الأهداف أو القيام بالمسؤوليات الملقاة على عاتقها.

وما لا شك فيه أن تقييم أداء مختلف وحدات العمل بالمستشفى يتطلب صياغة مجموعة من المؤشرات والمقاييس لكل وحدة من هذه الوحدات في ضوء تحليل عمل كل منها واختصاصاتها الوظيفية.

ومن الجدير بالذكر أن مؤشرات الأداء هذه ليست بمعايير مباشرة لقياس جودة الأداء بقدر ما هي عدسات فاحصة وموضوعية تساعد في التعرف على ما إذا كان العمل الفعلي في مختلف وحدات العمل بالمستشفى يسير وفقاً للمسارات المرسومة لكل تخصص وظيفي.

ويهدف هذا الجزء إلى تزويد القيادات المسؤولة عن إدارة المستشفيات بنماذج وأمثلة لمؤشرات الأداء في مختلف الجوانب الطبية والمالية والإدارية بالمستشفى، ونظراً لاختلاف الهياكل التنظيمية ومكوناتها من مستشفى لآخر تبعاً لنوع المستشفى وجهة ملكيتها وتخصصها وحجمها، فسوف يتم ذكر هذه المؤشرات بشكل عام (طبي/مالي/ إداري) دون تخصيص لوحدة العمل أو مسمياتها التي قد تختلف من مستشفى لآخر، وبصفة خاصة في المجالات المالية والإدارية.²

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 398.

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، الطبعة الثانية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، بحوث ودراسات، مصر، 2014، ص 98.

المبحث الثالث: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

تعتبر الخدمة التي تقدمها مؤسسات الرعاية الصحية مخرجات غير ملموسة مما يلزم هذه المنظمات تقديم خدماتها إلى المجتمع قبل ظهور الحاجة إليها، وفي معظم الحالات يجب تقديم خدمات الرعاية آنيا حين الطلب عليها، وهذا ما يجعل عملية تقييم الخدمة غاية في الصعوبة في مثل هذه المؤسسات حيث يتطلب تقديم الخدمات وخاصة في المستشفيات حيث المنافسة الشديدة في ظل مؤسسات القطاع الخاص والعام بهدف تحقيق النجاح، ولتحقيق مثل هذا النجاح يتوجب أيضا على مؤسسات الرعاية الصحية بناء جدارتها التي تشمل على التكلفة المعقولة ومفردات الخدمة المتميزة مع التركيز الشديد على تأمين العلاقات الحميمة مع الزبائن.

المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية وأهميتها.

1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.

من الجدير بالذكر أن المؤسسات الصحية يجب أن تنظر إلى المرضى على أساس أنهم زبائنهم وهذا لوحده يجعل هذه المؤسسات تعمل على تشخيص حاجات ورغبات مثل هؤلاء الزبائن غير العاديين مما يدعو إلى إجراء التغيير في مجمل نظام الرعاية الصحية بالبلد، ومن هنا يتضح وجود بعض الخصوصية في مفهوم نظام إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الرعاية الصحية وتطبيقاتها حيث يمكن تعريف هذا النظام كالآتي:

- إدارة الجودة الشاملة عبارة عن الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغييرات في خصائص والصفات التي تجعل الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض والفنيون والمرضى على حد سواء) من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والزبائن الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية.
- أما التعريف الثاني فيدعو إلى أن الجودة في نظام الرعاية الصحية تعني تعظيم رضا المريض أولا وأخيرا بغض النظر ما إذا كانت مؤسسات الرعاية الصحية تعني تعظيم رضا المريض أولا وأخيرا بغض النظر ما إذا كانت مؤسسات الرعاية الصحية تحقق الربح أم الخسارة في تطبيقها لأنظمة وفعالية الرعاية.
- والتعرف الثالث الذي يرى بأن إدارة الجودة الشاملة تمثل الطريقة الإدارية المشتركة لكل من إدارة الجودة والتحسينات المستمرة، المفهوم اللذان يعملان بصورة متزامنة باعتبارهما فلسفة إدارية ونهج إداري.¹

¹ عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الثانية، 2010، ص 301.

- والتعريف الرابع حيث يرى سيد محمد جاد الرب أن الجودة الشاملة للخدمات الطبية تعني من وجهة نظره هي أقصى علاج ممكن في ضوء التقدم العلمي والطبي السائد.¹

- التعريف الخامس حيث يرى عدمان مريزق إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها: " خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى".²

ويمكن تلخيص التعاريف السابقة الذكر أعلاه، بالوظائف المتميزة التي غالباً ما تعرف بها الإدارة الجيدة، وهي كالآتي:

- تمكين كافة العاملين في نظام الرعاية الصحية والمدراء من تحليل وتحسين عمليات الخدمة.
- اعتماد المقادير التي تخص الخدمة المقدمة للأفراد على كونها الأسس التي تمثل جودة أدائهم.
- تطوير النهج أو المدخل المتعدد الوظائف الذي يجتاز حدود خطوط التنظيمات الإدارية والمهنية التقليدية.
- تأسيس الدافعية إلى التعاون في بناء المدخل المعتمد على قاعدة بيانات معقولة في عملية التحليل والتغيير في نظام الرعاية الصحية.

إن تفهم تطبيق أساليب إدارة الجودة الشاملة في قطاع الرعاية الصحية قد أدى إلى تطوير المداخل المختلفة في تفعيل ودفع تطبيقات إدارة الجودة الشاملة ضمن الثقافة المحلية للمنظمة، ولذلك فإن إدارة الجودة الشاملة تعرف على أنها " المدخل الإداري الذي يقوي ويعزز الرضا لدى جميع الأطراف في أنظمة الرعاية الصحية وهم المرضى والأطباء وجهاز التمريض والموردين وغيرهم من المساهمون في هذا النظام من خلال الجهود المبذولة من كافة عناصر قوة العمل لغرض تحقيق التحسينات المستمرة والمساهمة القوية للإدارة العليا وكذلك تمكين كافة العاملين وتحسين وسائل الاتصالات بينهم في تقديم خدمات الرعاية الصحية بصورة أفضل، كما يساهم مدخل إدارة الجودة الشاملة في تبسيط الإجراءات والعمليات والأنشطة بالإضافة إلى بناء استراتيجيات التركيز على الزبون (المريض) وتطبيق برامج التخطيط الفعالة بالإضافة إلى تنفيذ البرامج التدريبية الضرورية لكافة الأفراد العاملين في أنظمة الرعاية الصحية.

¹ سيد محمد جاد الرب، إدارة المستشفيات موضوعات إدارية متقدمة، مطبعة أكتوبر الهندسية، مصر، 2016، ص 178.
² عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الرابحة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2012، ص 63.

2- أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أهمية كبيرة تظهر فيما يلي:¹

- نمو مجال الخدمة: تزايدت أعداد المنظمات الصحية التي تقدم الخدمات أكثر من أي وقت مضى، فعلى سبيل المثال يتعلق نشاط نصف منظمات الأعمال التجارية الأمريكية بالخدمات، إضافة إلى أن نمو المنظمات المتصلة بالخدمات الصحية سريعا مازال مستمرا بالتوسع.
- ازدياد المنافسة: إن بقاء المنظمات الصحية، يعتمد على حصولها على القدر الكافي من المنافسة، لذلك فإن توفر جودة عالية للخدمة الصحية في هذه المنظمات يوفر لها العديد من المزايا التنافسية.
- الفهم الأكبر للزبائن: أن تتم معاملة الزبائن بصورة جيدة فهم لا يرغبون بالتعامل مع المنظمات التي تركز على الخدمة فقط ولا يكفي تقديم خدمات ذات جودة وسعر معقول بدون توفر المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للزبائن وسلوكياتهم.
- المدلول الاقتصادي لجودة خدمة الزبون: أصبحت المنظمات الصحية تحرص في الوقت الحالي على ضرورة استمرار التعامل معها وتوسيع قاعدة زبائنهم، وهذا يعني أن المنظمات يجب أن لا تسعى فقط إلى اجتذاب الزبائن الحاليين ومن هنا تظهر الأهمية القصوى لجودة خدمة الزبائن من أجل ضمان ذلك.

كما تكمن أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في منظمات الرعاية الصحية فيما يلي:²

- المنظمات راضية بدرجة أكبر عن جهود تحسين الجودة فيها.
- يحسن ارتباط الأطباء بالمنظمة التي يعملون بها.
- يمنح الموظفين صلاحيات أوسع لتحسين جهود الجودة فيها.
- التأثير الواضح في زيادة ربحية المنظمة وفي إنتاجها.
- التأثير الواضح في الاقتصاد في التكلفة.

¹ مأمون سليمان الدرادكة، مرجع سبق ذكره، ص 194.

² طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2004، ص 304.

المطلب الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول عدد مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تشكل إطاراً لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في أي منظمة، إلا أن هناك شبه إجماع بينهم حول مجموعة من المبادئ والمتمثلة في الآتي:

1- التركيز على العميل:

تتضمن كلمة عملاء في فلسفة إدارة الجودة الشاملة المرضى وذويهم والجهات التي تقدم الرعاية الصحية كالأطباء والمرضات والفنيين والجهات التي تتولى الدفع مقابل الخدمة المقدمة، ويشمل المفهوم المجتمع ككل، ووفقاً لهذا المفهوم فإن هناك فائدة كبيرة من التعرف على احتياجات العملاء من الخارج والداخل، ويعد فهم هذه الاحتياجات أساساً لتحسين الخدمة المقدمة، ولا بد من القيام وباستمرار بجمع المعلومات والبيانات التي تحدد توقعات واحتياجات الزبون، حتى تتمكن المنظمة من إشباع هذه الاحتياجات للاحتفاظ بزبائنها ولضمان بقائها واستمرارها، كما يتضمن هذا المبدأ الاستماع إلى مشكلات العميل وحلها.¹

2- التركيز على العميل كالتركيز على النتائج:

في أسلوب إدارة الجودة الشاملة لم يعد الحكم على جودة العمليات من خلال النتائج وحدها مقبولاً، بل يجب أن تمتد عمليات متابعة الجودة والتحكم فيها حتى العمليات الإدارية والإنتاجية، وتصميمها لتعطي نتائج بلا أخطاء، ففي إدارة الجودة الشاملة يتم استخدام النتائج المعيبة كرمز أو مؤشر لعدم الجودة في العمليات ذاتها، فالجودة الشاملة لا تقتصر على إنتاج سلع خالية من العيوب، بل إنها تمتد لمعالجة العيوب في عمليات الإنتاج نفسها.²

¹ حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، المجلد (40)، العدد (03)، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2000، ص 416.

² مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2016، ص 238.

3- اتخاذ القرارات بناء على الحقائق:

تعد عملية اتخاذ القرارات في المنظمة من الوظائف المستمرة والتي يمتد تأثيرها إلى أبعد بكثير من الموقع الذي يتم اتخاذ القرار فيه، وهذا يتطلب مشاركة فعالة وواسعة من جميع الأطراف ذات العلاقة، حيث إن ذلك كفيل بتوفير معلومات شاملة وكافية وحديثة تساعد في اتخاذ قرارات صائبة وسليمة، إن إشراك جميع الأعضاء في اتخاذ القرارات يؤدي إلى إنتاجية كبيرة، ومقاومة أقل للتغيير وشعور أكبر بالرضا، والقرارات الفعالة تركز ليس فقط على جمع البيانات بل تحليلها، ووضع الاستنتاجات في خدمة متخذي القرارات.¹

4- التحسين المستمر:

يعد التحسين المستمر عنصراً مهماً لتخفيض الانحرافات بأنواعها العامة والخاصة، التي تحدث في العمليات الإنتاجية مما يساعد في الحفاظ على جودة الأداء وزيادة الإنتاجية، وتعد عملية التحسين المستمر مسؤولية كل فرد في المنظمة، من خلال القيام بتحليل الطرق والإجراءات لتحسينها، والتقليل والحد من انحرافات السلبية وتقديم الحلول الإيجابية الكفيلة بالتغلب على هذه الانحرافات.²

5- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها:

يجب أثناء الرقابة على العمليات الحرص على الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، وذلك من خلال استخدام معايير محددة مسبقاً للقياس، بحيث يتم قياس جودة الخدمة الصحية المقدمة بدلاً من الاقتصار على استخدام المعايير بعد حدوث الأخطاء، وذلك لمنع حدوث أي خطأ مطلقاً.³

6- تعبئة وتحريك خبرات الموارد البشرية:

إن المسؤولية الجديدة التي ألقته إدارة الجودة الشاملة على عاتق الموارد البشرية تحت شعار الجودة مسؤولية الجميع تتطلب من القيادة الإدارية في المنظمة تعبئة وتحريك خبرات هذه الموارد، من خلال مشاركتهم في أعمال المنظمة، لاسيما أنهم يمثلون ثروة هائلة من المعرفة والفرص لتحسين طريقة أداء العمل، وزيادة الإنتاجية، وتخفيض التكاليف.⁴

¹ حسن البلاوي، الجودة الشاملة في التعليم، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة، عمان، الأردن، 2010، ص 29.
² يوسف الطائي، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009، ص 199.
³ مصطفى يوسف، مرجع سبق ذكره، ص 239.
⁴ المرجع نفسه، ص 239.

7- التغذية العكسية:

إن هذا المبدأ يسمح للمبادئ السابقة أن تحقق النتائج المطلوبة منها، حيث تلعب الاتصالات في هذا المبدأ الدور الرئيسي لأي منتج أو خدمة، فالنجاح في الحصول على التغذية العكسية والأمانة والتي تتحقق في الوقت الملائم تعتبر من العوامل الأساسية التي تسهم في تمهيد وزيادة فرص النجاح والإبداع ، وهذا لا يتم إلا من خلال التغذية العكسية، التي تفيد المنظمة بآراء العملاء الداخليين والخارجيين وأفراد المجتمع في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

أما فيما يتعلق بإدارة الجودة الشاملة في المستشفيات فإنها لا تختلف في الجوهر عن ما هو معروف ومعتمد في المؤسسات الصناعية، فاختلاف الكتاب والباحثين حول عدد هذه المبادئ إنما هو ظاهري فقط، يرجع إلى دمج بعض المبادئ مع بعضها أو التركيز على بعض هذه المبادئ باعتبارها مبادئ أساسية تجب بعضاً من المبادئ الأخرى.

فيمكن تلخيصها أهم المبادئ الأساسية في نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات في الآتي:

- التركيز على المريض وتحسين الخدمة الصحية؛
- مشاركة العاملين في تطوير خطط العمل؛
- تكوين فرق العمل الفعالة؛
- التركيز على العمليات؛
- التحسين المستمر للجودة؛
- الاعتماد على الحقائق والمعلومات عند تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية.

ويمكن إضافة مبدئين:

- دعم الإدارة العليا؛
- تحفيز القوى العاملة.¹

¹ مصطفى يوسف، المرجع السابق، ص240.

المطلب الثالث: الخطوات التي يجب إتباعها لإدخال نظم الجودة للمستشفيات.

إن إدخال الجودة بأي مستشفى هو عملية متسلسلة تعتمد عناصرها على بعضها البعض فلا يمكن الانتقال أو القفز لعنصر دون تحقيق العنصر الذي يسبقه، وتمثل خطوات إدخال الجودة في الآتي:¹

تكوين هياكل الجودة: والتي تشمل على:

- مجلس الجودة: حيث يعتبر السلطة العليا بالمركز الاستشفائي مهمته إدخال نظم وبرامج الجودة وذلك بوضع السياسات العامة وإجازة الخطط السنوية والإشراف على تطبيق البرامج وإزالة كل الصعوبات والمعوقات التي تعترض سير أنشطة الجودة بالمستشفى، وهو يقابله حالياً مجلس الإدارة، يتم تكوين مجلس الجودة بالمركز الاستشفائي بقرار من المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي ويتكون أعضاؤه من: المدير العام رئيساً. مدير الجودة مقررًا. الأمين العام عضواً. رؤساء الأقسام الطبية أعضاء. رؤساء الأقسام الإدارية أعضاء أي المديرين. رؤساء اللجان المساعدة أعضاء. كل الاختصاصيين الحاصلين على درجة الأستاذية أعضاء، ونجدهم على مستوى المصالح الطبية والجراحية والتقنية، كرؤساء وحدات.
- مكتب الجودة بالمستشفى: يمثل مكتب الجودة الأداة الفعلية لتنفيذ سياسات وخطط مجلس الجودة ويناط به تطبيق نظم وبرامج الجودة.
- اللجان المساعدة: تقدم خطة سنوية عن برامج الجودة المراد تطبيقها بالمستشفى.
- وضع خطة تفصيلية للعمل.
- وضع النظم والإجراءات والتجهيزات اللازمة للتطبيق.
- التوعية ونشر المفهوم ورفع وعي العاملين بأهمية تطبيق الجودة.
- توفير كافة الوثائق في أماكن التطبيق وشرحها للعاملين.
- الاحتفال ببدء التطبيق.
- التطبيق الكلي والجزئي.
- عمل تدقيق ومراجعة داخلية.
- عمل متابعة دورية للتحسين المستمر بعد دراسة نتائج التدقيق والمراجعة.

¹ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، مرجع سبق ذكره، ص 219.

- طلب الاعتماد والإشهار الخارجي، ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلا المعايير المتضمنة في أدلة الاعتماد هي:

- جزء يتعلق بالمريض من حيث الحقوق والرعاية والتثقيف ورأيه.
- جزء يتعلق بوظائف المستشفى الأداء والبيئة والرعاية والموارد البشرية وإدارة المعلومات والمراقبة والمتابعة وضبط عدوى المستشفيات.
- جزء يتعلق بالأداء لكل من الإدارة والطاقم الطبي وشبه الطبي.

وهي على نفس الشكل تقريبا في كل الدول التي تطبق هذا المدخل على غرار إنجلترا وإسبانيا وفرنسا وكندا، وبالتالي يمكن طلب الاعتماد حين توفر هذه الشروط والتقييد بها.

المطلب الرابع: عوامل نجاح إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وفوائد تطبيقها.

هناك العديد من العوامل تساهم في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يمكن إجمالها

فيما يلي:¹

- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية مزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة.
- يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا هذا النظام خاصة بالنسبة لهم.
- يجب أن تتوقع الإدارة في المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام، وكلما تفهم الجميع أهمية النظام كلما انخفضت حدة وحجم المقاومة.
- ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما به من مزايا وفوائد.
- يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية.
- إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاما بديلا للنظم السائدة، ولكنه أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل إلى حيث نهايته ومنع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد.

¹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص183.

- لنجاح تطبيق النظام تحتاج المنظمة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:
 - الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة أو المتعاملين معها (مرضى، جمهور خارجي، موردون).
 - نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد من الوحدة الصحية.
 - فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم نظام الجودة وعملية اتخاذ القرارات.
 - نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.
 - نظام واضح محدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.
- يمكن للوحدة أو المنظمة الطبية البدء في تطبيق نظام الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة.
- تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المنظمات الصحية الخاصة حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ الملائم وحرية اتخاذ القرار.
- يحتاج النظام قبل تطبيقه إلى دورات تدريبية مكثفة، وأيضاً إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في هذا المجال خاصة المنظمات المماثلة في تقديم الخدمات مثل شركات الطيران وأيضاً المنظمات المتقدمة في الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية واليابان.
- كما أن هناك فوائد ملموسة وغير ملموسة لكل من مقدمي الرعاية الصحية والمستفيدين على حد سواء ومن هذه الفوائد:¹

1- تحسين معنويات العاملين:

هناك جانب أساسي في إدارة الجودة الشاملة يتمثل في مشاركة العامل في صنع القرار المتعلق بالعمل، حيث يتم تشجيع العاملين على المشاركة في اتخاذ القرارات، واقتراح الحلول المناسبة للمشكلات، مما يساعد على إطلاق الطاقة الفنية الكامنة لديهم، وبالتالي تحسين مركز المنشأة، بالإضافة إلى أن إدارة الجودة توفر للعاملين فرصاً فعلية لإجراء التحسينات على مختلف مجالات أعمالهم.

¹ نجات عيسى سالم الكبيت، فعالية تطبيق نظام فرق العمل في ظل نظام إدارة الجودة الشاملة بمستشفيات وزارة الصحة برأس الخيمة بدولة الإمارات العربية المتحدة، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال غير منشورة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2005، ص-ص 144-145.

إن تشجيع العاملين على المشاركة الفعالة في تحديد المشكلات والتغلب عليها يؤدي إلى زيادة رضاهم ويرفع معنوياتهم، كما أنه عندما يصبح العاملون شركاء في إدارة الجودة ويعملون بروح الفريق الواحد فإن الإنتاجية تزيد بصورة أكبر.

2- تحسين مستوى الإنتاجية:

إن الهدف من إدارة الجودة هو تحسين جودة الرعاية الصحية والخدمات الأخرى التي يوفرها المستشفى، وأيضاً الاستخدام الأمثل للموارد المالية والاستفادة من النظم الحديثة في المجال الطبي، وتقليل نفقات الرعاية الصحية وتشجيع الإدارة على تقويم جودة الإنتاجية وكميتها حتى تصل إلى المستوى الذي يتوافق وأهداف المستشفى ومعاييرها عن طريق التقويم والمتابعة الموضوعية المنهجية للجودة، ومدى ملائمة الرعاية المقدمة والبحث الدائم عن الفرص التي يمكن من خلالها تحسين مستوى الرعاية وحل ما يتم اكتشافه من مشكلات، لذا فإن هذا النظام يسعى لإيجاد واستخدام آليات فعالة لمراجعة وتقييم نظام الرعاية الصحية ونتائجه والجوانب والعمليات التي تؤثر عليها، واقتراح الإجراءات التصحيحية المناسبة التي ينبغي اتخاذها بشأن ما يتم التوصل إليه من نتائج نهائية، ولن يتم إنجاز ذلك كله إلا بتنسيق جهود الإدارة والهيئة الطبية وهيئة التمريض والأجهزة المساعدة وأقسام المستشفى كافة والعمل بروح الفريق.

كما يركز نظام إدارة الجودة على توفير مجموعة من المبادئ التوجيهية والقواعد الإرشادية المتعلقة بضمان الجودة وإدارة المخاطر، وتقوم الإدارة بصورة موضوعية بتقويم جودة ومدى مناسبة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى لضمان الحفاظ على مستوى عالٍ من جودة الخدمات على مستوى جميع إدارات وأقسام المستشفى، وتعمل إدارة الجودة على زيادة الإنتاجية والثقة والالتزام من قبل جميع المستويات في المستشفى، أيضاً أن المنظمة التي تطبق نظام الجودة الشاملة تسعى إلى تقليل الأخطاء وانخفاض تكرار العمل وتقليل الوقت والجهد الضائع وتقليل تكلفه المخزون، وفي النهاية حصولها على مستويات إنتاجية أحسن من الناحية الإدارية والمالية والإكلينيكية.

3- الرضا المتزايد للعميل الخارجي والداخلي:

من الأهداف الأساسية لإدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة أفضل للعميل تتناسب مع متطلباته وتوقعاته، لذا فإن نتيجة عمليات تحسين الجودة تكون في النهاية رضا العميل، وتحوز المنظمات على رضا العميل من خلال الجهود المتמاسكة التي يبذلها كل فرد لكسب رضا العملاء، ويمكن ترجمة تضافر جهود العاملين وإخلاصهم في العمل إلى

زيادة الثقة من قبل العملاء عندما يرون تحقيق رغباتهم فيما يتعلق بجودة الخدمات، إن العملاء الذين يجدون الخدمة والمنتجات بمستوى جودة عالية سوف يكررون زيارتهم وكذلك يحسنون من سمعة المنظمة إداريا وإكلينيكيًا في البيئة المحيطة بهم مما يسهم في زيادة فعالية تسويق خدمات المنظمات وأيضًا سيتغاضون عن الأخطاء التي يتعرض لها كل إنسان والتي يتوقع حدوثها في أغلب المجالات، إن نظام إدارة الجودة يسعى دائمًا إلى طمأنة المجتمع الذي يخدمه هذا المستشفى على أن الرعاية المقدمة هي أفضل ما يمكن تقديمه في ظل الموارد المتاحة للمستشفى، وذلك من خلال إيجاد برنامج منسق يغطي كافة إدارات وأقسام ونظم المستشفى ويعمل على استمرار تحسين ووجود رعاية صحية جيدة، هذه البرامج ستساعد في تحسين سمعة ومكانة المنظمة، فالسمعة هنا تشير على ما ينقله الآخرون عن المنظمة، أما مكانة المنظمة فتنعكس في كيفية رؤية العميل لها.

كما يمكن إجمال أهم المعوقات التي تحول دون التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فيما يلي:¹

- محدودية فهم المديرين فيما يتعلق بإدارة الجودة الشاملة وكيفية ارتباطها بفعالية المستشفى وكفاءته، وأن هذا النقص في الفهم سيؤدي إلى زيادة شكوكهم حول المزايا والفوائد التي يمكن إحرازها عند تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة، مما ينتج عنه افتقارهم إلى الدعم والمشاركة الشخصية.
- كذلك فإن الفهم القاصر لنظام إدارة الجودة الشاملة يجعل منه برنامج خاص كأى برنامج يمكن أن يكون له بداية ونهاية لكن في الواقع فإن إدارة الجودة الشاملة نظام وعملية متواصلة لا نهاية له يجعل من المستشفى أحسن وأقوى.
- إن عدم وضع سياسة سليمة لبرامج التدريب تقوم على أسس دراسة الاحتياجات التدريبية الفعلية سيؤدي إلى إخفاق عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة لما للتدريب من فوائد عديدة تسهم في رفع مستوى الأداء وصقل المعرفة والخبرة لدى العاملين.
- ومن الملاحظ أيضًا أنه تتم ممارسة التدريب في إدارة الجودة الشاملة على مستوى المنشأة قبل ظهور الرغبة أو الشعور بالحاجة إلى وجود نظام إدارة الجودة لشاملة، لذا فإنه يبدو لدى الموظفين عدم القدرة على تطبيق معرفتهم على البرامج الضرورية، وكذلك ينسون التفاصيل في الوقت الذي يواجهون فيه الحاجة الحقيقية لممارسة التدريب.

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، السعودية، 1997، ص-ص 122-123.

- الخطأ الشائع في تفسير مفهوم نظام إدارة الجودة الشاملة وعده نظام إداري للمراقبة إحصائيا فقط وكذلك تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بصورة ضيقة ومحدودة.
- في بعض المستشفيات يرجع تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى وجود مدير قوي لديه حماس وشجاعة ومعرفة بكيفية تطبيقها بحيث يوفر الجو المناسب والمناخ الداعم ويدعم تطبيق الأسلوب ماديا ومعنويا، وبمجرد انتقال أو تغيير إدارة المستشفى فإن ذلك يؤدي إلى توقف عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة مما يعيد المستشفى إلى وضعها السابق.
- يمكن تشجيع العاملين في بعض الأقسام التي تكون أهدافها محددة ونتائجها قابلة للقياس وذلك لدعم نجاح نظام إدارة الجودة الشاملة ولكن في الأقسام التي يصعب قياس نتائج أعمالها لا يمكن تحقيق هذا التشجيع.
- يعد نظام إدارة الجودة الشاملة من الأساليب المرغوبة من وجهة نظر اقتصادية، حيث أن تطبيقه يساعد على تقليل التكاليف، ويلاحظ أنه ليس من السهل تحويل هذا المفهوم إلى برامج قابلة للتطبيق، إذ أن الفشل في تقبل العاملين لمبادئ أسلوب إدارة الجودة الشاملة سيؤدي إلى فشل النظام.
- عدم توظيف الخبرات والمهارات المتوفرة في المستشفى كجزء هام وأساسي لعملية تحسين الجودة المستمرة، لعدم توثيقها للاستخدام في المستقبل ينتج عنه تكرار في أخطاء العاملين في المستشفى وانعدام توفر معايير لحالات النجاح في الأقسام الطبية وغير الطبية، كما أنه لم يكن هناك تدريب كاف على استخدام أدوات الجودة، وأن التدريب والتعليم الطبي المستمر غير كاف لقياس ومعايرة الأنشطة البسيطة والإجراءات التنظيمية.
- تتطلب مرحلة التطبيق الأولى لإدارة الجودة الشاملة في المستشفى التركيز على تأسيس الأنشطة وتحديد السياسات والإجراءات للأقسام الطبية وغير الطبية بدلا من تحسين تلك الأنشطة والسياسات المتوفرة، حيث أن تحويل النتائج إلى كميات وقياسها عند تحسين الأنشطة أحسن من تأسيسها، وأنه من الصعب وضع حوافز للعاملين خلال هذه النشاطات المبكرة.

المبحث الرابع: تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية

وهيئات منح شهادات الجودة للمنشآت الصحية.

تواجه المؤسسات الصحية في غالبية البلدان مشاكل عديدة ومعقدة وأحد أهم هذه المشاكل هي التكلفة المتصاعدة لهذه الخدمات والتسارع في زيادة هذه الكلفة بشكل أعلى بكثير من التزايد في كلفة الخدمات والسلع الأخرى، ولما كانت الخدمات الاستشفائية هي العنصر الأكثر كلفة بالمقارنة مع الخدمات الصحية الأخرى وأكثرها تصاعدا فلا بد من وضع المؤسسات الاستشفائية وخدماتها موضع اهتمام وتركيز إذا ما أريد ضبط مشكلة التصاعد المستمر في كلفة جودة الخدمات الصحية، ولحقيقة محدودية الموارد المتاحة للقطاع الصحي في الدول النامية لا بد من إيلاء هذه المشكلة أهمية خاصة.

المطلب الأول: تصنيف تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية.

تصنف تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أصناف رئيسية هي:

1- تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج: وهي الخطوات المتبعة للحد من الوقوع في الأخطاء، وعادة تبدأ في مراحل تحضيرية للمؤسسة الصحية، ويتعلق الأمر خاصة بتكاليف كل نشاط أو تدخل يهدف إلى تحسين جودة العلاج (تكوين الكوادر الصحية، نشاط فرق الجودة، طريقة العلاج، نشر توصيات الممارسة العيادية، شراء العتاد والتجهيزات المخصصة للوقاية من عيوب جودة العلاج).¹

2- تكاليف التقويم: وتشمل الوقت والتكاليف التي تتحملها الوحدة في عملية تحديد مدى المطابقة أو الموافقة بين أداء العاملين والمستوى المعياري المتفق عليه للخدمة الصحية،² وتتضمن ما يلي:³

- صيانة وفحص الأجهزة والمعدات المستخدمة.
- التدقيق وفحص المواد قبل شرائها.
- توثيق الإجراءات.
- رقابة وتقويم الأنشطة المختلفة.
- التفتيش اليومي الظاهر بواسطة ممرضة الجناح مثلا.

¹ Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé, **les coûts de qualité et de la non-qualité des Soins dans les établissements de la Santé : états des lieux et Propositions**, juillet 2004.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000463/index.shtml>

² هيو كوش، مرجع سبق ذكره، ص 223.

³ وفيق حلمي الأغا، **الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني**، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان، 2006، ص 3.

■ التدقيق والاعتماد والترخيص.

3- تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة والمعيبة: وتشمل نوعين من التكاليف:¹

- **تكلفة الخطأ الداخلي:** وتشمل تكلفة تصحيح الأعمال الخاطئة قبل وصولها إلى المريض أثناء عمليات

تقديم الخدمة، وتمثل التكلفة التي يمكن تجنبها مثل:

■ الضياع بكل أنواعه: مثل طلب اختبارات أو تحاليل أو أشعة غير ضرورية لحالة المريض.

■ فحص الاختبارات الخاطئة.

■ إعادة تأدية النشاطات غير الضرورية.

■ الوقت الضائع بكافة أنواعه.

■ إعادة الفحص والتصحيح.

- **تكلفة الخطأ الخارجي:** تحدد بعد تقديم الخدمات الخاطئة إلى المرضى، وهي تكتشف بواسطة المرضى،

وتشمل تكلفة تصحيح الأخطاء أو تخفيض الشعور السلبي لمنع انخفاض المانع في المستقبل، وتتضمن:

■ تكلفة الاستجابة لشكوى المرضى.

■ تكلفة فقدان المريض.

■ التكلفة المترتبة على مخاطر سوء التصرف كإجراء عملية جراحية خاطئة للمريض وتعويضه بعد ذلك

للنزيف أو الغيبوبة.

ويشجع مدخل إدارة الجودة الشاملة المؤسسات الصحية على زيادة الإنفاق على تكلفة منع الأخطاء

لأن الأنشطة المانعة تخفض من تكلفة كشف الأخطاء، وتكلفة الأعمال الخاطئة، وبالتالي يمكن تخفيض التكلفة

الإجمالية للجودة، ويساهم في ذلك التحسين المستمر لعمليات تقديم الخدمة كذلك توسيع جهودات التخطيط.

¹ ماجدة محمد عبد الحميد جبريل، إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة، رسالة مقدمة لكلية التجارة جامعة عين شمس للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، القاهرة، 2000، ص157.

انطلاقاً مما سبق تمثل تكلفة الوقاية والتقييم تكلفة الاستثمار في الجودة، بينما تكلفة الفشل أو الإخفاق تشكل تكلفة اللا جودة والتي تعتبر عامل خطير يصيب ثلاثة مستويات هي:¹

- **خطر أمن المريض:** فالمؤسسة الصحية لا يجب أن تكون مكان خطير نتيجة لجودة مناطق اللاجودة في سلسلة الإنتاج.

- **خطر على المؤسسة الصحية:** ويتمثل في مستويين:

■ **خطر اقتصادي:** حيث أن تخفيض عدد الأسرة يجعل السلطات الوصية تقوم بالاختيار بين المؤسسات الصحية، ويمكن لمواصفات الجودة أن تؤخذ بعين الاعتبار للحصول على ترخيص لتحديد الأسرة.

■ **خطر تجاري بالنسبة للمؤسسة الخاصة:** حيث يكون هدفها الربح مع احترام طلبات المرضى، ويمكن لأي تغير في الطلب أن ينتج عنه عدم ثقة المرضى في المؤسسة الصحية وتشوه سمعتها.

■ **خطر اجتماعي:** بالنسبة لمريض لم يتلقى العلاج بشكل جيد، ينتج عن ذلك توقعات متعددة عن العمل، ويمكن أن نضيف إلى التوقعات عن العمل، تكاليف أخرى متمثلة في أن أفراد أسرة المريض سوف يخصصون وقتاً وموارد لرعايته، وبالتالي فإن هؤلاء الأفراد قد يفقدون دخولا كان من الممكن الحصول عليها، إلى جانب ذلك قد يعاني أصحاب العمل الذين تعاني عمالتهم من سوء الصحة من انخفاض الإنتاجية.

وتضيف الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم في مجال الصحة عيوب جودة العلاج أو اللا جودة فيما يلي:²

■ سوء استعمال الموارد (نقص العلاج): والمرتبط بعدم توزيع العلاج، والذي كان من الممكن أن يؤدي إلى نتيجة إيجابية للمريض، ويتعلق الأمر مثلا بعدم علاج المرضى الذين لديهم الآلام، تأخر انطلاق العلاج قبل الولادة خلال الحمل.

■ الإفراط في استعمال الموارد: والمرتبط بتوزيع علاج تفوق آثاره السلبية آثاره الإيجابية الممكنة، ويتعلق الأمر مثلا بتوصيف مضاد حيوي عند الإصابة بالتهاب فيروسي أو استشفاء غير مناسب.

¹ Suzanne.Charvet-Protat, Agnès Jarlier, Nathalie Préaubert, **Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital**, <http://www.anaes.fr/anaes/publications.MSF/NPDFFILE/RA-LTLF-3YBL5S/File/cout.PDF>

² Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé, **les coûts de qualité et de la non qualité des Soins dans les établissements de la Santé : états des lieux et Propositions**, juillet 2004. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000463/index.shtml>

وينتج عن استعمال غير ملائم (الاستعمال المفرط أو سوء استعمال الموارد) حادث غير مرغوب قابل للتجنب، ويعرف الحادث الغير المرغوب بالحادث العيادي أو شبه العيادي الغير المرغوب من طرف المريض، ومرتبط بالعلاج (التشخيص، المعالجة والمراقبة).

المطلب الثاني: أسباب تضخم تكلفة الخدمة الصحية.

يمكن إرجاع تصاعد تكلفة الخدمة الصحية إلى الأسباب الرئيسية الأربعة التالية:¹

1- التغيير الكبير في طبيعة مخارجات المستشفيات:

- كثافة الخدمة.
- مدى الخدمة.
- الدرجة العالية من تقدم وتعقيد الخدمات الاستشفائية.
- النوعية العالية للخدمة:
- توظيف عناصر بشرية أكثر وأفضل تدريباً ومهارة.
- توظيف كم كبير من المدخلات المادية.

2- زيادة نصيب الفرد في استعمالية الخدمات الاستشفائية.

3- التضخم الاقتصادي العام والذي يؤثر على كافة السلع والخدمات.

4- النمو السكاني وتزايد معدل توقع الخدمات.

المطلب الثالث: طرق تقليل تكاليف المؤسسات الصحية.

ولتقليل تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية يمكن إتباع الخطوات التالية:²

1- تقليل فترة إقامة المريض: لقد أثبتت الدراسات أن وجود ملف طبي كامل للمريض يساعد في التعرف

على السجل التاريخي والمرضي للمريض، وبالتالي يتم التركيز على علاج الحالة دون الحاجة إلى إجراء

الفحوصات العامة، والتي لا بد أن يتضمنها الملف الطبي، وهذا كله ينتج عنه تخفيض يتراوح بين 15% و

و20% من فترة إقامة المريض.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 337.

² محمد بن إبراهيم التوجي، تطوير إدارة المستشفيات في الوطن العربي: أوراق عمل المؤتمر السنوي الخامس المنعقد في القاهرة ديسمبر 2006 تحت شعار بلوغ التميز في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007، ص ص170-171.

2- خفض المستلزمات الطبية: إن أكثر العناصر المؤثرة في رفع تكلفة المؤسسات الصحية هي المستلزمات الطبية، والتي غالباً ما يتم تقديمها جزافياً، ولا يتم قيدها عند صرفها للمريض وبالتالي فإن تكلفة المستلزمات يتم تغطيتها من هامش الربح، وهي ما يؤثر مباشرة في رفع التكلفة، وقد أثبتت الدراسات أن استخدام تكنولوجيا المعلومات والتي تقوم بتسجيل كافة المواد المنصرفة، يؤدي إلى تخفيض التكلفة بما يتراوح بين 25% و 40%.

3- تخفيض تكلفة الأدوية: إن إحكام الرقابة على صرف الأدوية وكمياتها يعتمد على تحديد ما يصرف فعلياً للمريض، وما هو مسجل بملفه الطبي، وما هو محدد في المواصفات القياسية لكل حالة، وبوجود نظام معلومات لمعرفة معدل استخدام كل صنف من الدواء وفترة توريده من الموردين يمكن التقليل من حجم المخزون من الدواء، واستخدامه عند الطلب دون الاحتفاظ به وقد يتعرض جزء من المخزون للتلف نتيجة انتهاء فترة صلاحية الدواء.

4- تخفيض تكلفة الأشعة: إن القوانين الصحية في كافة الدول تحدد فترة زمنية للاحتفاظ بأفلام الأشعة، بالإضافة إلى الأحماض المطلوبة وكذلك مغلفة الأشعة، ولا تغفل مرات تكرار الأشعة لعدم وضوحها أو لوجود اهتزاز في الصورة، كل هذه التكاليف يمكن اختصارها إذا تم الربط بين أجهزة الأشعة وأجهزة الحاسب، وبالتالي تقليل تكلفة كل من الأحماض والأفلام والمغلفات، بالإضافة إلى أماكن التخزين التي يمكن إعادة استغلالها في أغراض أخرى قد تدر إيرادات أخرى للمؤسسة.

5- الاستغلال الأمثل لأجهزة المستشفى: لكل من أجهزة المستشفى وإدارتها نقطة تعادل مالية هي الفرق بين تكلفة امتلاك الأجهزة ومعدل عملها والعائد الذي تحققه، لذلك لجأت المستشفيات بالخارج إلى اتجاهات جديدة وهي:

- عدم امتلاك أجهزة أو فتح عيادات ليس عليها إقبال بالمنطقة التي تعمل بها المستشفى أو لا تناسب مع تخصص المستشفى.
- إمكانية الاعتماد على فترة الخدمات بتأجير وقت تشغيلها لمستشفيات أو مراكز أخرى متخصصة قريبة منها.

6- الصيانة الوقائية لمعدات المستشفى: يعتبر هذا البند من البنود التي لا تأخذ العناية اللازمة حيث أثبتت الدراسات أن استخدام نظم صيانة تضمن زيادة فترة عمل الأجهزة بالكفاءة المطلوبة، وتحقق وفرة في عائد تشغيل الأجهزة يتراوح بين 15% و 30% من ثمن الأجهزة وذلك بخلاف التأثير المالي لتوقف الأجهزة.

7- التحاليل المختلفة: يقصد بها التحاليل العلمية أي تحليل الأعمال التي تزاو لها المؤسسة ومقارنة نتائجها مع المعايير العالمية، مثال ذلك الفترة التي يقضيها المريض بعد إجراء معين بالمستشفى، أو كمية ونوعية الأدوية التي تم صرفها للمريض وتأثيرها على الحالة المرضية للمريض.

إن الإدارة العليا لأي مؤسسة تحتاج إلى مؤشرات تعبر عن مستوى الأداء ولفت الانتباه إلى الجوانب السلبية، ومن هنا يمكن للإدارة وضع البرامج الإدارية التي من شأنها تقليص السلبيات بل وتحويلها إلى إيجابيات وهو ما يعرف بالتحسين المستمر للمؤسسة.

المطلب الرابع: برامج الاعتماد وهيئات منح شهادات الجودة للمنشآت الصحية.

الاعتماد بشكل عام هو عملية تقوم من خلالها المنشأة بمطابقة الشروط والمواصفات الموضوعية من قبل مؤسسات اعتمادية خارجية، وكلمة منشأة ترجع للمستشفى أو العيادة، والمؤسسة الاعتمادية ترجع لمنظمات مثل اللجنة المشتركة الدولية أو جدول ترينت للاعتماد أو الاعتماد الكندي أو أي منظمة أخرى معترف بها في مجال الاعتماد من قبل الجمعية الدولية للجودة في الرعاية الصحية.

الاعتماد عملية رسمية للتأكد من تقديم رعاية طبية آمنة وذات جودة عالية ومبنية على قواعد وإجراءات قام بوضعها وتطويرها خبراء محترفون في خدمات الرعاية الطبية والصحية، وهي أيضا تعريف للعمامة بمدى مصداقية المنظمة الطبية وتوافقها مع معايير الرعاية الصحية الوطنية، والهدف العام هو تحسين الجودة المستدام لمرفق الرعاية الصحية، ويعكس الحصول على الاعتماد التزام المنشأة الصحية بالتميز في رعاية وسلامة المرضى ويمثل اعترافا بأن الخدمات التي تقدمها تصل بالتميز في الرعاية وسلامة المرضى ويمثل اعترافا بأن الخدمات التي تقدمها تصل إلى مستوى الممارسات الصحية العالمية الرائدة والمأمونة.

يساعد الاعتماد في إظهار التزام المؤسسة الصحية بشكل عام بالجودة ويظهر منح شهادات الرعاية السريرية التفوق في مجالات محددة عن طريق تبني نتائج أفضل من خلال تكامل وتنسيق الرعاية وذلك من خلال عدة برامج يركز كل برنامج على مجموعة محددة من المرضى أو مرفق محدد ويقدم نموذج لتحقيق

واستدامة الأهداف فيما يتصل بالجودة والالتزام، وهناك العديد من الهيئات ومجالس الاعتماد الدولية لجودة الرعاية الصحية نذكر منها:¹

- اللجنة المشتركة الدولية (الولايات المتحدة الأمريكية).
- وحدة جودة الاعتماد البريطاني.
- المجلس الايرلندي لاعتماد الخدمات الطبية.
- المجلس الاسترالي لمعايير الرعاية الصحية.
- المجلي الكندي لاعتماد الخدمات الطبية.
- مجلس جنوب إفريقيا لاعتماد الخدمات الطبية.
- المجلس المركزي لاعتماد المنشأة الصحية بالمملكة العربية السعودية.

¹ عامر عياد العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية "المبادئ الأساسية"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة، 2016، ص 156.

الخلاصة:

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات والمؤسسات المعنية بتقديم الخدمات الصحية، هي الخطوة الأساسية لتحسين الأداء وتطوير مستوى الخدمة فيها.

لذا يجب على كل مدير تبني تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مؤسسته كل في مستواه، والهدف منها هو تقديم خدمات ذات جودة ترقى إلى تطلعات المستفيدين منها، ولتحقيق ذلك يجب توفير البيئة اللازمة داخل المؤسسة وجعل العنصر البشري يؤمن بضرورة تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة، لأداء مهامه في أحسن الأحوال وعزل كل العوامل التي تؤثر على أدائه والتي تتسبب في تدني مستوى الخدمة المقدمة داخل المؤسسات الاستشفائية.



الفصل الثالث:

النظام الصحي في الجزائر

تمهيد:

اختلف النظام الصحي في الجزائر من فترة تاريخية إلى أخرى، فقد مر بعدة مراحل متباينة فيما بينها، ورغم ذلك فإن الدارس لمختلف الفترات يلاحظ ظهور تحسن في الوضع الصحي كلما انتقلنا من فترة إلى أخرى، وذلك نتيجة لتطور المجال الطبي، الذي أدى إلى تحسين الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي في كل فترة من الفترات المختلفة.

وما يجب الإشارة إليه هو أن استعمال مصطلح الصحة العمومية على المستوى الدولي لم يظهر إلا في بداية القرن التاسع عشر، وهو يعني تنظيم مصالح الصحة الموجهة إلى شريحة كبيرة من السكان، وهو ما يسمى اليوم بالنظام الصحي.

وستناول في هذا الفصل ستة مباحث، نوضح من خلالها التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر منذ فترة ما قبل الاستعمار الفرنسي إلى غاية يومنا هذا، كذلك توضيح المقومات الأساسية للنظام الصحي الجزائري، مع التطرق إلى إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، وأوجه قصور النظام الصحي في الجزائر، وكذلك التطرق إلى مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر، وفي الأخير تحليل بعض المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي في الجزائر.

المبحث الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

لقد عرف قطاع الصحة في حقبا تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة من مرحلة ما قبل الاستقلال والذي عرف فيها القطاع تطورا على مراحل مختلفة وصولا إلى مرحلة ما بعد الاستقلال والتي عرفت هي الأخرى عدة تقسيمات سنوضحها فيما يلي:

المطلب الأول: مرحلة النظام الصحي ما قبل الاحتلال الفرنسي.

تميز الوضع الصحي في الجزائر قبل الاحتلال الفرنسي، في ظل الحكم العثماني بتباين واضح للحالة الصحية للسكان، حيث كانت البلاد عرضة للأوبئة الفتاكة والكوارث الطبيعية خاصة في أوائل القرن التاسع عشر، فاعتمادا على تقارير بعض الرحالة والأطباء الأوروبيين الذين تعرفوا في تلك الفترة على أحوال البلاد، نستنتج أن الجزائر تعتبر بيئة صحية خالية من الأوبئة والأمراض المعدية، وأن تلك الأمراض المهلكة كانت تتسبب فيها علاقة الجزائر بأقطار المشرق العربي وبلاد السودان وجنوب المغرب الأقصى وبعض المناطق بأوروبا خاصة عن طريق السفن التي كانت تنقل الحجاج.¹

ومما زاد في حدة هذه الأمراض جهل أغلبية السكان بأبسط قواعد الصحة، وبالتالي لم يهتموا بمحاربة الأوساخ رغم أنها كانت تتسبب في زيادة انتشار حمى المستنقعات وبالخصوص في فصلي الربيع والخريف.

بالإضافة إلى قلة الأدوية التي زادت الحالة الصحية سوءا، فالبلاد كانت تكاد تخلو من صيدليات أو حوانيت بيع الأدوية، حيث لم توجد بالبلاد سوى صيدلية واحدة بمدينة الجزائر، لم يكن لها أثر يذكر في الحد من هذه الآفات.

مما ميز تلك الفترة في تاريخ الجزائر هو أن الإيمان بالقضاء والقدر في هذا الميدان كان مسيطرا على العقول بصفة كبيرة، ولكن بعض الناس كانوا يؤمنون بالعلاج والتداوي واتخاذ الأسباب للمحافظة على الصحة.²

فالطب والتداوي كان أضعف حل يفكر فيه عامة الناس الذين لم يفهموا حقيقة ما جاء من تعاليم الدين الإسلامي في المحافظة على الصحة ودوامها، وما يدعم قولنا هذا ما قاله "صديق حسن خان" في "الروضة الندية" أن حقيقة الطب التمسك بطبائع الأدوية الحيوانية والنباتية والمعدنية، والتصرف في الأخطاء نقصا وزيادة، والقواعد المليمة تصححه، إذ ليس في شائبة شرك ولا فساد في الدين والدنيا، بل فيه نفع كبير وجمع لشمل الناس.³

¹ ناصر الدين سعيدوني، النظام المالي في أواخر العهد العثماني، الطبعة الثانية، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1985، ص53.

² المرجع نفسه، ص54.

³ أبو مالك حسن سي العربي، الرقية بين الانضباط الشرعي والتسيب في الممارسات، الجزائر، دار النجاح للكتاب، 2004، ص46.

وقد زاد في تلك الحقبة من تاريخ الجزائر انتشار الحرافات كزيارة الأولياء والأضرحة، كما شهدت تلك الفترة تناقص عدد سكان المدن كثيرا، حيث تناقص عدد سكان مدينة الجزائر إلى خمسين ألف نسمة بعد أن قضى وباء عام 1787م على حوالي 16821 نسمة من أهاليها، ووباء سنة 1871م الذي ظهر على إثر قدوم سفينة عثمانية حاملة للحجاج من الإسكندرية ودام ثلاث سنوات وعم جميع أنحاء البلاد، أما في مدينة الجزائر فقد هلك ما يناهز 13330 شخصا في الفترة من 21 جوان إلى 6 سبتمبر 1818، وهي الفترة التي بلغ المرض أشده، وحتى سكان المناطق الجبلية لم يسلموا من هذه الأوبئة مثل منطقة جرجرة.¹

رغم كل ما سبق ذكره إلا أن تلك الحقبة تميزت بانتشار الطب البديل، عن طريق التداوي بالأعشاب والنباتات الطبية بالنسبة لعامة الشعب، أما الحكام فقد اهتموا كثيرا بصحتهم وذلك بانتداب أطباء أوروبيين من أجل توفير العلاج والرعاية الصحية.

ويظهر انه بينما كان البشوات والبايات يجلبون الأطباء لأنفسهم ويؤمنون بقيمة الطب الأوروبي كانوا لا يهتمون بصحة السكان عموما تاركهم للطب التقليدي.²

من ناحية النظام الصحي فقد كان في الجزائر عدة ملاجئ ومصحات من بينها ملجأ في ناحية باب عزن خاص بالأمراض العقلية، وملجأ آخر يأوي بعض العجزة من الأتراك والجيش الإنكشاري، كما كانت هناك مستشفيات خصصت للأسرى المسيحيين حيث تم إنشاء أول مستشفى عام 1551م من طرف الراهب سيستيان ومستشفى آخر في عام 1575م، وكانت هذه المستشفيات تسير من طرف المنظمات الدينية المسيحية.

ما يمكن ملاحظته هو أن الصيدليات شبه منعدمة ما عدا صيدلية واحدة كانت بمدينة الجزائر، كما ذكره سابقا، وكانت قرب قصر الداوي ويشرف عليها "باش جراح" والذي كان صيدلي وجراح وطبيب في نفس الوقت، ولكن ما يميز هذه الصيدلية هو أنها تحتوي على بعض القناني والكؤوس المحتوية على العقاقير والتوابل، وبعض الدكاكين المخصصة لبيع الأعشاب والنباتات الطبية كالحلبة والقرنفل.

ومن بين الأطباء الذين اشتهروا في تلك الفترة، نجد الطبيب "ابن حمادوش" الذي ألف كتاب أسماه "الجوهر المكنون في بحر القانون" حيث خصصه لشرح المصطلحات الطبية وتعريفها، وتدوين حوالي 90 دواء مرتبة ترتيبا أبجديا معتمدا في ذلك على كتاب القانون لابن سينا.³

¹ ناصر الدين سعيدوني، مرجع سبق ذكره، ص55.

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة الأولى، الجزائر، دار كتامة للكتاب، 2008، ص95.

³ المرجع نفسه، ص96.

إن الإهمال واللامبالاة من طرف السكان بصفة عامة ومن طرف الحكام بصفة خاصة، أدى إلى تفشي الأمراض الخطيرة كالطاعون والجذري وحمى المستنقعات، ومما زاد الوضع سوءا الفقر المدقع الذي كان يعاني منه السكان، والمجاعات المتتالية التي تعرضت لها الجزائر في تلك الحقبة من الزمن، مما أثر سلبا في قدرة السكان على مقاومة الأمراض، الشيء الذي انعكس سلبا على النمو الديموغرافي، حيث تناقص عدد السكان كثيرا في تلك الفترة.

أما عن إيجابيات الفترة العثمانية، فكان يحسب لهم مختلف القرارات التي اتخذوها لتفادي انتقال العدوى من خارج البلاد، حيث كانوا يقومون بتفتيش كل السفن القادمة للجزائر من الخارج، ويلزمون طاقمها بالحصول على شهادات تثبت عدم إصابتهم بالطاعون، وكذلك استخدموا أسلوب الحجر الصحي في حالة ثبوت الإصابة بالمرض وذلك لتفادي انتقال العدوى لأشخاص آخرين.

ما يمكن استنتاجه من خلال دراسة الوضع الصحي في الجزائر قبل الاستعمار الفرنسي، هو انه كان متباينا، من جهة السكان كان يسيطر عليهم فكر منغلق حيث كانوا لا يؤمنون بالعلاج الطبي، فمنهم من كان يأخذ بالسحر والشعوذة كطريقة لدفع المرض، وأغلبهم لا يجرؤون على دفع المرض وذلك لحكم الله وقدره حسب زعمهم، وكانت فئة أخرى تتداوى بالأعشاب والنباتات التي كانوا يحصلون عليها من الطبيعة.

أما الفئة الحاكمة فكانوا يهتمون بصحتهم من خلال جلب الأطباء من أوروبا لعلاجهم من الأمراض.

المطلب الثاني: مرحلة النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي.

عرفت الفترة الاستعمارية العديد من التغيرات في جميع القطاعات، وعرف القطاع الصحي في الجزائر ثلاثة مراحل أساسية منذ بداية الاحتلال سنة 1830 إلى غاية تحقيق الاستقلال سنة 1962.

1- المرحلة الأولى: 1830-1850

عرف قطاع الصحة باعتباره عنصرا مهما في تحقيق الهيمنة، عدة إجراءات وأشكال تتماشى مع التطور العام للاحتلال والأهداف التي يصبوا إلى تحقيقها.

كان المستوطنون في فجر الاحتلال يتكونون أساسا من العسكريين وما يرافقهم من فريق طبي (ممرضين وأطباء عسكريين) وتمثل دورهم في المساندة وتقديم الرعاية الدائمة للجيش.

لم يهتم الاحتلال الفرنسي بتطوير النظم الصحية التي كانت موجودة قبل غزوه للجزائر وإنما كان هدفه الأساسي في هذه المرحلة المبكرة هو العمل على بساط قوته ونفوذه على كامل التراب الجزائري، وبهدف جذب وتأييد السكان وبالتالي تسهيل الاستيطان، فقد تم تقديم العلاج لهم عن طريق الممرضين والمسعفين، ولكن بصفة عامة فإن

الأهالي المدنيين رفضوا ونفروا من الاستفادة من العلاج والإسعاف الذي يقدمه العسكريون، الذين اعتبروا أعداء دائما.¹

تم في عام 1832م تم إقامة مستشفى في كل من الجزائر، وهران، عنابة و في عام 1834م مستشفى في بجاية وأخر في الدويرة وفي مستغانم في عام 1835م، وفي عام 1837م مستشفى آخر في قلمة، وفي البليدة في عام 1839م، وفي عام 1843م سجلت قائمة المصحات المتنقلة والمستشفيات المفتوحة للمدنيين وكذا العسكريين (مدينة بوغار، تنس، ثنية الحد)، وفي العام 1845م كانت الجزائر برمتها تعد 38 مستشفى.² كانت هذه المستشفيات لعلاج الجنود الفرنسيين أثناء الحرب، لكنها جميعا خصصت فروعاً لمعالجة الجزائريين الموالين للاستعمار.

لقد لعب قطاع الصحة في المرحلة الأولى للاستعمار الفرنسي دور المساندة والدعم لتثبيت قدم المحتلين في الجزائر وخدمة الجيش الاستعماري حيث نجد مثلاً أنه سنة 1835م بلغ عدد الأطباء 80 طبيباً معظمهم يقطن بمراكز إقامة المستوطنين الفرنسيين والأوروبيين وذلك لخدمتهم والحفاظ على صحتهم. تعتبر هذه الفترة عسكرية ما عدا مناطق الجنوب التي لم تحتل بعد، في هذه الفترة كان توزيع العلاج يتم من طرف مصلحة الصحة العسكرية أي بوساطة العسكريين، حيث تم وضع عيادات وسيارات إسعاف ثابتة، وهذه الهياكل كانت توضع في المناطق الأهلة بالعسكريين وهذا لخدمتهم.³

2- المرحلة الثانية: 1850-1945

بخلاف المرحلة الأولى التي لم تعرف تطوراً كبيراً من ناحية النظام الصحي في الجزائر، فإن المرحلة الثانية عرفت تطوراً كبيراً، حيث شهدت إنشاء مؤسسات صحية حقيقية تهتم بصحة الجيش الفرنسي والمدنيين من أوروبيين وجزائريين.

اهتم المستعمر الفرنسي في هذه المرحلة بتطوير النظام الصحي المدني وذلك باتخاذ الإجراءات التالية:⁴

- تشجيع الأطباء الغربيين على الهجرة إلى الجزائر والعمل في العيادات الطبية.
- إنشاء دوائر طبية.
- إنشاء مستشفيات مدنية مفتوحة خاصة للأوروبيين.
- تدعيم وجعل المستشفيات العسكرية مختلطة.
- إنشاء هيئة علمية ومؤسسات طبية جديدة.

¹ خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، مذكرة ماجستير في العلوم السياسية، جامعة الجزائر 3، 2011، ص 27.

² إفون تيران، ترجمة محمد عبد الكريم أوزغلة، المواجهة الثقافية في الجزائر المستعمرة، دار القصب، الجزائر، 2007، ص 17.

³ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 113.

⁴ كريمة بوغزيز، اختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2002، ص 28.

- إنشاء مؤسسات وهيئات مساندة، ويتعلق الأمر بإنشاء كلية الطب بجامعة الجزائر ومعهد باستور، والمخزن العام للمصالح المدنية للصحة.

كما تم تكوين المساعدين الطبيين من الأهالي عام 1904م وإنشاء عيادات للأهالي عام 1907م والمرضات الزائرات عام 1926م، وكانت المؤسسات الصحية مؤلفة من أربعة أشكال للتنظيم وهي:¹

- تنظيم صحي عسكري كوسيلة منطقية وضرورية للمستوطنين.
- تنظيم صحي مشابه لذلك الموجود بالمترو بول، تم إدخال عن طريقه لأول مرة ما يعرف بالطب الليبرالي.

هذين التنظيمين كانا موجهين للأوروبيين والجزائريين العاملين في القطاعات التالية: البريد والمواصلات، السكك الحديدية، عمال المناجم، النقل والورشات الصناعية، وكان يقدم خدمات صحية مرضية بصفة عامة، وهذا ما يسمى بطب المستعمر أو الطب الاستعماري.

- تنظيم قائم على المساعدة الطبية المجانية، موجه للسكان الأصليين المحرومين، وبالطبع للعمل في قطاع الفلاحة الذين يمثلون قوة العمل في المزارع الاستعمارية.

- شكل من الطب التقليدي المحصور في الأرياف والجبال، ولكنه كان مهددا باستمرار من قبل الأشكال الثلاثة الأولى للتنظيمات الصحية.

نستنتج أن تطور النظام الصحي في الجزائر في بدايات الفترة الاستعمارية لم يكن لصالح السكان المحليين أو الأهالي كما كانت الإدارة الاستعمارية تطلق عليهم، بل كان في العموم لصالح السكان الأوروبيين والقلّة من الجزائريين الموالين للنظام الاستعماري.

3- المرحلة الثالثة: 1945-1962

إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدهور الذي مس الشعب الجزائري كنتيجة للسياسات الاستعمارية العنصرية التي أخذت في تطبيقها فرنسا في الجزائر باستثناء بعض الجزائريين الذين كانوا محظوظين لمعاملتهم بنفس المعاملة مع الأوروبيين، ساهم وبشكل كبير في تدهور الوضع الصحي للأهالي جراء انتشار الأمراض والأوبئة والفقر والمجاعة، وهذا ما أدى إلى ظهور حركة وطنية تدافع على حقوق الجزائريين السياسية منها والاجتماعية والاقتصادية، وكان ذلك نتيجة لانبعاث وبروز الوعي الوطني لدى الشعب الجزائري الذي عرف حقيقة الاحتلال وهيمته.

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 113.

ما ميز هذه المرحلة هو أن الاحتلال الفرنسي أدخل بعض التحسينات على النظام الصحي القائم، وبطبيعة الحال ليس لصالح الغالبية من الشعب الجزائري، وإنما لصالح أفراد الجيش الاستعماري والمستوطنين الأوروبيين وكذا الخدم من الجزائريين.

إن ظهور الحركة الوطنية بتنظيماتها وتشكيلاتها المختلفة جعل الشعب الجزائري يطالب بحقوقه بطريقة قانونية منظمة، ومن بين ما كانت تنادي به، العدالة والمساواة في استفادة كل الجزائريين دون تمييز عرقي أو ديني أو طبقي من الخدمات الصحية.

لم يكن لهذه الأحزاب والجمعيات تأثير فعال وواضح على التنظيم الصحي الاستعماري، والذي واصل تدعيمه للعمل على الاستجابة لمصالح المستوطنين الأوروبيين، وساعد الحظ القلة من الجزائريين المثقفين ممن كانوا أعضاء في المجالس الانتخابية في الإدارة الاستعمارية والعمل في القطاعات الصناعية، من الاستفادة من امتيازات الضمان الاجتماعي، والاستفادة من مصالح الصحة المخصصة للأوروبيين.

أدت الممارسات غير الإنسانية من طرف الاحتلال الفرنسي في حق ناشطين الحركة الوطنية من قتل وسجن وتعذيب ونفي إلى تغيير هذه الأخيرة من مطالبها، حيث أضحت تنادي بالاستقلال بعدما كانت تنادي بالاندماج، وهو ما أدى بها إلى إعلان اندلاع الثورة التحريرية في أول نوفمبر من سنة 1954م، وعليه فإن اندلاع الثورة التحريرية سوف يكون له تأثير حقيقي على مستقبل النظام الصحي للجزائر أثناء الاحتلال وبعد استرجاع السيادة الوطنية.¹

بعد اندلاع الثورة التحريرية مر النظام الصحي الجزائري بفترتين متباينتين:²

الفترة الأولى امتدت من 1954م إلى غاية 1956م حيث تميزت بالعشوائية وعدم التنظيم، حيث كان النظام الصحي قائما على العلاج الأولي والإسعافات الأولية، وكان في مجمله غير مؤطر وغير مجهز بما فيه الكفاية.

والفترة الثانية تمتد من 1956م إلى غاية 1962م، حيث تميزت بانعقاد مؤتمر الصومام في 20 أوت 1956م الذي نظم الثورة، بما فيه تنظيم قطاع الصحة ومنحه طابع المؤسسة حيث تم تنظيمه وتقسيمه إلى خمسة مستويات: القسمة، القطاع، الناحية، المنطقة، الولاية، حيث يعتبر القطاع أساس هذا النظام في حين أن الناحية تضمن التنسيق بين القطاعات.

تمثلت المؤسسات الصحية غالبا من بنايات على شكل كوخ أو بيوت من الطين ومخابئ مهياة على شكل مستشفى، كما كانت التجهيزات والوسائل المستعملة بسيطة جدا تأتي أغلبيتها من المؤسسات الصحية الاستعمارية بواسطة أطباء وممرضين جزائريين يعملون بالمستشفيات الأوروبية، ولكنهم ينتمون إلى جبهة التحرير

¹ خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 32.

² A.Bouchrit, Dj.Auïld, M.Toumi, **Le système de santé durant la guerre de libération national**, Ministère de la santé, Alger, p 42.

الوطنية ويعملون لصالحها، أما فيما يخص الأشخاص المؤطرين فإنه يجدر الإشارة إلى الاستجابة الفعالة للطلبة والثانويين نتيجة الإضراب التاريخي للطلبة الجزائريين في 19 ماي 1956م مما سمح بدخول العديد من الطلبة في صفوف جيش التحرير الوطني، بما في ذلك طلبة كلية الطب وممرضين وأطباء جراحين وصيادلة انظموا إلى صفوف الجهاد وعملوا على تدعيم وتطوير نظام الصحة للثورة.

رغم قلة الإمكانيات المادية والبشرية فإن النظام الصحي لجبهة التحرير الوطني ركز على الأنشطة التالية:¹

- نشاطات خاصة بتقديم العلاج والفحوصات للمجاهدين والجنود، والكشف على حالتهم الصحية والقيام بعمليات جراحية غالبا ما تكون صعبة.
- نشاطات خاصة بالوقاية، خاصة من الأمراض المعدية.
- نشاطات خاصة بتكوين المساعدين الطبيين خاضع لاحتياجات ونشاطات الفترة.

امتدت هذه النشاطات فيما بعد لتشمل السكان المدنيين بالجبال والقرى النائية.

إن الخدمات الاجتماعية بما فيها الخدمات الصحية لجبهة التحرير الوطني تأسست في أول الأمر لتلبية احتياجات العلاج لصالح جيش التحرير الوطني، في بداية الأمر كان منتجي الصحة من أطباء قليل جدا لا يكفي لتغطية كل التراب الوطني وتقديم العلاج المناسب، فكان كل قطاع يعتمد على مصادره الخاصة، بحيث يكون هناك طبيب واحد أو ممرض لتقديم الإسعافات الأولية للمصابين من الجنود في الحرب وكذلك تقديم العلاج لعامة الشعب دون استثناء.

لكن مع بداية سنة 1957م بدأت وضعية النظام الصحي لجيش التحرير الوطني في التحسن، حيث ازداد عدد الأطباء وتم تكوين عدد كبير من الممرضين وهذا بفضل الطلبة الجزائريين الذين كانوا يدرسون في كليات الطب الفرنسية في الجزائر، مما جعل من جيش التحرير مدرسة لتكوين الممرضين، وهو السبب الذي دفع بالإدارة الاستعمارية إلى اتخاذ إجراءات شديدة لمراقبة حركة المنتجات الصيدلانية.

أما بشأن التنظيم الداخلي للنظام الصحي للثورة فكان كما يلي:²

- يلحق النظام الصحي رأسا إلى النظام العسكري، وكل الذين يقومون به يخضعون إلى النظم العسكرية التي يخضع لها جيش التحرير، عدا نظام المرشدات الاجتماعيات فإنه كان يتبع إلى الميدان السياسي.
- يمنع على القائمين على المستشفى أن يتجولوا أو يتصلوا بأي شخص، ويمنع عليهم أن يخبروا بمكان المستشفى، كما يمنع أن يتصل بهم أي شخص أو يعرف مكانه.

¹ F.Benatai, *les action humanitaire pendant la lutte de libération(1954-1962)*, Imprimerie Dahleb, Alger, 1999, p73.

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 119.

- بالمستشفى فرقة خاصة بالحراسة، وبجلب التموين والاتصال بإدارة القسم والناحية والمسئول العسكري بصفة خاصة.
- يزود المستشفى بالتموين لمدة أطول ما يمكن، مع أسبقية المستشفى في الأكل واللباس.
- يمنع على المرضى المتجولين أن يظهرُوا أنفسهم بأن مهنتهم هي التمريض أو الطب إلا عند الحاجة.
- أن لا يحمل الممرض من الدواء إلا أقل كمية، أما الباقي فهو مخزن تحت الأرض.
- كل ما يخص المستشفى من تموين وأدوات ودواء يجب أن يخزن في أماكن خاصة لا يعلم بها إلا اثنان أو ثلاثة.
- هناك ساعي البريد خارج المستشفى يقوم بتبليغ الأوامر.

إن قوة الثورة وشموليتها دفعت بالشعب الجزائري إلى الالتفاف حولها، مما عقد من مهمة الإدارة الاستعمارية، لذلك عمدت هذه الأخيرة إلى إدخال بعض الإصلاحات السياسية والاقتصادية لصالح الغالبية الكبرى من الشعب الجزائري، هذا في ظاهرها ولكن النية الحقيقية للاحتلال من وراء هذه الإصلاحات هو عزل الثورة عن الشعب مما يسهل عملية القضاء عليها، ومن بين هذه الإصلاحات ما جاء في مخطط قسنطينة سنة 1958م والذي خصص مبلغ 182.3 مليون فرنك فرنسي كغلاف مالي لقطاع الصحة والبرامج الصحية.¹

إن الوضع الصحي الحرج للشعب الجزائري الذي ميز الفترة الاستعمارية كان عبارة عن سياسة مدروسة من طرف الاحتلال الفرنسي الذي جرب كل الطرق والوسائل في سبيل القضاء على الوجود الجزائري، وما الإصلاحات التي قام بها في فترات متباعدة ما هي إلا أقراص منومة من أجل القضاء على المقاومة التي تعرض لها منذ بداية الاحتلال، فالإصلاحات التي مست النظام الصحي والتي باشرتها الإدارة الاستعمارية في الجزائر، كانت في الواقع لصالح الفرنسيين والأوروبيين ولم يستفد منها الشعب الجزائري إلا القليل ممن كان موالي للإدارة الاستعمارية، ومن جانب آخر ظهور نظام صحي مؤسس وإنساني في طبيعته وثورتي في أهدافه، ألا وهو النظام الصحي لجهة التحرير الوطني والذي كان موجه لأفراد جيش التحرير الوطني من جهة وموجه كذلك لتقديم العلاج للسكان من جهة أخرى، حيث يعتبر النظام الصحي لجهة التحرير الوطني البذرة الأولى لبروز النظام الصحي للجزائر المستقلة في عناصره وأهدافه.²

¹ كريمة بوعزيز، مرجع سبق ذكره، ص34.

² خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 35.

المطلب الثالث: مرحلة النظام الصحي بعد الاستقلال.

غداة الاستقلال رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم إستراتيجية من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق، ويمكن تقسيم التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر بعد الاستقلال إلى خمس مراحل كما يلي:

1- المرحلة الأولى: 1962-1973.

وهي مرحلة بناء الدولة، حيث ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متزدية ومتدهورة حيث واجه صناع القرار احتياجات صحية ضخمة لم تكن لهم القدرات والوسائل لمواجهةها، وكان على رأسها الأوبئة الخطيرة المتفشية، والمشكلات الناجمة عن سوء التغذية بين السكان خاصة في القرى وضواحي المدن التي نزحت إليها العائلات الفقيرة والتي لم يكن لها مصدر رزق أو بيت قار، من هنا كانت أولوية السياسة الصحية في الجزائر تتمثل فيما يلي:

- إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعدما هجرها العمال الذين كان أغلبهم من الفرنسيين، وزادت الحرب التحريرية في حدة تدهور هذه الهياكل.
- وضع برنامج صحي وطني هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة الأكثر انتشارا بين السكان، والتكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية (التغذية، الاستعجالات الطبية الجراحية).
- تعبئة الموارد البشرية المحلية (تكوين أعوان طبيين في الصحة العمومية) والاستعانة بالكفاءات الأجنبية، فقبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيب منهم 285 جزائري فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدلي أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيب، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة.
- تعبئة الموارد المالية في بلد لا يتعدى الناتج الداخلي الخام فيه 400 دولار للفرد الواحد.¹

2- المرحلة الثانية: 1973-1980.

ما ميز هذه المرحلة التاريخية من حيث بناء الهياكل القاعدية هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969م و 1979م، وهذا محاولة لإعطاء العلاج الأولي وألوية 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 شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974م، أما من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، فنجد تمركز الموارد البشرية

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 132.

الطبية والشبه طبية والهيكل القاعدية في المدن الكبرى وغياها تقريبا في المناطق الريفية وشبه الريفية، هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان شبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض كذلك من أبرز مميزات هذه المرحلة صدور 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.¹

3- المرحلة الثالثة: 1980-1990.

ميز هذه المرحلة بناء العديد من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية عبر الوطن التي وإن 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 غير الملائمة للمحيط الذي بنيت فيه، كذلك تميزت هذه الفترة بإعطاء الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية بعدما كانت هذه المراكز مندججة مع باقي هياكل القطاع وهذا سنة 1986م، وفي سنة 1989م تم إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية والتي مهمتها هي إدخال المبادئ والتقنيات الحديثة في مجال تسيير المصالح الصحية عبر التكوين الموجه للموظفين المسيرين في مؤسسات وهيكل الصحة، وهي المؤسسات التي تتكفل بتكوين الأطباء والمرضى والإداريين فيما يخص البرامج الصحية التي تضعها السلطات الصحية باعتماد الطرق الحديثة لتنفيذ هذه البرامج على أرض الواقع، حتى تضمن حسن تطبيقها وتقومها بعد الانتهاء من تنفيذها.²

4- المرحلة الرابعة: 1990-2002.

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل، والتي تطورت منذ نهاية الثمانينات، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن، وترجم هذا الأخير ما يلي:

- مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينات، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة.

على المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي استندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني والتنظيمي يحد من صلاحيتها في بعض التوجهات فهي أكثر استشارية منها قرارية.

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص 135.
² وسام بن صالح، واقع تطبيق الإدارة الإلكترونية بالقطاع الصحي في الجزائر، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة سكيكدة، 2014، ص 125.

- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة والتي تمثلت فيما يلي:
 - المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية: مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
 - الصيدلية المركزية للمستشفيات: وهي مكلفة بضممان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية.
 - الوكالة الوطنية للدم: وهي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم.
 - الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي: مهمتها تطوير التوثيق والمعلومات والاتصال.
 - المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد: وهو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.¹

5- المرحلة الخامسة: 2002-2012.

اتسمت هذه المرحلة بتطور ملحوظ لموارد قطاع الصحة، بفضل زيادة الإعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومات المتعاقبة، وارتفعت ميزانيات التسيير وكذا التجهيز بفعل تنامي عائدات البترول، وعرفت مؤشرات الصحة العمومية في هذه الفترة تحسن واضح تمثل في:

- انتقلت نفقات الصحة من 3.48% من الدخل الوطني الخام سنة 2000 إلى 5.79% سنة 2009.
- بناء هياكل صحية جديدة، والقيام باستثمارات ضخمة في شراء العتاد والتجهيزات الطبية خاصة في مجال التطوير الطبي.
- ارتفاع عدد الأطباء بنسبة 70% بين سنتي 1999م و 2007م.
- محاولة إعادة التوازن لتوزيع الأطباء عبر التراب الوطني فبعدما كان عدد الأطباء المختصين الممارسين في الهضاب العليا والجنوب 387 سنة 1999م أصبح 3174 سنة 2007م.
- ومن جهتها قامت السلطة السياسية في نفس الفترة بإجراءات تنظيمية تتمثل فيما يلي:
 - إعادة هيكلة المنظومة الصحية على مستوى التراب الوطني: فقد تم إعادة تنظيم صحي جديد سنة 2007م يقوم على فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية الهدف منها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن وتخفيف الضغط على المستشفيات، و في جانفي 2008م تم تطبيق النظام الصحي الجديد والقوانين الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية وهو نظام يسعى إلى ترقية العلاج القاعدي النوعي بتمييزها عن الهياكل الاستشفائية الأخرى، وبهذا تم استبدال القطاعات الصحية بمؤسستين المؤسسة العمومية الاستشفائية، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، والتي تشتمل على العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج.

¹ M. chaouch ; développement du Système National de Santé ; **Stratégies et perspectives** ; « le gestionnaire » revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique ; n°5 ; juin 2001 ; pp4-5.

■ تشكيل لجنة مهمتها وضع قانون صحي جديد سنة 2010م وقد أتمت اللجنة أعمالها في الآجال المحددة لكن هذا القانون لم يرى النور، وجدير بالذكر بأن مشروع قانون الصحة لا يمكن اعتباره سياسة صحية، ففي السياسة الصحية تلتزم الدولة بتحديد هذه السياسة، أي أن الدولة تنص على هذا الالتزام عن طريق نصوص الدستور وتجسده من خلال وضع سياسة صحية تستجيب للمشكلات الصحية التي يعاني منها السكان وتعمل على الحد من محددات هذه الصحة بغرض ترقيتها، وهذا ما لا نجده في مشروع قانون الصحة الجديد، أي أن هذا القانون لا يحدد الخطوط العريضة للسياسة الصحية، بل هو مجموعة من القواعد القانونية لتنظيم عمل النظام الصحي أو ما يمكن أن نسميه مجمل هياكل الصحة العمومية.¹

المطلب الرابع: هيكلية النظام الصحي في الجزائر.

تعتبر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسئول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى للمواطنين الجزائريين والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها.²

1- تعريف القطاع الصحي في الجزائر.

القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، من خلال هذا التعريف يتضح لنا أن القطاع الصحي يتميز بما يلي:

- ذمة مالية مستقلة.
 - مؤسسة عمومية ذات طابع إداري.
 - تتمتع بالشخصية المعنوية.
- وعليه وباعتبار المدير هو المسئول عن تسيير القطاع الصحي فهو بهذه الصفة:
- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع الأعمال والحالات.
 - يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به.
- يترتب عن اكتساب القطاع الصحي للشخصية المعنوية عدة نتائج:

¹ وسام بن صالح، مرجع سبق ذكره، ص 127.

² http://www.ands.dz/systeme_de_santé.html, 25/09/2016,9:24.

- إن تمتع القطاع الصحي بالشخصية المعنوية واستقلاله عن سلطة الوصاية لا يعني استقلاله المطلق في مواجهة السلطة الوصية، بل يظل مقيدا بالنطاق الذي حدده له المشرع حيث يخضع لرقابة وإشراف الوزارة المكلفة بالصحة بواسطة الوصاية الإدارية حيث يوضع تحت وصاية الوالي.
- يؤدي منح الشخصية المعنوية للقطاع الصحي إلى تفتيت وتوزيع مظاهر وامتيازات السلطة العامة بين الوزارة المكلفة بالصحة باعتبارها ممثلة للدولة والقطاع الصحي باعتباره ممثل للإدارة اللامركزية، إذ تمارس امتيازات السلطة العامة في حدود اختصاصاتها فالقرارات الصادرة عن القطاع الصحي تعد قرارات إدارية تخضع لرقابة القضاء الإداري.
- إن عمال وموظفي القطاع الصحي هم موظفون عموميون يخضعون للمرسوم 85-59 المؤرخ في 1985/03/23 الذي يتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات والإدارات العمومية.
- حق التقاضي المقرر للقطاع الصحي مستقل عن حق التقاضي المقرر للوزارة المكلفة بالصحة باعتبارها سلطة الوصاية، إذ يمكن مقاضاتها عن طريق ممثليها حيث ترفع الدعوى ضد القطاع الصحي باعتباره يتمتع بالشخصية المعنوية.
- إن استقلال القطاع الصحي بذمته المالية عن الوزارة المكلفة بالصحة العمومية يحمله المسؤولية عن الأفعال الضارة التي تصدر عن موظفيه.

2- هياكل المنظومة الصحية في الجزائر.

يمكننا القول أنه توجد أربعة مستويات للمنظومة الصحية في الجزائر وهي كما يلي:

1-2-1- على المستوى المركزي: يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ويتمثل في:

- الوزير:** يقوم وزير الصحة والسكان بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال¹:
- وقاية صحة السكان ورعايتها.
 - التحكم في النمو الديموغرافي والتخطيط العائلي.
 - التنظيم الصحي والخريطة الصحية.
 - العلاج الطبي في الهياكل الصحية.
 - تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين.
 - العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات.

¹ المرسوم التنفيذي رقم (90-124) المؤرخ في 30 أبريل 1990.

- ينظم المهنة ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها.
- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة.
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها.
- الحماية الصحية في الوسط العائلي والعملي.

وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:

ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة، وملحقون بالديوان وعددهم أربعة بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحت إشراف الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

الأمانة العامة: تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

المفتشية العامة: ويشرف عليها ستة مفتشين يقومون بالمهام التالية:¹

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية.
- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية.
- العمل على الاستعمال المحكم للموارد.
- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

المديريات المركزية: وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

- مديرية الوقاية.
- مديرية الصيدلية والدواء.
- مديرية السكان.
- مديرية التكوين.
- مديرية التخطيط.
- مديرية التقنين والنازعات.

¹ المرسوم التنفيذي رقم (90-188) المؤرخ في 23 جوان 1990.

2-2- على المستوى الولائي:

- مديرية الصحة والسكان: يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على المستوى الولائي بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد ظروف خزنها وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشأة الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديموغرافي) وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية الاجتماعية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم، كما أنها لا تتهاون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

- المراكز الاستشفائية الجامعية: أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974م¹، وهي نتاج لإتحاد مركز استشفائي جهوي (660 إلى 700 سرير) ومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة، يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزارة المكلفة بالصحة والوزارة المكلفة بالتعليم العالي والبحث العلمي²، بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفيات الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على سواء، بمعنى أنه يشرف على ثلاثة ميادين أساسية هي:

- الميدان الصحي،
- الميدان التكويني،
- ميدان الدراسات والبحث
- يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

¹ قانون رقم (100-74) الصادر في 13 جوان 1974.

² المرسوم التنفيذي رقم (467-97) المؤرخ في 12 ديسمبر 1997.

2-3- على المستوى المحلي:

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية) تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية، وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى ورعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة، وهي تتكون على الترتيب من:

- عيادة متعددة الخدمات: مهمتها تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة والمتخصصة، الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية، تقوم بدور الوساطة بين المراكز الصحية والمستشفى.
- المركز الصحي: ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة، والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.
- قاعات العلاج: وهي التي تتولى تقديم العلاجات لكل 1000-2000 ساكن.

ولكن سنة 2007 تغير تقسيم القطاعات الصحية إلى:¹

- المؤسسة العمومية الاستشفائية.
- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.
- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة.

وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات، أو إلى قاعات للعلاج حسب حالة وضعيتها المادية.

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المرسوم التنفيذي السابق الذكر هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات. تحدد المتعلقات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

¹ المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 19 ماي 2007.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

حسب نفس المرسوم للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج، تحدد المتعلقةات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.¹

أما مهامه حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.
- تشخيص المرض.
- العلاج الجوارية.
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

¹ بموجب المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 19 ماي 2007.

المبحث الثاني: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

لقد شهدت سنة 2002 تغير واضح في المنظومة الصحية في الجزائر، حيث تغير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، واندرج هذا التغيير ضمن الإصلاحات العديدة التي العديد من القطاعات في الجزائر.

المطلب الأول: أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر.

إن التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات وضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، وخاصة المستشفيات، وقدم أهم العقبات والمشاكل التي تمس جوانب مهمة في المنظومة الصحية بالجزائر.

وفيما يلي أهم الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والطرق المقترحة لمعالجتها:

1- الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها.

يعاني قطاع الصحة العمومية من عدة اختلالات مرتبطة بالتمويل، تتمثل في نقص الموارد المالية الضرورية لمواجهة التكلفة العلاجية المتزايدة، ويرجع ذلك إلى ما يلي:¹

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

وعلى ضوء ما سبق، قرر المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة تمويل القطاع الصحي، نعرضها فيما يلي:

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال توظيف جزء من الضرائب المفروضة على التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاجتماعية.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث سيكون التكفل بهذه الفئات على عاتقها.

¹ Les 6 dossier de la reforme hospitalière, <http://www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>, le 31/08/2016, 9 :38.

- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامّة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفى.
- الترخيص للمستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
- دعم المؤسسات الصحية العمومية بالرسوم الجمركية المفروضة على التجهيزات الطبية.
- الانتقال من منظومة تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجالات والوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية.
- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
- ضبط الإجراءات الموجودة لحساب تكلفة العلاج.
- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفيات.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

2- الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها.

إن أهم عناصر نجاح أي نظام صحي في الوصول إلى الأهداف المرجوة منه هو توفره على تنظيم محكم للموارد المادية، وتكوين فعال للمستخدمين، وكذلك ضرورة توفره على نظام إعلامي يسهل الوصول إلى هذه الأهداف، وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما أقره مشروع إصلاح المستشفيات في كل جانب على حدا.

2-1- العراقيل المرتبطة بتكوين المستخدمين وأوجه معالجتها:

أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية كبيرة لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة، وذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:¹

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على مواكبة المؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه طبية.
- مدارس الشبه طبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière, [http:// www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm](http://www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm), le 31/08/2016, 9 :38.

- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا يستجيب إلى متطلبات تسيير المستشفيات.
- كما خلص ذات المجلس إلى ضرورة اتخاذ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات العديد من التدابير بالتنسيق مع مصالح وزارة التعليم العالي، سنحاول إبرازها في لنقاط التالية:¹
- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات عروض التكوين المقدمة.
- وضع قوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين انتقال المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
- أما فيما يخص الطلبة الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في الطريقة اللازمة للحصول على شهادات ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.
- إعادة فتح ملحقات مدارس شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارستهم عملهم.
- جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية الصحية.
- وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج مع التعاون مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
- مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى البرامج التعليمية حسب احتياجات قطاع الصحة، بالإضافة إلى الاهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء جامعة لعلوم الصحة في المستقبل القريب.

2-2- العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وتدبير معالجتها:

- لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى النقاط الأساسية التالية:²
- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.
- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.
- تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين مختلف مناطق الوطن.
- نقص واضح في صيانة العتاد الطبي.

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière, [http:// www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm](http://www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm), le 31/08/2016, 9 :38.

² الطاهر الوافي، التحفيز وأداء الممرضين، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل، جامعة قسنطينة 2، 2013، ص 111.

- نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.
- وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي:¹
- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهمة الإدارة المركزية وهيكلها غير الممركزة.
- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويضي محفز.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- جعل صيدليات المستشفيات هيكلًا مستقلًا وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤولياتها.
- تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.
- ونستخلص مما سبق أن هذه التدابير المقترحة من طرف المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات ليست إلا بداية لإصلاحات كثيرة يجب القيام بها على مستوى قطاع الصحة قصد بناء هيكل قانوني، إداري ومالي متين من شأنه النهوض بمستوى الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية الجزائرية.

المطلب الثاني: أهداف مشروع الإصلاح.

- ورد في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف أهمها:²
- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
 - ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
 - التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
 - إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.
 - توفير الإمكانيات الضرورية لمحتفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.
 - تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعات في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière, [http:// www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm](http://www.santemeghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm), le 31/08/2016, 9 :38.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.

ويتضح من هذه الأهداف أن نظام الإصلاح يصبوا إلى تحقيق هدفين رئيسيين هما:
تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، والتحكم الجيد في نظام المعلومات الصحية.

المطلب الثالث: ملفات مشروع الإصلاح.

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات نعرضها فيما يلي:¹

1- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:

تمحور هذا الملف حول دراسة كيفية التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي.
وتم التعرض إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع ومستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

2- ملف الهياكل الاستشفائية:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجود أدائها.
- استعجال وضع دعامة إعلامية، التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

3- ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبع الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

4- ملف الموارد المادية:

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة

¹ الطاهر الوافي، مرجع سبق ذكره، ص107.

بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والتنوعية وتكوين عناصر مكتملة لهذا الملف.

5- ملف التمويل:

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية، خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

6- ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن ملفي تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب و الاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني، لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، حيث تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين الأخصائيين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، والذي يتكفل به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة الوصية.

المبحث الثالث: مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

يتم تمويل الإنفاق على الخدمة الصحية في توليفة من الأموال العامة والخاصة والخيرية بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيرا، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر فإن الخصائص المحددة لها وطبيعة إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية، والتكاليف المرتبطة بما تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق فقط أمرا غير مرغوب فيه، وسواء كانت قائمة التمويل تدار من خلال نظم حكومية، أو تقدم من خلال نظام السوق مع وجود شبكة الضمان الاجتماعي، فالحكومة تتدخل كثيرا في تنظيم تقديم الخدمة الصحية من خلال منشآت صحية تديرها الحكومة.

أما بالنسبة للجزائر فتعرف المنظومة الصحية محدودية في تسخير الموارد المالية الإضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد والنتائج أساسا عن التحولات الديموغرافية والمرضية التي تعرفها بلادنا، كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر إلى تطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي وتدفق المعلومات، كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج وتحسين نوعيته،¹ إن النظام الحالي لتمويل الصحة العمومية في الجزائر مبني على ثلاثة معايير أساسية وهي:

- مساهمة الدولة.
- مساهمة الضمان الاجتماعي.
- مساهمة الأسر.

سنقسم المراحل التي مر بها تمويل النظام الصحي في الجزائر بين مرحلتين:

- المرحلة الأولى من 1962 إلى غاية 1974.
- المرحلة الثانية من 1974 إلى غاية يومنا هذا.

المطلب الأول: مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري من 1962-1974.

ما ميز هذه الفترة هو الوضع الصحي المتردي الذي عرفته البلاد، مما أدى إلى تزايد الأعباء مع العلم أن نسبة الإنفاق على قطاع الصحة كانت ضعيفة حيث لم تتجاوز 1.5% من الناتج القومي الخام، مما استلزم وزارة الصحة إلى إعادة تنشيط الهياكل الصحية الموروثة من الاستعمار الفرنسي، وتكرزت مصادر تمويل القطاع الصحي في المرحلة على ثلاث مصادر رئيسية هي:²

¹ علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم (دراسة حالة ولاية تلمسان)، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2011، ص 56.
² المرسوم التنفيذي رقم 01-74 المؤرخ في 16/01/1974 المتضمن: مدى مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدات الطبية الاجتماعية.

1- التسبيقات: بلغت 60% وهي عبارة عن مساهمة خزينة الدولة بالإضافة إلى الجماعات المحلية حيث كانت مقسمة كما يلي:

- 85% مساهمة خزينة الدولة.
- 15% مساهمة صندوق التضامن للدوائر والبلديات مقسمة كما يلي:
 - 8% لصندوق الدوائر.
 - 7% لصندوق البلديات.

2- عائدات تسديد المصاريف: كان يتحملها صندوق الضمان الاجتماعي وقدرت بـ 30% من النفقات الإجمالية للهيئات العمومية لصالح المؤمنين وذويهم.

3- الموارد الخاصة: هي عبارة عن مساهمة المواطنين الغير متمين إلى صندوق الضمان الاجتماعي، من تجار وحرفيين وأصحاب المهن الحرة، فبعد تلقيهم العلاج اللازم في المؤسسات العمومية الاستشفائية يقومون بدفع نفقاتهم عند مغادرة المؤسسة الصحية، وقد قدرت مساهمتهم في تمويل قطاع الصحة في تلك الفترة بـ 10%.

شهد نظام التمويل في الفترة الأولى بعد الاستقلال العديد من النقائص وتلقى الكثير من الانتقادات، ككبر حجم الديون العامة الغير مغطاة، مما أدى بالسلطات الحاكمة في تلك الفترة إلى التفكير في طرق جديدة لتمويل النظام الصحي في الجزائر.

المطلب الثاني: مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري من 1974 إلى يومنا هذا.

خلال سنة 1974م طبقت مجانية العلاج في الجزائر، مما أدى إلى تغير مصادر تمويل قطاع الصحة، بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية إجمالية بشكل جزافي يحددها سنويا قانون المالية حيث قسمت إلى ثلاثة مصادر أساسية:

1- مساهمة الدولة: كانت مساهمات الدولة في تمويل المؤسسات الصحية بعد الاستقلال لا تتعدى 60% كما ذكرنا سابقا، ولكن بعد تطبيق مجانية العلاج منذ سنة 1974م، أعفيت الجماعات المحلية من المساهمة في التمويل، والتي كانت تساهم بـ 15% من ميزانية المؤسسات الصحية وهو ما يعني فقدان أحد مصادر التمويل، وبالتالي ارتفاع مساهمات الدولة التي قاربت 75% في تلك الفترة.

كانت مساهمات الدولة خلال الفترة الأولى لمجانبة العلاج مهمة جدا، إلا أنه بحلول سنة 1988م ومع بداية الأزمة الاقتصادية التي مست الجزائر في تلك الفترة، ومع الشروط التي فرضتها الهيئات الدولية لإعادة الهيكلة تناقصت نسبة مساهمات الدولة في تمويل قطاع الصحة، لكن هذا التناقص لم يدم طويلا، حيث بدأ

في الارتفاع منذ سنة 1993م¹، وارتفعت نسبة مساهمات الدول خلال العشرية الأولى من القرن الحالي وذلك راجع إلى ارتفاع أسعار البترول والتي أدت إلى زيادة مداخيل الدولة، حيث ارتفعت نسبة مساهمات الدول إلى أن قاربت 83% وذلك راجع أيضا إلى نقص مداخيل الضمان الاجتماعي، وارتفاع الطلب على العلاج من قبل المواطنين نتيجة تزايد الوعي الصحي.

وسنوضح من خلال الجدول التالي مدى مساهمة الدولة في تمويل القطاع الصحي في الجزائر خلال الفترة (1993-2011):

من خلال الجدول رقم (06) نلاحظ أنه هناك تطور تدريجي لمساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة، منذ سنة 1993 إلى غاية سنة 2011، حيث كانت نسبة مساهمة الدولة لا تتجاوز 59% خلال سنة 1993، ثم ارتفعت لتصل حدود 83% سنة 2011، ارتفاع هذه النفقات يعود أساسا إلى زيادة عدد السكان وما يقابله من خدمات صحية موازية له من سنة إلى أخرى، بالإضافة إلى العجز الذي يعانيه صندوق الضمان الاجتماعي الذي أصبح غير قادر على تغطية نفقات العلاج الكبيرة للمنتسبين إليه.

إن كبر حجم النفقات الصحية العمومية جعل من تدخل الدولة أمرا أكثر من ضروري وبنسب مهمة وصلت هذه النسب في سنة 2011 إلى 83.21% من حجم التمويل الإجمالي لقطاع الصحة.

¹ المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في: 1993/12/29، المتضمن مدى مساهمة الدولة في المساعدات الطبية.

الجدول رقم (06): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة.

السنة	1993	1994	1995	1996	1997	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
اعتمادات الدولة لقطاع الصحة بـ 10 ⁶ دج	15240	18294	19973	25580	27736	39460	67164	90254	139041	176036	187806	218562
نسبة التمويل بقطاع الصحة	%59	%61	%56	%60.6	%60.6	%75.3	%64.95	%71.34	%77.98	%81.77	%82.77	%83.21

المصدر: علي دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص 61.

2- مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي: بعد استحداث الدولة لمجانبة العلاج سنة 1974م، والذي ترتب عنه اعتماد نظام التمويل الجزافي للمؤسسات الصحية العمومية ما نتج عنه تغير العلاقة بين الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية، وقد تزامن التوجه نحو مجانبة العلاج مع التوسع الكبير للقاعدة المالية لصندوق الضمان لاجتماعي نتيجة تزايد عدد المؤمنين الاجتماعيين، بزيادة سنوية تقدر بـ 20% منذ سنة 1973م إلى غاية سنة 1980م، وبالتالي مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات الصحية العمومية قد ارتفعت حيث كانت لا تتجاوز 23.5% سنة 1974م وارتفعت إلى حدود 40% سنة 1983م.

والجدول التالي يبين مدى مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة بالجزائر.

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (07) أن مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة في الجزائر كانت مرتفعة نسبيا في بداية التسعينات من القرن الماضي، حيث بلغت نسبة 39.6% سنة 1993م، ثم بدأت بالانخفاض تدريجيا سنة 2005م إلى أن وصلت حدود 14.88% سنة 2011م، وذلك راجع إلى العجز الكبير الذي يعاني منه صندوق الضمان الاجتماعي في السنوات الأخيرة بسبب:

- عدم رضا بعض المؤمنين عن الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية العمومية، هذا ما دفعهم إلى التوجه نحو القطاع الخاص لطلب نفس الخدمات، مما ينتج عنه دفع تلك المصاريف من طرف صندوق الضمان الاجتماعي لجهتين مختلفتين.
- اتسمت عملية إنفاق الموارد المخصصة بالخدمات الاستشفائية بعدم الرشاد، مع الغياب التام للمراقبة، مما جعل عملية استهلاكها لا تتم بشكل عقلائي.

الجدول رقم(07): مدى مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة بالجزائر.

السنوات	1993	1994	1995	1996	1997	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي بـ 10 ⁶ دج	9983	11250	13551	16576	17972	35300	35300	35300	38300	38300	38300	38300
نسبة مساهمة الضمان الاجتماعي في التمويل	%39.6	%39.0	%40.5	%39.5	%39.4	%33.2	%34.13	%27.90	%21.84	%17.79	%16.86	%14.88

المصدر: علي دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص 63.

3- مساهمة العائلات: النفقات الشخصية هي أي مصروفات مباشرة للأسرة، بما في ذلك مصاريف أو مدفوعات عينية تقدم للممارسين الطبيين وموردي المستحضرات الصيدلانية، والأجهزة العلاجية، والسلع والخدمات الأخرى التي يكون القصد منها هو المساهمة في استعادة أو تعزيز الحالة الصحية للأفراد أو الفئات السكانية، وهذه النفقات هي جزء من النفقات الصحية الخاصة.¹

يتضح لنا من خلال بيانات الجدول رقم (08) أن مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة تتغير نسبيا من سنة إلى أخرى، وذلك بحسب تغير مساهمة الدولة ومساهمة صندوق الضمان الاجتماعي، فمساهمة العائلات كانت تقارب 26% من الإنفاق على القطاع الصحي في الجزائر سنة 1995م، ثم انخفضت سنوات 2001، 2002، 2003 لتصل حدود 21%، وذلك راجع لارتفاع مساهمات الدولة والمتمثلة في مساهمة الخزينة العمومية في ميزانية قطاع الصحة، ويرجع ذلك للرخاء الاقتصادي الذي عرفته الجزائر في تلك السنوات نتيجة ارتفاع أسعار البترول، لتعود إلى الارتفاع سنوات 2012، 2013، 2014 وذلك راجع لانخفاض مساهمات الدولة.

¹ Apps.who.int/nha/database, 12/10/2016, 16 :57.

الجدول رقم (08): مدى مساهمة العائلات في تمويل القطاع الصحي.

السنوات	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
%	26.95	24.40	28.02	28.81	29.68	25.79	21.67	22.52	21.15	26.09	28.09	29.12	28.09	26.15	27.45	28.88	27.87	25.70	26.44	26.50

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على إحصائيات المنظمة العالمية للصحة.

المطلب الثالث: ايجابيات وسلبيات نمط التمويل في الجزائر وضرورة توسيع مصادر التمويل.

تتبع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الجزائر خطوات عديدة بغيت إصلاح المنظومة الصحية بالنظر إلى مجمل الاختلالات المسجلة في عملية التسيير، وتبقى مسألة التمويل أهم محور من محاور الإصلاح، لذا سنحاول توضيح مختلف الجوانب الإيجابية والسلبية المتعلقة بنظام التمويل الخاص بهذا القطاع، مع اقتراح مصادر تمويل جديد.

1- ايجابيات نظام تمويل قطاع الصحة:

- إن اعتماد قطاع الصحة على ميزانية الدولة كممول رئيسي للقطاع، يضمن بقاء توفير الخدمات الاستشفائية في إطار التضامن الوطني وبالتالي الحفاظ على التوازن الاجتماعي.
- إن مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في عملية تمويل قطاع الصحة في الجزائر يعتبر ايجابي من حيث الطابع التضامني في توفير الخدمات الصحية لشريحة كبيرة من المجتمع.
- إن مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة ولو كان بسيطاً جداً مقارنة بمصادر التمويل الأخرى، إلا أنها تعتبر مهمة، وذلك لتخفيف العبء الملقى على عاتق ميزانية الدولة، خاصة خلال السنوات التي تعاني فيها من نقص المداخيل.

2- سلبيات نظام تمويل قطاع الصحة:

- إن اعتماد قطاع الصحة على ميزانية الدولة بنسبة كبيرة في تمويله، يؤدي إلى معاناته من عجز كبير في التمويل في السنوات التي تعاني فيها ميزانية الدولة من نقص في المداخيل.
- إن نقص المخصصات التي توفرها الدولة لقطاع الصحة يؤدي إلى معاناته من تراكم الديون (ديون الصيدلية المركزية، عدم القدرة على اقتناء معدات حديثة)، ومما لا شك فيه أن هذه الديون ستنعكس سلباً على جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- إن معانات صندوق الضمان الاجتماعي من نقص المداخيل ينعكس سلباً على مساهماته في تمويل قطاع الصحة.

3- توسيع مصادر تمويل قطاع الصحة:

نظراً لعدم قدرة مصادر التمويل الكلاسيكية المذكورة آنفاً على تغطية جميع تكاليف قطاع الصحة، رغم الجهود الكبيرة المبذولة والتي يجب تثمينها، إلا أن التفكير في مصادر تمويل أخرى أصبح ضرورة حتمية وذلك لمواجهة التطور الكبير في المتطلبات والتكاليف المتزايدة سنوياً في قطاع الصحة، ومن بين هذه المصادر الجديدة نذكر ما يلي:

- يجب فرض ضرائب جديدة على منتجي مواد التبغ وكذا المشروبات الكحولية، وإدخال جزء كبير منها في ميزانية المراكز الاستشفائية، نظرا لما تسببه هذه السلع من أضرار كبيرة بصحة المستهلك.
- يجب فرض ضرائب جديدة على المؤسسات التي تسبب في تلوث البيئة، وتوجيه مداخيلها للمؤسسات الاستشفائية التي تعنى بعلاج الأشخاص المتضررين جرا هذا التلوث.
- يجب إعادة إدراج مساهمة الجماعات المحلية في ميزانية المؤسسات الصحية، وذلك من أجل الحفاظ على صحة سكانها ووقايتهم من الأمراض.
- يجب رفع مساهمات المؤسسات الخاصة في صناديق الضمان الاجتماعي، وذلك لتغطية العجز الذي تعاني منه، لتمكينها من المساهمة الفعالة في ميزانية قطاع الصحة، لأن مساهماتها تعتبر ضئيلة جدا مقارنة مع الأرباح التي تحققها.

المبحث الرابع: مؤشرات تقييم الوضع الصحي في الجزائر مقارنة ببعض دول المغرب العربي

يتم التطرق إلى دراسة الخدمات الصحية الجزائرية مقارنة ببعض دول المغرب العربي، وذلك بالاعتماد على مؤشرات عالمية نذكر منها ما يلي:

المطلب الأول: المؤشرات المتعلقة بالسكان.

1- التعداد الإجمالي للسكان:

يستند مؤشر التعداد الإجمالي للسكان إلى العدد الإجمالي للسكان بالبلد المذكور بغض النظر عن جنسيتهم، ويوضح الجدول رقم (09) عدد سكان كل من الجزائر، تونس، المغرب وليبيا خلال الفترة الممتدة بين سنة 2005 و2015.

الجدول رقم (09): تعداد إجمالي السكان لدول المغرب العربي (بالمليون).

الدولة/ السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	33.26	33.74	34.26	34.81	35.40	36.03	36.71	37.43	38.18	38.93	39.66
تونس	10.02	10.12	10.22	10.32	10.43	10.54	10.67	10.77	10.88	10.99	11.10
المغرب	30.38	30.69	31.01	31.35	31.71	32.10	32.53	32.98	33.45	33.92	34.37
ليبيا	05.80	05.90	06.01	06.12	06.20	06.26	06.28	06.28	06.26	06.25	06.27

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع: <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.TOTL> vu le : 19/10/2016 a 9 :00

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (09) أن الجزائر تحتل المرتبة الأولى مغاربيا من حيث عدد السكان، ثم تليها المغرب ثم تونس وفي الأخير ليبيا.

2- معدل النمو السكاني:

يقصد بمعدل النمو السكاني تلك التغيرات التي تطرأ على حجم سكان مجتمع ما، بين فترتين زمنييتين ولتكن فترات تعدادية وقد تكون التغيرات موجبة أو سالبة، أي بالزيادة أو النقصان.¹

ويحسب بالمعادلة التالية: معدل النمو السكاني = $(P_2 - P_1) / P_1 * 100 / T$

حيث أن : P_2 : التعداد الحديث.

P_1 : التعداد القديم.

T : الفترة الزمنية الفاصلة بين التعدادين.

¹ <http://www.arabgeographers.net/vb/threads/arab16300/> vu le 19/10/2016, a 09 :48.

الجدول رقم(10) : نسبة الزيادة السكانية لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	1.36	1.44	1.51	1.59	1.68	1.78	1.87	1.95	1.97	1.94	1.86
تونس	0.97	0.98	0.96	1.01	1.07	1.02	1.19	0.97	1.01	1.01	1.01
المغرب	0.97	1.00	1.04	1.09	1.16	1.23	1.31	1.38	1.41	1.39	1.34
ليبيا	1.71	1.80	1.86	1.73	1.39	0.91	0.37	0.08-	0.28-	0.11-	0.31

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع: <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.POP.GROW> vu le: 21/10/2016 a 10 :10.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن نسبة الزيادة السكانية في الجزائر هي الأعلى مقارنة بتونس والمغرب خلال كل سنوات الدراسة، وذلك راجع للاستقرار السياسي وتحسن الأوضاع المعيشية للشعب الجزائري وكذلك تحسن مستوى الرعاية الصحية في الجزائر، إلا أن نسبة دولة ليبيا كانت أكبر من النسب في الجزائر خلال السنوات الأولى للدراسة ثم بدأت بالتراجع منذ سنة 2011 وذلك راجع إلى عدم الاستقرار بعد الأحداث التي عرفتتها ليبيا وما أطلق عليه بالربيع العربي، وتعتبر نسبة الزيادة السكانية في كل من الجزائر وتونس والمغرب مستقرة خلال جميع سنوات الدراسة.

3- إجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص:

يشير معدل المواليد الخام إلى عدد الولادات لمواليد أحياء على مدار العام لكل 1000 شخص، مقدرة في منتصف العام.¹

الجدول رقم (11): إجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	20.82	21.66	22.54	23.38	24.11	24.64	24.92	24.93	24.74	24.31
تونس	17.10	17.10	17.40	17.70	17.70	18.60	18.80	19.30	19.30	19.20
المغرب	20.45	20.55	20.70	20.89	21.07	21.20	21.25	21.19	21.02	20.75
ليبيا	22.46	22.64	22.76	22.81	22.75	22.59	22.30	21.90	21.43	20.89

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع: <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN> vu le: 21/10/2016 a 11:52

¹ <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN> vu le : 21/10/2016 a 11 :34.

من خلال الجدول رقم (11) يتضح لنا أن إجمالي عدد المواليد لكل 1000 شخص كان مستقر ومتقارب في جميع دول المغرب العربي، إلا أن المعدل في الجزائر كان أكبر بقليل حيث وصل إلى حدود 24 مولود حي في خلال السنة الأخيرة من الدراسة.

4- إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات):

يشير متوسط العمر المتوقع عند الميلاد إلى السنوات التي سيعيشها الطفل المولود إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة في وقت ميلاده على ما هي عليها طيلة حياته.¹

الجدول رقم (12): إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	72.20	72.56	72.90	73.22	73.52	73.80	74.07	74.32	74.57	74.81
تونس	73.50	73.90	74.20	74.30	74.45	74.60	74.34	74.00	74.04	74.14
المغرب	70.44	70.85	71.28	71.71	72.15	72.58	72.99	73.36	73.71	74.02
ليبيا	71.47	71.63	71.74	71.79	71.78	71.74	71.68	71.65	71.66	71.72

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع: <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN> vu le: 21/10/2016 a 18:24

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (12) أن إجمالي العمر المتوقع عند الولادة متقارب بين جميع الدول المغاربية، مع وجود تقدم طفيف لكل من الجزائر وتونس والمغرب بالنسبة لليبيا في السنوات الأخيرة للدراسة، نتيجة الأوضاع الغير مستقرة التي تشهدها.

5- العمر المتوقع للذكور عند الميلاد (بالسنوات):

يشير متوسط العمر المتوقع عند الميلاد إلى السنوات التي سيعيشها الطفل المولود إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة في وقت ميلاده على ما هي عليها طيلة حياته.²

الجدول رقم (13): العمر المتوقع للذكور عند الميلاد لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	70.14	70.49	70.81	71.11	71.38	71.63	71.85	72.07	72.29	72.51
تونس	71.60	71.90	72.30	72.40	72.50	72.70	72.10	71.80	71.80	71.90
المغرب	69.11	69.57	70.04	70.53	71.02	71.49	71.94	72.35	72.71	73.02
ليبيا	69.39	69.43	69.42	69.36	69.26	69.13	69.01	68.93	68.91	68.94

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع: <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN> vu le: 02/11/2016 a 08.22

¹ <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN> vu le: 21/10/2016 a 12:06.

² <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN> vu le: 02/11/2016 a 08:09.

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ أن العمر المتوقع عند الميلاد للذكور في الجزائر وتونس والمغرب متقارب نسبيا، إلا أنه منخفض قليلا في ليبيا، ونلاحظ أن العمر المتوقع للذكور أقل من العمر المتوقع الإجمالي كما هو موضح في الجدول السابق.

6- العمر المتوقع للإناث عند الميلاد (بالسنوات):

يشير متوسط العمر المتوقع عند الميلاد إلى السنوات التي سيعيشها الطفل المولود إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة في وقت ميلاده على ما هي عليها طيلة حياته.¹

الجدول رقم (14): العمر المتوقع للإناث عند الميلاد لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	74.36	74.73	75.09	75.43	75.77	76.09	76.40	76.69	76.97	77.22
تونس	75.50	76.00	76.20	76.30	76.50	76.60	76.70	76.30	76.40	76.50
المغرب	71.83	72.20	72.57	72.95	73.34	73.71	74.08	74.43	74.76	75.06
ليبيا	73.66	73.94	74.17	74.33	74.43	74.47	74.49	74.50	74.55	74.63

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع: <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN> vu le: 02/11/2016 a 08.44

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن العمر المتوقع للإناث متقارب نسبيا بين دول المغرب العربي، إلا أنه أعلى في كل من الجزائر وتونس مقارنة بالمغرب وليبيا، هذا راجع إلا التحسن الملحوظ في مستوى الرعاية الصحية في كلا البلدين في السنوات الأخيرة.

المطلب الثاني: المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي.

1- معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي:

يشير معدل وفيات الرضع إلى عدد وفيات الأطفال الرضع قبل بلوغهم سنة لكل 1000 مولود حي في سنة معينة.²

الجدول رقم (15): معدل وفيات الرضع لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	28.80	27.60	26.40	25.30	24.30	23.50	22.80	22.40	22.10	22.00	21.90
تونس	19.60	18.50	17.50	16.60	15.70	14.90	14.20	13.60	13.10	12.60	12.10
المغرب	34.50	33.20	31.90	30.70	29.60	28.50	27.40	26.40	25.50	24.60	23.70
ليبيا	19.80	18.60	17.30	16.10	15.10	14.30	13.90	12.90	12.40	11.90	11.40

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع: <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN> vu le: 21/10/2016 a 18:53.

¹ <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN> vu le: 02/11/2016 a 08:32.

² <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN> vu le : 21/10/2016 a 18 :38.

نلاحظ من خلال تحليل بيانات الجدول رقم (15) أن معدل وفيات الرضع أي الأطفال الأقل من سنة، في الدول المغاربية ينخفض باستمرار خلال السنوات العشر للدراسة، حيث تحتل كل من تونس وليبيا الصدارة بعدد وفيات أقل من الجزائر والمغرب، ويرجع سبب انخفاض معدل وفيات الأطفال إلى التحسن المستمر في مستوى الرعاية الصحية بالدول المغاربية.

2- نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي:

نسبة وفيات الأمهات هي عدد النساء اللائي يتعرضن للوفاة أثناء الحمل والولادة لكل 100 ألف مولود حي، وتم تقدير البيانات بنموذج الانحدار باستخدام معلومات عن الخصوبة، القابلات ومعدل انتشار فيروس الايدز.¹

الجدول رقم (16): يمثل نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي في دول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	148	147	148	148	148	147	147	145	144	141	140
تونس	74	72	71	69	68	67	66	64	64	63	62
المغرب	190	185	179	172	164	153	144	137	131	126	121
ليبيا	11	10	09	09	09	09	09	09	09	09	09

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.STA.MMRT> vu le: 22/10/2016 a 09:12.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أن ليبيا تتصدر الدول المغاربية بنسبة وفيات الأمهات الأقل، تليها تونس ثم تأتي الجزائر والمغرب في الأخير، إلا أننا نلاحظ تحسن مستمر في النسب في جميع الدول خلال سنوات الدراسة.

¹ <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.STA.MMRT> vu le: 22/10/2016 a 8:56.

3- معدل وفيات الأطفال دون 05 سنوات لكل 1000 مولود حي:

يمثل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة معدل 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.¹

الجدول رقم(17): معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
الجزائر	33.60	32.10	30.70	29.40	28.30	27.30	26.60	26.10	25.80	25.60	25.50
تونس	23.00	21.70	20.50	19.40	18.30	17.40	16.50	15.80	15.20	14.60	14.00
المغرب	40.40	38.80	37.30	35.80	34.50	33.10	31.90	30.70	29.70	28.60	27.60
ليبيا	23.10	21.70	20.20	18.80	17.60	16.60	17.60	15.10	14.50	13.90	13.40

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT> vu le: 22/10/2016 a 09:38.

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (17) أن تونس وليبيا تتصدران الترتيب في الدول المغاربية بمعدل أقل بالنسبة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، أما نسب الجزائر والمغرب فتكاد تكون متقاربة، كما نلاحظ أن هناك تحسن مستمر في السنوات الأخيرة للدراسة في جميع الدول المغاربية، وهذا راجع إلى تحسن مستوى الخدمات الصحية في هذه الدول.

4- معدل الخصوبة الإجمالي (عدد الولادات لكل امرأة):

يشير معدل الخصوبة الإجمالي إلى عدد الأطفال الذين ستلدهم امرأة إذا قدر لها أن تعيش حتى نهاية سنوات قدرتها على الإنجاب وأن تغدو حاملا طبقا لمعدل الخصوبة السائدة في سن معينة.²

الجدول رقم(18): معدل الخصوبة الإجمالي لدول المغرب العربي.

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	02.50	02.58	02.66	02.74	02.82	02.87	02.90	02.91	02.89	02.86
تونس	02.04	02.03	02.04	02.06	02.05	02.13	02.15	02.20	02.20	02.20
المغرب	02.47	02.47	02.48	02.50	02.52	02.54	02.54	02.54	02.54	02.52
ليبيا	02.67	02.66	02.65	02.64	02.62	02.60	02.58	02.54	02.51	02.47

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.TFRT.IN> vu le: 29/10/2016 a 10:41.

¹ <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT> vu le: 22/10/2016 a 9:24.

² <http://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN> vu le: 29/10/2016, a 10:39.

يتضح لنا من خلال بيانات الجدول رقم (18) أن معدل الخصوبة الإجمالي لدول المغرب العربي متقارب وفي استقرار نسبي، هذا ما ينعكس على معدل الزيادة الطبيعية لسكان المنطقة.

المطلب الثالث: المؤشرات المتعلقة بالإنفاق على الخدمات الصحية.

1- نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي:

إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية والخاصة، وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقاية والعلاج)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي.¹

الجدول رقم (19): نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي لدول المغرب العربي

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	03.24	03.36	03.82	04.20	05.36	05.12	05.29	06.14	07.12	07.21
تونس	05.57	05.64	05.64	05.63	06.18	06.54	07.15	07.18	07.26	07.00
المغرب	05.06	05.23	05.48	05.41	05.67	05.86	05.99	06.15	05.94	05.91
ليبيا	02.71	02.51	02.63	02.04	03.16	03.05	04.77	04.30	04.33	04.97

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات مؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> vu le: 07/11/2016 a 21:02.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (19) أن نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي في تزايد مستمر بالنسبة لجميع دول المغرب العربي، وتعتبر الجزائر الدولة الأكبر إنفاقاً على الخدمات الصحية في المغرب العربي، حيث ارتفعت نسب الإنفاق من 03.24 سنة 2005 لتصل إلى حدود 07.21 سنة 2014 أي هناك تضاعف في نسب الإنفاق الشيء الذي يعكس التحسن المستمر في مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

2- نسبة الإنفاق القطاع العام على الخدمات الصحية (من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية):

يتكون 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).²

¹ <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS> vu le: 07/11/2016, a 20:48.

² <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PUBL> vu le: 09/11/2016, a 09:56.

الجدول رقم(20):نسبة الإنفاق العام على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	70.48	69.59	70.80	72.89	71.61	70.22	71.34	73.58	72.83	72.76
تونس	51.48	52.35	52.33	54.04	56.72	58.52	58.25	57.92	58.22	56.67
ليبيا	64.65	65.37	66.56	67.73	68.88	70.00	63.31	70.25	69.67	73.54

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PUBL> vu le: 09/11/2016 a 10:10.

نستنتج من خلال الجدول رقم (20) أن الجزائر تتصدر دول المغرب العربي من حيث الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة، حيث يمثل الإنفاق الحكومي أكثر من ثلثي الإنفاق الإجمالي على قطاع الصحة، وذلك راجع للسياسة المتبعة من طرف الجزائر والمتمثلة في مجانية الرعاية الصحية.

3- نسب الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة:

النفقات الشخصية هي أية مصروفات مباشرة للأسرة على الرعاية الصحية، بما في ذلك مصاريف أو مدفوعات عينية تقدم للممارسين الطبيين وموردي المستحضرات الصيدلانية، والأجهزة العلاجية والسلع والخدمات الأخرى التي يكون القصد الرئيسي منها هو المساهمة في استعادة أو تعزيز الحالة الصحية للأفراد أو الفئات السكانية، وهذه النفقات هي جزء من النفقات الصحية الخاصة.¹

الجدول رقم(21):نسبة الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	28.09	29.12	28.09	26.15	27.45	28.88	27.87	25.70	26.44	26.50
تونس	40.83	40.76	41.38	39.93	37.52	35.89	36.43	36.73	36.37	37.73
ليبيا	35.35	34.63	33.44	32.27	31.12	30.00	36.69	29.75	30.33	36.46

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS> vu le: 09/11/2016 a 10:35.

4- نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي):

نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية هو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة التي يستفيد منها كل فرد، وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، معبر عنها بالقيمة الحالية للدولار الأمريكي.

¹ <http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS> vu le: 09/11/2016 a 10:14.

الجدول رقم(22): نصيب الفرد من الإنفاق على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي

الدول/السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
الجزائر	100.36	116.34	150.55	206.41	207.72	228.92	286.97	335.27	345.65	361.73
تونس	177.84	190.30	213.16	242.57	255.40	270.94	305.08	297.74	309.47	305.31
المغرب	99.08	111.94	132.81	153.51	162.40	165.63	182.64	178.72	184.23	190.05
ليبيا	211.95	233.94	273.51	317.77	350.64	394.34	307.86	655.43	516.07	371.72

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على إحصائيات لمؤشرات التنمية العالمية والبنك الدولي على الموقع:

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.PCAP> vu le: 09/11/2016 a 09:38.

من خلال الجدول رقم (22) نستنتج أن نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في دول المغرب العربي في ارتفاع مستمر خلال سنوات الدراسة، نستنتج كذلك أن الجزائر وليبيا تتصدران الترتيب، وذلك راجع للإنفاق الحكومي الكبير الموجه لقطاع الصحة في كلا البلدين.

خلاصة:

تبين المراحل التاريخية التي تم التطرق إليها خلال هذا الفصل، أن النظام الصحي في الجزائر عرف عدة تطورات، سواء أثناء فترة ما قبل الاستقلال أو بعدها، وتمثلت أهم التطورات في زيادة عدد المرافق والمؤسسات الصحية ومضاعفة عدد مقدمي الخدمة، لكن أهم التطورات كانت بعد الاستقلال، حيث تبنت الحكومات المتعاقبة سياسة الطب المجاني، وكان أهم أهدافها القضاء على الأوبئة والأمراض المتنقلة، وكذا بعث برامج التلقيح الإجباري وبرامج الوقاية من الأمراض المعدية، وقد عمدت السلطة كذلك إلى التوزيع العادل للطواقم الطبي لتمكين المواطنين من العلاج سواء كانوا في الريف أو في الحضر، وفي السنوات الأخيرة عرفت المنظومة الصحية تحسنا ملحوظا وذلك راجع إلى سياسة الإصلاح التي اتبعتها الوزارة الوصية والتي مكنت من تدارك تدهور الخدمات الصحية المقدمة للسكان في المؤسسات العمومية.

ورغم كل هذا ظلت المنظومة الصحية في الجزائر تعاني من مجموعة من النقائص، ترجع في أغلبها إلى التركيز على الجانب الميكلي في عمليات الإصلاح وإهمال الجانب البشري، فإهمال الظروف الاجتماعية والاقتصادية لمقدمي الخدمة يعتبر العائق الأكبر الذي يعرقل عملية تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الفصل الرابع:

تحليل واقع إدارة الجودة
الشاملة في المؤسسات
الاستشفائية الجزائرية

تمهيد:

قام الباحث في إطار تحليل دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية، من الناحية النظرية بتشكيل ثلاثة فصول، تم التطرق فيها إلى مختلف المفاهيم النظرية حول إدارة الجودة الشاملة كمبدأ إداري حديث، ثم التطرق إلى الخدمات الصحية بتعريفها وشرح أبعاد الجودة الصحية، ثم التطرق إلى النظام الصحي في الجزائر بالتفصيل.

وعليه جاء هذا الفصل والذي يحوي دراسة ميدانية لواقع جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة وهي: المركز الاستشفائي الجامعي بن باديس قسنطينة، المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة، المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة، تحديد أي بعد من أبعاد الجودة متوفرة وما هي الأبعاد الناقصة وسبل معالجة النقائص، للوصول إلى مستوى الخدمات التي يتوقعها المرضى.

وقد جاء هذا الفصل تحت عنوان: تحليل واقع إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية

الجزائرية. متضمنا المباحث التالية:

- المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة .
- المبحث الثاني: تحليل بيانات الدراسة.
- المبحث الثالث: اختبار نتائج وفرضيات الدراسة.

المبحث الأول: الإطار المنهجي للدراسة

اعتمدنا في دراستنا على أسلوب الاستبيان في جمع المعلومات، حيث أن الاستبيان هو مجموعة من الأسئلة المتنوعة والتي ترتبط ببعضها البعض بشكل يحقق الهدف الذي يسعى إليه الباحث من خلال المشكلة التي يطرحها بحثه، ويرسل الاستبيان بالبريد أو يسلم مباشرة إلى مجموعة من الأفراد أو المؤسسات التي اختارها الباحث لبحثه لكي يتم تعبئتها ثم إعادتها للباحث، وسنقوم من خلال هذا المبحث بتقديم مؤسسات عينة الدراسة ثم شرح لكيفية تصميم هذا الاستبيان وعناصره، والأسلوب المستعمل في تحليل البيانات وتحليل خصائص مجتمع الدراسة وعينته، وفي الأخير اختبار فرضيات الدراسة.

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

كما وضحنا سابقا فان دراستنا ستوضح دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية داخل المستشفيات، وستتضمن دراستنا عينة مكونة من ثلاثة مؤسسات استشفائية، المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس بولاية قسنطينة، والمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بولاية باتنة، والمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة بولاية خنشلة، وسنقوم من خلال هذا المطلب بالتعريف بهذه المؤسسات الثلاثة.

1- المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة.

1-1- نشأة المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس:

مر المركز الاستشفائي الجامعي لخضر عبد السلام ابن باديس بقسنطينة بعدة تغيرات منذ تاريخ إنشائه سنة 1846م، حيث بني كمعبد متمثل في مركز تكوين رجال الدين، ثم تحول إلى ثانوية، ثم تحول إلى ثكنة عسكرية لطبيعة موقعه الاستراتيجي حيث يقع على علو 650 متر عن سطح البحر فوق صخرة كبيرة، ومساحته ذات الطبيعة الصخرية والمقدرة بثلاثة عشر هكتار منها خمسة هكتارات مبنية، وبعدها حول إلى مستشفى عسكري سنة 1948م، ثم مركز استشفائي جهوي سنة 1960م، وبقي كذلك إلى غاية 1981م أين أصبح على رأس القطاع الصحي لمدينة قسنطينة، وبموجب المرسوم التنفيذي رقم 86-298 المؤرخ في 14 ربيع الثاني 1407 الموافق لـ 16 ديسمبر 1986م أصبح مركز استشفائي جامعي الحكيم لخضر عبد السلام ابن باديس¹، وذلك تحت إطار المرسوم التنفيذي رقم 86-252 المؤرخ في 20 جمادى الثانية عام 1406 الموافق لـ 11 فيفري 1986م المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية المعدل والمتمم، وبقي إلى غاية 31 ديسمبر 1996م على هذا الحال.

يحتوي المركز الاستشفائي ابن باديس على عدة هياكل ووحدات بمجموع 1755 سرير موزعة على:

¹ المرسوم التنفيذي رقم 86-298 المؤرخ في 14 ربيع الثاني 1407 الموافق لـ 16 ديسمبر 1986م.
² المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 20 جمادى الثاني عام 1406 الموافق لـ 11 فيفري 1986م، يتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادر في 03 جمادى الثانية 1406 الموافقة لـ 12 فيفري 1986م.

- مستشفى الحكيم ابن باديس 1399 سرير.
- مركز طب الأطفال بالمنصورة 120 سرير.
- عيادة الولادة سيدي مبروك 86 سرير.
- مستشفى الأمراض العقلية بجبل الوحش 150 سرير.
- مركز طب وجراحة الأسنان بالقصبة.

وبموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 شعبان 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر 1997م المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، ألغي المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المذكور سابقا، وأصبح المركز الاستشفائي الجامعي الحكيم ابن باديس بقسنطينة وإلى يومنا هذا يضم 1459 سرير موزعة على الهياكل التالية:

- الوحدة المركزية مستشفى الحكيم لخضر عبد السلام ابن باديس.
- وحدة جراحة الأسنان شارع سي عبد الله بالقصبة.
- مستشفى النهار لأمراض السرطان بالخراب.

1-2- الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة:

لتنفيذ المهام وتحقيق الأهداف التي يصبوا إليها المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس، سطر الهيكل التنظيمي الإداري بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المشار إليه سابقا، وكذا بالقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أبريل 1998م المحدد للتنظيم الإداري للمراكز الاستشفائية الجامعية، حيث استلهم الهيكل الجديد الحالي وفق التنسيق العمودي التالي:

- المجلس الإداري: هي هيئة تدير المركز الاستشفائي الجامعي، لها صلاحيات تابعها استراتيجي من خلال المداولات التي تعقدتها مرة كل ستة أشهر حول:
 - مخطط التنمية القصير والمتوسط المدى.
 - مشروع ميزانية المركز الاستشفائي الجامعي.
 - الحسابات التقديرية والحسابات الإدارية.
 - مشاريع الاستثمار والمخططات التنظيمية للمصالح الاستشفائية الجامعية.
 - العقود المتعلقة بالخدمات العلاجية الموقعة مع شركاء المركز الاستشفائي الجامعي لا سيما صندوق الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاضديات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى.
 - مشروع جدول الموظفين والنظام الداخلي للمركز الاستشفائي.
 - قبول الهبات أو رفضها.

وغيرها من المواضيع التي يشترك في دراستها أعضاء المجلس، ويتكون المجلس الإداري من الأعضاء التاليين:

- ممثل الوزير المكلف بالصحة - بصفته رئيسا-.
 - ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي.
 - ممثل الإدارة المالية.
 - ممثل التأمينات الاقتصادية.
 - ممثل هيئات الضمان الاجتماعي.
 - ممثل المجلس الشعبي البلدي مقر المركز الاستشفائي الجامعي (بلدية قسنطينة).
 - ممثل المجلس الشعبي الولائي مقر المركز الاستشفائي الجامعي (ولاية قسنطينة).
 - ممثل الأخصائيين الاستشفائيين الجامعيين ينتخبه زملاؤه.
 - ممثل المستخدمين الطبيين والمستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملاؤه.
 - ممثل جمعيات المنتفعين.
 - رئيس المجلس العلمي للمركز الاستشفائي الجامعي.
 - ممثل العمال ينتخبه زملاؤه.
- ويشارك المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي في مداورات مجلس الإدارة بصوت استشاري ويتولى أمانة مجلس الإدارة.
- **المجلس العلمي:** هي عبارة عن هيئة استشارية تتكون من رؤساء المصالح ومدير مؤسسة التعليم العالي المعنية وأعضاء يعينهم المدير العام من بين المجموعة العلمية، زيادة إلى أستاذ محاضر ينتخبه زملاؤه، وكذا موظف شبه طبي عالي الرتبة يعينه المدير العام، وتكمن وظيفة المجلس العلمي في إصدار آراء تخص:
 - إقامة علاقات علمية بين المصالح الاستشفائية.
 - مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الاستشفائية وإعادة تهيئتها.
 - برامج الصحة والسكان والتظاهرات العلمية والتقنية.
 - اقتراح إجراءات تخص نشاط المصالح الاستشفائية وبرامج التكوين والبحث في علوم الطب.
 - **اللجنة الاستشارية:** وهي لجنة مهمتها مساعدة المدير العام في أداء مهامه وتطبيق قرارات المجلس العلمي، وتتكون من الأعضاء:
 - المدير العام (رئيسا)؛
 - رئيس المجلس العلمي؛
 - من ثلاث إلى سبع رؤساء مصالح يعينهم المجلس العلمي.
 - **المدير العام:** هو المسئول الأول عن تسيير المركز الاستشفائي الجامعي، حيث تتمثل مهامه في ممارسة سلطته على الموظفين الخاضعين له، وكذا إبرام كل الصفقات التي تخص المركز الاستشفائي الجامعي، وكذلك تمثيل المركز الاستشفائي أمام العدالة، بالإضافة إلى العديد من المهام الأخرى.

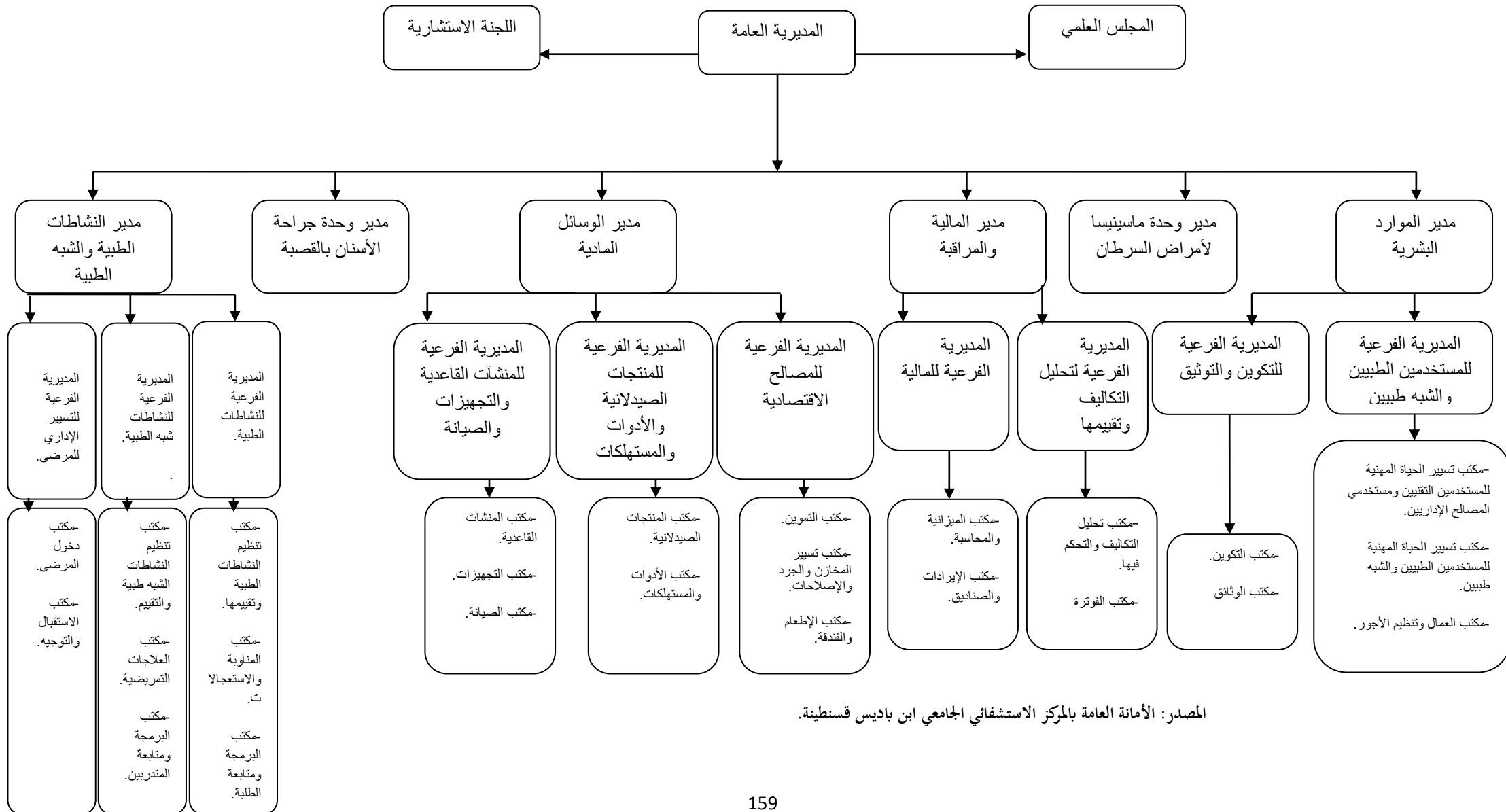
ويساعد المدير العام في تأدية مهامه الأمين العام للمركز الاستشفائي، حيث يعمل على التنسيق بين مختلف الهياكل والمصالح التي تشكل المركز الاستشفائي، وتخضع مجموعة من المكاتب للسلطة المباشرة للمدير العام وهي:

- مكتب الإعلام والاتصال؛
- مكتب الشؤون القانونية والمنازعات والصفقات؛
- مكتب الأمن والمراقبة العامة.
- مدير وحدة جراحة الأسنان المتواجدة بالقصبة: تحت سلطة المدير العام وتضم ثلاث مكاتب:
 - مكتب إدارة الوسائل؛
 - مكتب المستخدمين؛
 - مكتب النشاطات الطبية وشبه الطبية.
- مدير وحدة ماسينيسا لأمراض السرطان (مستشفى النهار) بالخروب: وهي تحت سلطة المدير العام وتضم ثلاث مكاتب:
 - مكتب إدارة الوسائل؛
 - مكتب المستخدمين؛
 - مكتب النشاطات الطبية وشبه الطبية.
- مديرية النشاطات الطبية والشبه الطبية: وهي إحدى المديريات التي تساعد المدير العام في مهامه على مستوى الوحدة المركزية للمركز الاستشفائي ابن باديس وتعمل على:
 - متابعة النشاطات المهنية للأطباء والشبه طبيين؛
 - تقييم ومتابعة الأنشطة الطبية والشبه طبية؛
 - إعداد الدورات التكوينية في المجالين الطبي والشبه طبي؛
 - الإشراف على عقد الندوات والمؤتمرات المتعلقة بالمجال الطبي والشبه طبي.
 وتنقسم مديرية النشاطات الطبية والشبه طبية إلى ثلاثة مديريات فرعية كما يلي:
 - المديرية الفرعية للتسيير الإداري للمريض: وتضم مكتب الاستقبال والتوجيه ومكتب الدخول ومكتب النشاطات الاجتماعية والعلاج.
 - المديرية الفرعية للنشاطات الشبه طبية: وتضم ثلاث مكاتب وهي:
 - مكتب تنظيم النشاطات الشبه طبية وتقييمها.
 - مكتب العلاجات المرضية.
 - مكتب البرمجة ومتابعة المتدربين.
 - المديرية الفرعية للنشاطات الطبية: وتضم ثلاث مكاتب وهي:

- مكتب تنظيم النشاطات الطبية.
 - المناوبة والاستعجالات.
 - البرمجة ومتابعة الطلبة.
 - **مديرية الوسائل المادية:** كانت تسمى مديرية الهياكل القاعدية والتجهيزات، وتمثل مهامها في:
 - تسيير كل الوسائل المادية، وتوزيعها بطريقة عقلانية بين مختلف المصالح.
 - إعداد المخططات السنوية للتجهيزات والصيانة.
 - تسيير المخازن: الصيدلية والمواد الاستهلاكية.
 - وتنقسم مديرية الوسائل المادية إلى ثلاثة مديريات فرعية وهي:
 - **المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية:** تعمل على متابعة الاستهلاك حسب نوعه، مع تدوين كل ما تم إيراده من مساهمة العمال والأطباء الداخليين في تكلفة الوجبات الغذائية التي يقدمها المركز الاستشفائي لمستخدميه، وتضم المكاتب الثلاثة التالية:
 - مكتب التموين.
 - مكتب تسيير المخزون والجرد والمعدات.
 - مكتب الإطعام والفندقة.
 - **المديرية الفرعية للمنتجات الصيدلانية والأدوات:** والتي تعمل على تسيير الخمس مخازن التالية:
 - مخزن الأدوية؛
 - مخزن المستهلكات الطبية والتوابع؛
 - مخزن الوسائل الطبية؛
 - مخزن الضمادات والأشرطة الرابطة؛
 - مخزن الكواشف والمواد الكيماوية.
 - **المديرية الفرعية للمنشآت القاعدية والتجهيزات والصيانة:** وهي مكلفة بمجرد كل ما هو خاضع للإهلاك، إضافة إلى تسيير المخازن التقنية والوسائل الطبية والأوراق والمخزن العام.
 - مديرية المالية:** كانت تابعة لمديرية الإدارة العامة كمديرية فرعية، إلا أنها بموجب المرسوم 97-467 المتعلق بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية تحولت إلى مديرية رئيسية مسئولة عن:
 - متابعة تنفيذ الميزانية السنوية للتسيير والأغلفة المالية؛
 - السهر على التنفيذ والاستغلال العقلاني للموارد المالية؛
 - اقتراح تجزئة الميزانية السنوية قبل مداولتها بالمجلس الإداري.
- وتضم مديرية المالية والمراقبة مديرتين فرعيتين هما:

- المديرية الفرعية للمالية والمراقبة: وتضم مكتب الميزانية والمحاسبة، ومكتب الإيرادات والصندوق.
 - المديرية الفرعية لتحليل التكاليف وتقييمها: وتضم مكتب تحليل التكاليف، ومكتب الفوترة.
 - مديرية الموارد البشرية: هي مديرية تهتم بالموارد البشرية للمركز الاستشفائي الجامعي، وتكمن مهامها في:
 - استشراف احتياجات المركز الاستشفائي من الموارد البشرية على المدى المتوسط والطويل؛
 - إعداد مخططات التوظيف والترقية؛
 - إعداد سياسة التدريب والتكوين بالتنسيق مع مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية؛
 - إعداد نظام الأجور والحوافز للمستخدمين الطبيين والشبه طبيين وجميع المستخدمين؛
 - إعداد ملفات الضمان الاجتماعي والتقاعد للمستخدمين؛
 - متابعة المسار الوظيفي لجميع المستخدمين في المركز الاستشفائي الجامعي.
 - وتنقسم مديرية الموارد البشرية إلى مديرتين فرعيتين هما:
 - المديرية الفرعية للتكوين والوثائق: وتضم مكتب التكوين الذي يسهر على إعداد مخططات تكوين المستخدمين لرفع مستواهم وتحقيق خدمات ذات جودة، ومكتب الوثائق الذي يضم مكتبة مركزية ومركز التوثيق المتعلق بمجال العلاج والطب.
 - المديرية الفرعية للمستخدمين: وتضم ثلاثة مكاتب:
 - مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الطبيين والشبه طبيين؛
 - مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الإداريين والتقنيين ومستخدمي المصالح؛
 - مكتب العمال والأجور والتنظيم والذي يعد الأجرة الشهرية لجميع المستخدمين.
- سنحاول اختصار ما ذكر أعلاه في الشكل الموالي والذي يوضح الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس وفق القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أفريل 1998م.

الشكل رقم (01): الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة



1-3- الوحدات والمصالح الاستشفائية الجامعية المكونة للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس:

يتكون المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس من خمسون مصلحة استشفائية، أنشأت هذه المصالح تطبيقا للمادة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 86-25 وطبقا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 22 ماي 1993م المتضمن تعريف وتنظيم وسير المصالح الاستشفائية الجامعية والوحدات المكونة لها، وقدر عدد الأسرة بالمصالح الاستشفائية بالمركز الاستشفائي ابن باديس بـ 1459 سرير، موزعة على المصالح الاستشفائية الخمسون والمقسمة إلى ستة أقسام حسب أنشطتها وذلك على النحو التالي:

- المصالح الاستشفائية الجامعية الطبية: وتضم 17 مصلحة موزعة كالتالي:

- مصلحة الرضع؛
- مصلحة طب الأطفال؛
- مصلحة أمراض المفاصل؛
- مصلحة الطب الداخلي؛
- مصلحة أمراض الأعصاب؛
- مصلحة أمراض الجهاز الهضمي والكبد؛
- مصلحة الطب النووي؛
- مصلحة الأمراض المعدية؛
- مصلحة الأنكولوجيا؛
- مصلحة أمراض الغدد؛
- مصلحة العلاج بالأشعة،
- مصلحة الإنعاش الطبي؛
- مصلحة أمراض القلب؛
- مركز المحروقين؛
- مصلحة الأمراض الصدرية؛
- مصلحة أمراض الدم؛
- مصلحة أمراض الجلد.

- المصالح الاستشفائية الجامعية والاستعجالية والطبية الجراحية: وتتكون من 03 مصالح كالتالي:

- مصلحة الاستعجالات الجراحية؛
- مصلحة الاستعجالات الطبية؛
- الوحدة الطبية والاستعجالية المتنقلة.

- المصالح الاستشفائية الجامعية الجراحية: وتتكون من 10 مصالح بما 22 غرفة عمليات كالتالي:

- مصلحة الجراحة أ؛
- مصلحة أمراض الفك والوجه؛
- مصلحة أمراض الأنف الأذن والحنجرة؛
- مصلحة الجراحة ب؛
- مصلحة أمراض العيون؛
- مصلحة الولادة؛
- مصلحة جراحة الأعصاب؛
- مصلحة أمراض العظام والصدمات؛
- مصلحة الجراحة الصدرية؛
- مصلحة الجراحة البلاستيكية.

- المصالح الاستشفائية الجامعية دون أسرة: وتتكون من 05 مصالح كالتالي:

- مصلحة طب العمل؛
- مصلحة الطب الشرعي؛
- مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي؛
- مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي؛
- مركز نقل الدم.

- المصالح الاستشفائية الجامعية لجراحة الأسنان: وتتكون من 04 مصالح كالتالي:

- مصلحة حفظ الأسنان؛
- مصلحة تقويم الأسنان؛
- مصلحة ترميم الأسنان؛
- مصلحة أمراض اللثة.

- المصالح الاستشفائية الجامعية المتمثلة في الجناح التقني: وتضم 11 مخبر كالتالي:

- مخبر علم الأحياء؛
- مخبر علم الأنسجة؛
- مخبر الكيمياء الحيوية؛
- مخبر الفيسيولوجيا؛
- مخبر الایمیوبیولوجیا؛
- مخبر علم الأعضاء؛
- مخبر علم الخلايا؛
- مخبر التسمم؛
- مخبر الطفيليات؛
- مركز التصوير بالأشعة؛
- مخبر علم التشريح.

1-4- حجم الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس:

يحتوي المركز الاستشفائي الجامعي الحكيم ابن باديس على إمكانيات بشرية معتبرة، تتوزع بين مختلف المصالح الاستشفائية الجامعية، ويبلغ عدد المستخدمين بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس 3047 مستخدم خلال سنة 2016م، مقسمين حسب الأصناف التالية:

- **المستخدمون الطبيين:** وهم الممارسون لمهنة الطب منهم الأساتذة الاستشفائيون، والأطباء الأخصائيين، والأطباء المقيمين، الأطباء العامين، والأطباء النفسيين، وقد بلغ عددهم الكلي 1635 فردا.

– المستخدمون الشبه طبيين: وهم المرضى المؤهلين ومساعدو التمريض، وقد بلغ عددهم 293 فردا.

– المستخدمون الإداريين والتقنيين: وهم يتشكلون من المستخدمين الإداريين والتقنيين ومستخدمي المصالح والأعوان المؤقتين والمتعاقدين، وقد بلغ عددهم 1119 فردا.

الجدول رقم (23): توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة.

العدد	فئة المستخدمين
67	بروفيسور
246	أساتذة استشفائيون (محاضرون + مساعدون)
73	أطباء أخصائيون
1072	أطباء مقيمون
93	أطباء عامون
293	شبه طبي
84	أطباء نفسانيون
1119	إداريون وغيرهم
3047	المجموع

المصدر: مديرية الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس.

2- المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة.

2-1- نشأة المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي:

يعتبر المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي أهم مرفق صحي بولاية باتنة، حيث نشأ أثناء الحقبة الاستعمارية سنة 1950م كمرفق صحي تابع للثكنة العسكرية المقابلة له، وفي عام 1965م تحول إلى مستشفى مدني وتم افتتاح أقسام مختصة بطب الأطفال والجراحة العامة ومصلحة التوليد وذلك بوجود جهاز تقني بسيط، وفي سنة 1979م تم تدشين الهيكل الجديد وانطلاقه في الخدمة، ثم تم إعادة هيكلته في إطار الخريطة الصحية

لسنة 1982م في تنظيم جديد يحتوي على 25 قسم سواء للخدمات الصحية أو للتكوين¹، ثم تحول إلى مركز استشفائي جامعي سنة 1986م² أين أسندت له مهام التكوين.

يتربع المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي على مساحة تقدر بـ 8.67 هكتار منها 73345 م² غير مبنية و 13255 م² مبنية، وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية، مع بقاءه عمليا يخضع لرقابة وزارة الصحة والسكان، تم إنشاء المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بموجب مرسوم تنفيذي بناء على القرار المشترك بين وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزير التعليم العالي والبحث العلمي، حيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية.

2-2- الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي:

لتنفيذ المهام وتحقيق الأهداف التي يصبوا إليها المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي، سطر الهيكل التنظيمي الإداري بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المشار إليه سابقا، وكذا بالقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أبريل 1998م المحدد للتنظيم الإداري للمراكز الاستشفائية الجامعية، حيث استلهم الهيكل الجديد الحالي وفق التنسيق العمودي التالي:

- **المديرية العامة:** تعد الهيكل الأساسي لجميع المديريات التابعة للمؤسسة، يتأسسها المدير العام الذي يتكفل بتنفيذ جميع القرارات والسهر على تطبيقها والتسيير والتنظيم، كما ينظم ويتأسس الاجتماعات سواء الإدارية منها أو التقنية، وتظم المديرية العامة أربعة مكاتب تقوم بمهام مكملتها لبعضها البعض، ويساعد المدير العام أعضاء اللجنة الاستشارية في فترة دورات المجلس العلمي، ومجلس الإدارة، حيث يشكل هذا الأخير عدد من الممثلين يشاركون في المداورات وهم:

- ممثل الوزير المكلف بالصحة رئيسا؛
- ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي؛
- ممثل الإدارة المالية؛
- ممثل التأمينات الاقتصادية؛
- ممثل هيئات الضمان الاجتماعي؛
- ممثل المجلس الشعبي البلدي (بلدية باتنة)؛
- ممثل المجلس الشعبي الولائي (ولاية باتنة)؛

¹ للمرسوم التنفيذي رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981.

² للمرسوم التنفيذي رقم 86-303 المؤرخ في 16 ديسمبر 1986م.

- ممثل الأخصائيين الاستشفائيين الجامعيين ينتخبه زملاؤه؛
 - ممثل المستخدمين الطبيين والمستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملاؤه؛
 - ممثل جمعيات المنتفعين؛
 - رئيس المجلس العلمي للمركز الاستشفائي الجامعي؛
 - ممثل العمال ينتخبه زملاؤه.
- ويعين أعضاء مجلس الإدارة لمدة ثلاثة سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوزير المكلف بالصحة وباقتراح من السلطات التابعة له، كما يجتمع مجلس الإدارة وجوبا في دورة عامة كل ستة أشهر، يعين المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي بمرسوم تنفيذي أو باقتراح من الوزير المكلف بالصحة وتنتهي مهامه بالطريقة نفسها، كما يساعد المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي في تأدية مهامه أمينا عاما ومدراء فرعيين وعند الضرورة مدراء الوحدات.

- مديرية الموارد البشرية: وتتكون من ثلاث مكاتب:

- مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الإداريين؛
- مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الطبيين والشبه طبيين؛
- مكتب العمال والتنظيم والأجور.

- مديرية التكوين والوثائق: وتتكون من مكاتبين:

- مكتب التكوين؛
- مكتب الوثائق.

- مديرية المالية والمراقبة: وتتكون من مديريتين فرعيتين:

*المديرية الفرعية للمالية: وتشمل مكاتبين:

- مكتب الميزانية والمحاسبة؛
- مكتب الإيرادات والصناديق.

*المديرية الفرعية لتحليل التكاليف وتقييمها: وتشمل مكاتبين:

- مكتب تحليل التكاليف؛
- مكتب الفوترة.

- مديرية الوسائل العامة: وتشمل ثلاثة مديريات فرعية:

* المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية: وتشمل ثلاثة مكاتب:

- مكتب التموين؛
- مكتب تسيير المخازن والجرد والإصلاحات؛
- مكتب الإطعام والفندقة.

* المديرية الفرعية للمنتجات الصيدلانية والأدوات والمستهلكات: وتشمل مكاتبين:

- مكتب المنتجات الصيدلانية؛
- مكتب الأدوات والمستهلكات.

* المديرية الفرعية للمنشآت القاعدية والتجهيزات والصيانة: وتشمل على ثلاث مكاتب:

- مكتب التجهيزات؛
- مكتب المنشآت القاعدية؛
- مكتب الصيانة.

- مديرية النشاطات الطبية والشبه طبية: وتتكون من أربعة مديريات فرعية كما يلي:

- المديرية الفرعية للنشاطات الطبية: وتشمل ثلاث مكاتب :

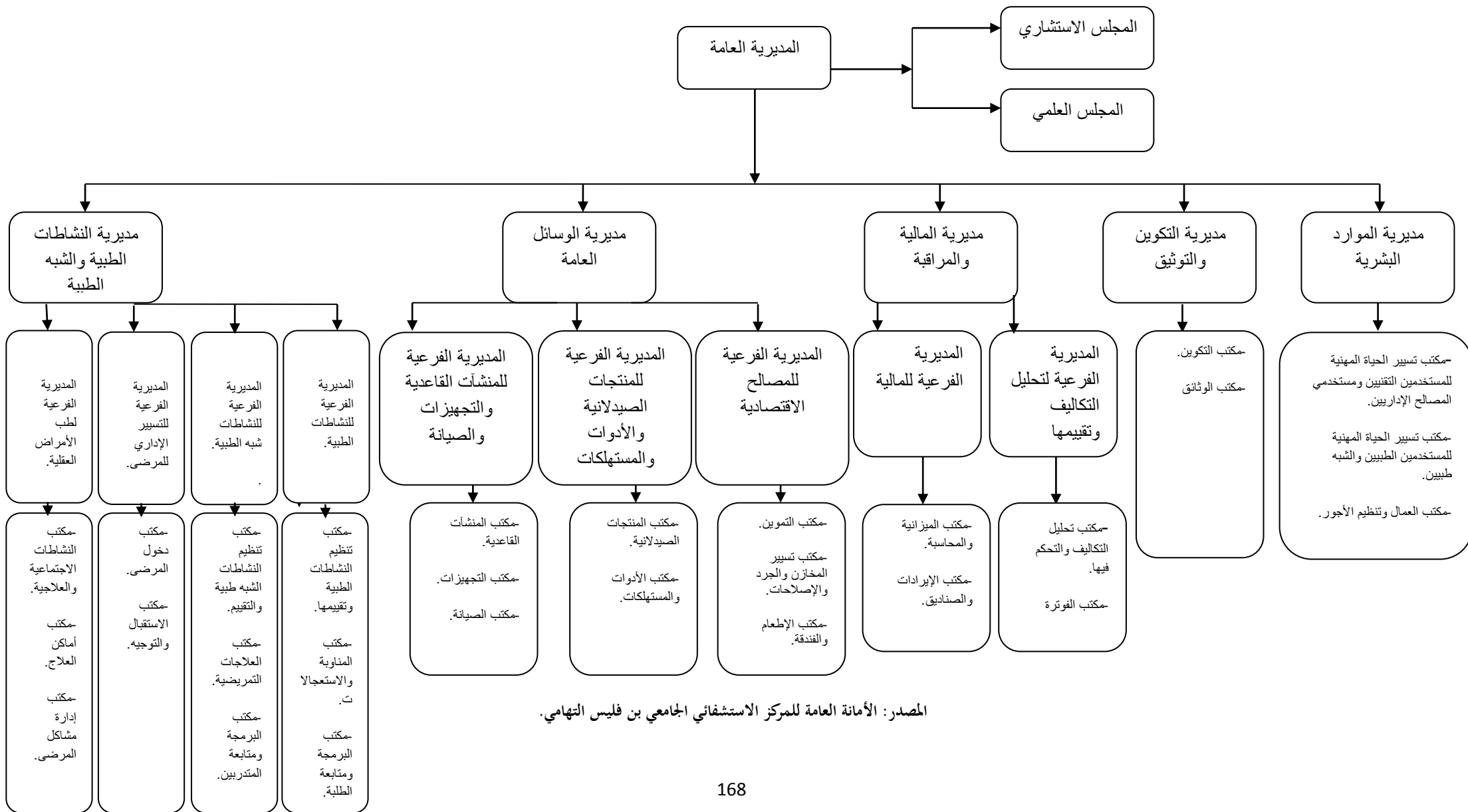
- مكتب البرمجة ومتابعة الطلب؛
- مكتب تنظيم النشاطات الطبية وتنظيمها؛
- مكتب المناوبة والاستعجالات.

- المديرية الفرعية للنشاطات الشبه طبية: وتشمل ثلاث مكاتب :

- مكتب تنظيم النشاطات الشبه طبية وتقييمها؛

- مكتب المعالجة ومتابعة المتدربين؛
 - مكتب العلاجات التمريضية.
 - المديرية الفرعية للتسيير الإداري للمرضى: وتشمل على مكاتبين:
 - مكتب دخول المرضى؛
 - مكتب الاستقبال والتوجيه.
 - المديرية الفرعية لطب الأمراض العقلية: وتشمل ثلاث مكاتب:
 - مكتب النشاطات الاجتماعية والعلاجية؛
 - مكتب أماكن العلاج؛
 - مكتب إدارة مشاكل المرضى.
- وسنوضح من خلال الشكل التالي الهيكل التنظيمي التفصيلي للمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي.

الشكل رقم (02): الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي.



2-3- الوحدات والمصالح الاستشفائية الجامعية المكونة للمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بباتنة:

يتكون المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي من خمس وعشرون مصلحة استشفائية، أنشأت هذه المصالح تطبيقا للمادة 04 من المرسوم المشترك بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي ووزارة المالية رقم: 07 المؤرخ في 2007/12/01، والمتضمن إنشاء وتنظيم المصالح الاستشفائية الجامعية والوحدات المكونة لها، وقدر عدد الأسرة بالمصالح الاستشفائية بالمركز الاستشفائي بن فليس التهامي بـ 635 سرير، موزعة على المصالح الاستشفائية الخمس والعشرون على النحو التالي:

- المصالح الاستشفائية الجامعية الطبية: وتضم 10 مصالح موزعة كالتالي:

- مصلحة أمراض القلب؛
- مصلحة أمراض الغدد؛
- مصلحة أمراض الدم؛
- مصلحة الطب الباطني؛
- مصلحة أمراض الكلى؛
- مصلحة الإنعاش الطبي؛
- مصلحة طب الأطفال؛
- مصلحة أمراض العيون؛
- مصلحة الرضوض والصدمات؛
- مصلحة طب النساء والتوليد.

- المصالح الاستشفائية الجامعية والاستعجالية والطبية الجراحية: وتضم مصلحتين:

- مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية؛
- وحدة الإسعاف الطبي الاستعجالي.

- المصالح الاستشفائية الجامعية الجراحية: وتتكون من 04 مصالح موزعة كالتالي:

- مصلحة جراحة الأعصاب؛
- مصلحة الجراحة العامة؛
- مصلحة جراحة العظام؛
- مصلحة جراحة الأطفال.

- المصالح الاستشفائية الجامعية دون أسرة: وتتكون من 05 مصالح كالتالي:

- مصلحة طب العمل؛
- مصلحة الطب الشرعي؛
- مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي؛
- مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي؛
- مركز نقل الدم.

- المصالح الاستشفائية الجامعية المتمثلة في الجناح التقني: وتضم 04 مخبر كالتالي:

- مخبر علم الأحياء؛
- مخبر الكيمياء الحيوية؛
- مخبر الطفيليات؛
- مركز التصوير بالأشعة؛

2-4- حجم الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي:

يحتوي المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي على إمكانيات بشرية معتبرة، تتوزع بين مختلف المصالح الاستشفائية الجامعية، ويبلغ عدد المستخدمين بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي 2179 مستخدم خلال سنة 2016م، مقسمين حسب الأصناف التالية:

- **المستخدمون الطبيين:** وهم الممارسون لمهنة الطب منهم الأساتذة الاستشفائيون، والأطباء الأخصائيين، والأطباء المقيمين، الأطباء العامين، والأطباء النفسانيين، وقد بلغ عددهم الكلي 543 فردا.
- **المستخدمون الشبه طبيين:** وهم الممرضين المؤهلين ومساعدو التمريض، وقد بلغ عددهم 951 فردا.

- المستخدمين الإداريين والتقنيين: وهم يتشكلون من المستخدمين الإداريين والتقنيين ومستخدمي المصالح والأعوان المؤقتين والمتعاقدين، وقد بلغ عددهم 685 فردا.

الجدول رقم (24): توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة.

العدد	فئة المستخدمين
06	بروفيسور
135	أساتذة استشفائيون (محاضرون + مساعدون)
83	أطباء أخصائيون
180	أطباء مقيمون
124	أطباء عامون
951	شبه طبي
15	أطباء نفسانيون
685	إداريون وغيرهم
2179	المجموع

المصدر: مديرية الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي.

3- المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة.

3-1- نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة:

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والذمة المالية المستقلة، أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140-2007 المؤرخ في 13 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ذات طاقة استيعاب بـ 162 سرير، تقع المؤسسة العمومية علي بوسحابة بقلب مدينة خنشلة وسط نسيج عمراني كثيف يحدها من الجنوب الشرقي مديرية التربية، ومن الشمال بنك التنمية المحلية، ومن الجنوب والغرب بنايات وأحياء سكنية.

3-2- الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة:

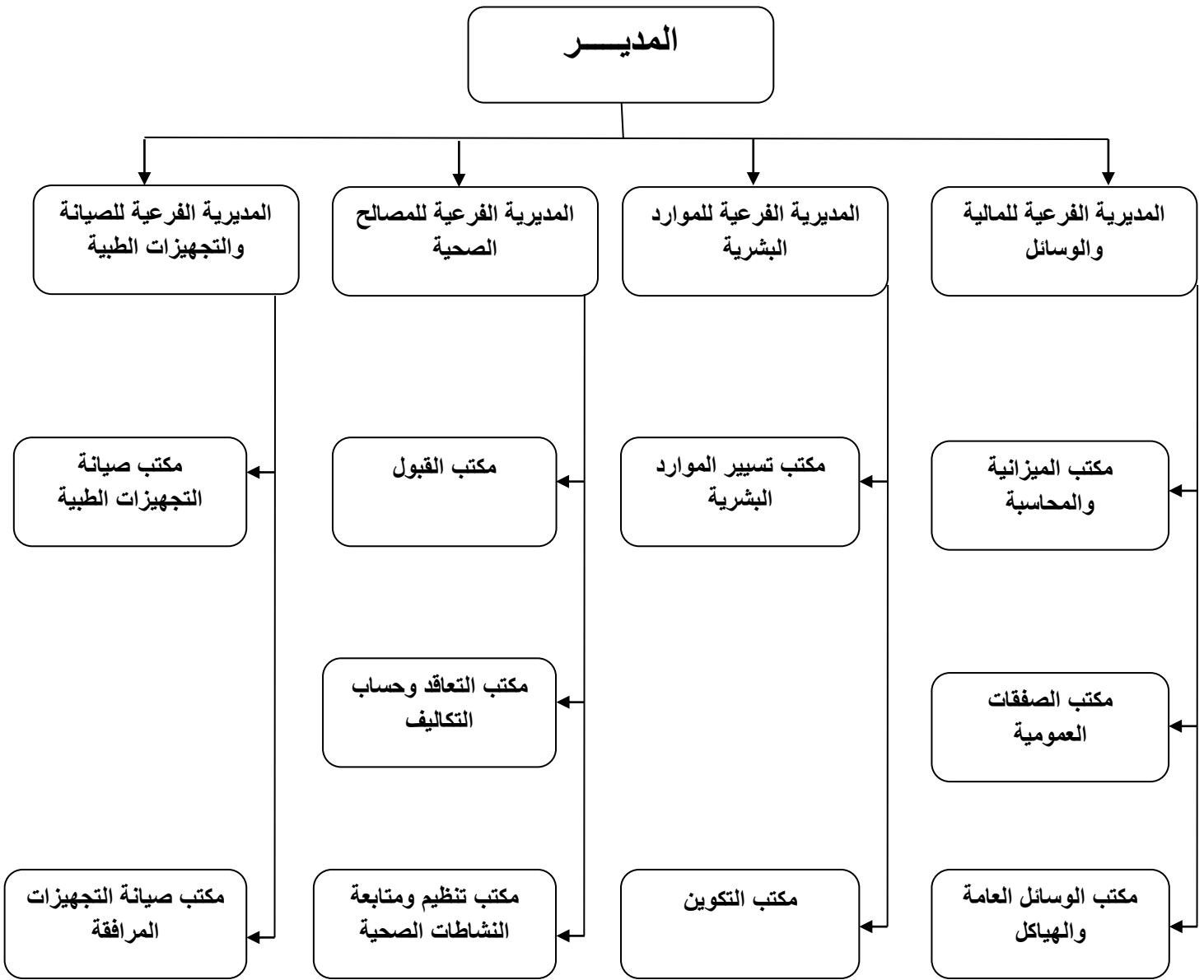
لتنفيذ المهام وتحقيق الأهداف التي تصبوا إليها المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة، سطر

الهيكل التنظيمي الإداري كما يلي:

- المديرية الفرعية للمالية والوسائل: وتتشكل من ثلاث مكاتب وهي:
- مكتب الميزانية والمحاسبة: وهو مكتب مختص في الشؤون المالية التي تتعلق بالمؤسسة وكيفية تسييرها و المتمثلة في توزيع الميزانية المعتمدة من طرف الوزارة الوصية وتجريد كل مصاريف المؤسسة في سجلات خاصة تؤشر وتمضى من طرف مدير المؤسسة.
- مكتب الصفقات العمومية: وهو مكتب يختص بتجريد جميع الصفقات التي تعقدتها المؤسسة مع مختلف المؤسسات، ومراجعتها من الناحية القانونية.
- مكتب الوسائل العامة والهيكل: وهو مكتب خاص بجرد جميع الهياكل الموجودة بالمؤسسة ومتابعة جميع عمليات التهيئة وإعادة التهيئة التي تحدث داخل المؤسسة.
- المديرية الفرعية للموارد البشرية: وتتكون من مكاتبين:
- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات: تتمثل مهمة هذا المكتب في تسيير شؤون جميع مستخدمي المؤسسة، وتوزيعهم على المصالح الاستشفائية، كما يقوم هذا المكتب بمتابعة المسار المهني للمستخدمين، والمتمثلة في التثبيت والترقية في الدرجة وكذا الرتبة حتى التقاعد.
- مكتب التكوين: يتكفل هذا المكتب بمتابعة تكوين جميع المستخدمين، من شبه طبيين وأطباء وكذلك مستخدمي الإدارة.
- المديرية الفرعية للمصالح الصحية: وتتكون من ثلاث مكاتب:
- مكتب القبول: وهو مكتب يجرى فيه المرضى عند دخولهم إلى المؤسسة.
- مكتب التعاقد وحساب التكاليف: وهو مكتب تسيير فيه جميع العقود التي تقوم بها المؤسسة وخاصة مع مصالح الضمان الاجتماعي، أو أي مؤسسة استشفائية أخرى.
- مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها: وهو مكتب تتابع فيه جميع النشاطات الصحية المتمثلة في عدد المرضى الوافدين على المؤسسة حسب كل مصلحة وعدد العمليات الجراحية التي تجرى بالمؤسسة، وتوجه هذه الإحصائيات إلى مديرية الصحة للولاية عند نهاية كل شهر.

- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة: وتتكون من مكبتين:
- مكتب صيانة التجهيزات الطبية: وهو مكتب يتخصص في جرد التجهيزات الطبية ومتابعة حالتها والتدخل لإصلاحها في حالة الضرورة.
- مكتب صيانة التجهيزات المرافقة: وهو مكتب يتعلق بمتابعة التجهيزات المرافقة والمتمثلة في التجهيزات الثانوية المتمثلة في الأجهزة المستعملة في مختلف مصالح المؤسسة الاستشفائية.

الشكل رقم (03): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على معلومات المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.

3-3- الوحدات والمصالح الصحية المكونة للمؤسسة الصحية الاستشفائية علي بوسحابة:

تشمل كل مصلحة تابعة للمؤسسة عدة وحدات صحية، وكل وحدة منها تشتمل على عدد من الأسرة وسنوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (25): المصالح والوحدات الطبية المكونة للمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.

الرقم	المصلحة	الوحدات	عدد الأسرة
01	الجراحة العامة	-1 جراحة الرجال. -2 جراحة نساء	50
02	علم الأوبئة	-1 المعلومات الصحية. -2 النظافة الاستشفائية.	/
03	الأشعة المركزية	-1 الأشعة. -2 التخطيط بالصدى.	/
04	المخبر المركزي	-1 علم الأحياء المجهرية.	/
05	الطب الداخلي	-1 استشفاء رجال. -2 استشفاء نساء. -3 طب الأورام. -4 تصفية الدم	50
06	طب أمراض الأذن، الأنف والحنجرة	-1 استشفاء. -2 الفحص والكشف.	12
07	الصيدلية	-1 تسيير الموارد الصيدلانية	/
08	طب أمراض الرئة والصدر	-1 استشفاء رجال. -2 استشفاء نساء.	20
09	طب الأمراض العقلية	-1 استشفاء رجال. -2 استشفاء نساء.	10
10	الاستعجالات الطبية الجراحية	-1 فحص وتوجيه الوضع تحت المراقبة. -2 الإنعاش.	20

المصدر: المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.

3-4- حجم الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة:

تحتوي المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة على إمكانيات بشرية معتبرة، تتوزع بين مختلف المصالح الاستشفائية، ويبلغ عدد المستخدمين بالمؤسسة 251 مستخدم خلال سنة 2016م، مقسمين حسب الأصناف التالية:

- المستخدمين الطبيين: وهم الممارسون لمهنة الطب من أطباء أخصائيين، أطباء عامين، وقد بلغ عددهم الكلي 36 فردا.
- المستخدمين الشبه طبيين: وهم الممرضين المؤهلين ومساعدو التمريض، وقد بلغ عددهم 145 فردا.
- المستخدمين الإداريين والتقنيين: وهم يتشكلون من المستخدمين الإداريين والتقنيين ومستخدمي المصالح والأعوان المؤقتين والمتعاقدين، وقد بلغ عددهم 70 فردا.

الجدول رقم (26): توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة.

العدد	فئة المستخدمين
06	أطباء أخصائيون
30	أطباء عامون
145	شبه طبي
70	إداريون وغيرهم
251	المجموع

المصدر: مديرية الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.

المطلب الثاني: منهجية الدراسة.

1- الإطار المكاني والزمني.

بالنظر لكون قطاع الصحة في الجزائر يظم أكثر من 150 مؤسسة استشفائية مقسمة بين مراكز استشفائية جامعية، مؤسسات استشفائية عمومية، مؤسسات استشفائية متخصصة، مؤسسات عمومية للصحة الجوية، وبالنظر إلى كون عنوان بحثنا: " دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية -دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية-، فقد قررنا اقتصار عينة الدراسة على ثلاثة مؤسسات استشفائية والتي تعبر عن الحد الأدنى للكلمة بعض المؤسسات وهي:

- المركز الاستشفائي الجامعي الحكيم ابن باديس قسنطينة.
- المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة.
- المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة.

كذلك تم توجيه الاستبيان إلى مقدمي الخدمة (أطباء، ممرضين، إداريين) لهذه المؤسسات الثلاثة، لاستقصاء آرائهم حول دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية.

بعد تصميم الاستبيان وتحكيمه من طرف بعض الأساتذة، قمنا بتوزيع الاستمارات الاستبائية على مقدمي الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة، في شهر نوفمبر 2016، وتم استرجاع الاستمارات في شهر ديسمبر 2016، ثم قمنا بتوزيع الاستمارات الاستبائية في كل من المركز الاستشفائي الجامعي الحكيم ابن باديس قسنطينة و المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة، في أواخر شهر ديسمبر 2016، حيث تم استرجاعها في شهر جانفي 2017.

2- تصميم الاستبيان.

لتحقيق جودة الخدمات الصحية عدة مداخل من بينها تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وباعتبار قطاع الصحة قطاع خدمي، قمنا بتصميم استمارة استبائية ثم تقديمها لبعض الأساتذة الجامعيين لتحكيمها، حيث اعتمدنا في إعداد الاستبيان على الجانب النظري لإدارة الجودة الشاملة وربطها بأهم الأنشطة اليومية التي تمارس بالمؤسسات الصحية، ويتكون الاستبيان مما يلي:

- الجزء الأول: يتعلق بالبيانات الشخصية للمبحوثين.
- الجزء الثاني: ويظم خمسة محاور تمثل أبعاد الجودة وهي (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، الملموسية واخيرا التعاطف)

3- اختيار عينة الدراسة وحجمها.

تم تطبيق هذه الدراسة على ثلاثة مؤسسات استشفائية وهي: المركز الاستشفائي الجامعي الحكيم ابن باديس قسنطينة، المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة، المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة، واقتصرت الدراسة على مقدمي الخدمة (أطباء و ممرضين وإداريين) داخل هذه المؤسسات، وتم اختيار مقدمي الخدمة دون متلقي الخدمة لأن مقدمي الخدمة هم الملزمون بتبني منهج إدارة الجودة الشاملة وتطبيقه داخل المؤسسات الاستشفائية للرقى بمستوى الخدمات الصحية المقدمة.

ولاستحالة الاتصال بكافة مقدمي الخدمة داخل المؤسسات الثلاثة والمشكلين لمجتمع الدراسة والمقدر عددهم بـ 5477 فردا، حسب إحصائيات المؤسسات الاستشفائية الثلاثة لسنة 2016 والموزعين كما يلي:

- المركز الاستشفائي الجامعي الحكيم ابن باديس قسنطينة (3047 فردا)

- المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة (2179 فردا)

- المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة (251 فردا)

تم تحديد عينة عشوائية للدراسة باستخدام نموذج رابطة التربية الأمريكية وكانت النتائج كما يلي:

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P(1-P)}{D^2 \cdot (N-1) + X^2 \cdot P(1-P)}$$

حيث:

n : هي حجم العينة؛

N: حجم المجتمع وتمثل في 5477؛

P: النسبة المقدرة للدراسة وقد تم اختيار نسبة 50% لبلوغ أكبر حجم ممكن للعينة؛

D: نسبة الخطأ المسموح به، وقد حددت بـ 05% ومنه $D^2 = (0.05)^2 = 0.0025$ ؛

X^2 : مربع كاي عند درجة الثقة 95% ودرجة حرية واحدة هي $X^2 = 3.841$.

بعد تطبيق النموذج نحصل على عينة الدراسة مقدرة بـ 358.995 وبتقريب القيمة إلى الأعلى نحصل على 359، ولضمان تمثيل أحسن لمجتمع الدراسة من خلال العينة، تم مضاعفة العينة إلى ضعفين ليكون الحجم النهائي للعينة التي سنخضعها للدراسة هي 718 فردا، موزعة على المؤسسات الاستشفائية الثلاثة السابقة بالتناسب مع عدد مقدمي الخدمة العاملين فيها وذلك وفقا لما يلي:

- المركز الاستشفائي الجامعي الحكيم ابن باديس قسنطينة يمثل ما يقارب 55.63% من مجتمع الدراسة، ومنه يتم اختيار ضمن العينة 400 فردا.
 - المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة يمثل ما يقارب 39.78% من مجتمع الدراسة، ومنه يتم اختيار ضمن العينة 286 فردا.
 - المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة تمثل ما يقارب 04.58% من مجتمع الدراسة، ومنه يتم اختيار ضمن العينة 32 فردا.
- والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (27): توزيع عينة الدراسة حسب المؤسسات الاستشفائية

المؤسسات الاستشفائية	العدد الإجمالي لمقدمي الخدمة	النسبة المئوية	حجم العينة
المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة	3047	55.63%	400
المركز الاستشفائي الجامعي باتنة	2179	39.78%	286
المؤسسة العمومية الاستشفائية خنشلة	251	04.58%	32
المجموع	5477	100%	718

المصدر: من إعداد الباحث.

ومنه فإن نسبة عينة الدراسة تمثل: 13.10% من مجتمع الدراسة ككل.

4- الأدوات المستخدمة في تحليل نتائج الاستبيان.

بهدف معالجة البيانات الأولية التي تم التحصل عليها من خلال الاستبيان الذي تم توزيعه على عينة الدراسة، تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 23) للحصول على نتائج أكثر دقة.

لقد قمنا بإدخال البيانات وفق مقياس ليكرت الخماسي والمقسم إلى خمس اختيارات، أعطيت الدرجات من (1) إلى (5)، حيث أن (1) أدنى درجة أي غير موافق بشدة، و(5) هي أعلى درجة أي موافق بشدة مثلما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (28): يبين الدرجات وفق مقياس ليكرت

التصنيف	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الدرجة	1	2	3	4	5

المصدر: من إعداد الباحث.

بعد ذلك، قمنا بحساب الحدود الدنيا والقصوى للفئات عن طريق حساب المدى الذي يساوي $(4=5-1)$ ومن ثم قمنا بتقسيمه على عدد الفئات والتي تساوي 5، حيث $(0.8 = 4/5)$ فأصبح لدينا طول الفئة كما يلي:

- من] 1.80-1.00 : غير موافق بشدة؛
- من] 2.60-1.80 : غير موافق؛
- من] 3.40-2.60 : محايد؛
- من] 4.20-3.40 : موافق؛
- من] 5.00-4.20 : موافق بشدة.

وفيما يخص تحليل واختبار كل من بيانات، نتائج وفرضيات الدراسة، استخدمنا الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية من أجل حوصلة النتائج لإجابات عينة الدراسة.

- معامل ألفا كرونباخ لاختبار الثبات (الاتساق الداخلي) لبيانات الدراسة

- اختبار كولوموكروف - سميرونوف للتأكد من التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة

- استخدام كل من كاي تربيع ومعامل ارتباط بيرسون لاختبار التجانس واختبار التكوين الفرضي

- استخدام مقياس ليكرت الخماسي بغرض التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة

- اختبار مدى تحقق فرضيات الدراسة باستخدام بيانات الانحدار الخطي البسيط المتمثلة في معامل الارتباط

ومعامل التحديد، ومقارنة قيم **T** و **F** المحسوبتين بالقيم الجدولية.

- استخدام تحليل الانحدار الخطي المتدرج خطوة بخطوة لاختيار أقوى متغيرين (بعدين) من بين الأبعاد الخمس

في تفسير المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

المطلب الثالث: خصائص عينة الدراسة.

يتناول هذا المطلب عرض وتحليل النتائج الإحصائية المتعلقة بالخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة، والتي

تتضمن على: الجنس، السن، المستوى العلمي، التخصص الدقيق، مدة الخدمة.

جدول رقم (29): خصائص عينة الدراسة.

النسبة	التكرار	الخصائص الشخصية والوظيفية		
%45.3	325	ذكر	الجنس	1
%54.7	393	أنثى		
%100	718	المجموع		
%21.0	151	أقل من 30 سنة	السن	2
% 40.5	291	من 31 إلى 45 سنة		
% 34.8	250	من 46 إلى 60 سنة		
% 3.6	26	أكبر من 60 سنة		
%100	718	المجموع		
%34.3	246	مستوى ثانوي	المستوى العلمي	3
%44.2	317	مستوى جامعي		
%21.6	155	مستوى دراسات عليا		
%100	718	المجموع		
%37.0	266	طبيب	الاختصاص	4
%35.7	256	ممرض		
%27.3	196	إداري		
%100	718	المجموع		
%29.7	213	أقل من 05 سنوات	عدد سنوات الخبرة	5
%40.3	289	من 06 إلى 15 سنة		
%28.3	203	من 16 إلى 30 سنة		
%1.7	12	أكبر من 30 سنة		
%100	718	المجموع		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

يتضح من خلال الجدول رقم (29) أن أغلب أفراد العينة الخاضعة للفحص من جنس أنثى وذلك بنسبة 54.7%، في حين كانت نسبة الذكور من أفراد العينة تمثل 45.3%، وذلك راجع لأن أغلب الممارسين لمهنة الطب والتمريض إناث.

كما يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة المدروسة شباب، إذ بلغت نسبة الذين تقل أعمارهم عن 45 سنة 61.50%، وذلك راجع إلى سياسة التوظيف المتبعة من قبل الوزارة الوصية والتي تهدف إلى تحسين الخدمات الصحية عن طريق توفير الموارد البشرية مكونة تكوين عالي وهو ما يتوفر عند فئة الشباب.

كما يتضح لنا من خلال أعلاه، أن غالبية أفراد العينة الخاضعة للدراسة ذوو مستوى جامعي، حيث تجاوزت نسبة الأفراد الذين يجوزون على المستوى الجامعي سواء كانوا حاصلين على شهادات التدرج أو ما بعد التدرج الـ 65.80%، وذلك راجع إلى رغبة الوزارة الوصية في تحسين جودة الخدمات الصحية عن طريق توظيف أصحاب الشهادات العليا.

كما يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد عينة الدراسة أطباء بنسبة 37.0%، غير أن نسبة الممرضين كذلك تعتبر مرتفعة حيث قدرت بـ 35.7%، أما الإداريين فيمثلون العدد الأقل بالنسبة لأفراد عينة الدراسة بنسبة 27.3%، وذلك راجع إلى أن أغلبية موظفي المؤسسات الاستشفائية من الطاقم الطبي.

كما يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة محل الدراسة لهم خبرة كبيرة في مجال تقديم الخدمات الصحية، حيث تجاوزت نسبة الأفراد الذين تفوق خبرتهم المهنية 06 سنوات 70% من أفراد العينة، وذلك راجع إلى أن المؤسسات الاستشفائية المكونة لعينة الدراسة من أقدم المؤسسات في شرق البلاد، لذا فإنها تظم كوادر طبية تمتلك خبرة مهنية كبيرة.

المبحث الثاني: تحليل بيانات الدراسة

لإتمام البحث يجب تطبيق المفاهيم النظرية على أرض الواقع، ولكبر حجم مجتمع الدراسة وصعوبة استقصاء كل أفرادها من خلال اللقاءات المباشرة، فإن أنسب أداة لبلوغ أهداف الدراسة هي أداة الاستبيان، حيث عرف الاستبيان على أنه: عبارة عن مجموعة من الأسئلة المكتوبة التي تعد بقصد الحصول على معلومات أو آراء المبحوثين حول ظاهرة أو موقف معين، وتعد الاستبانة من أكثر الأدوات المستخدمة في جمع البيانات الخاصة بالعلوم الاجتماعية التي تتطلب الحصول على معلومات أو معتقدات أو تصورات أو آراء الأفراد، ومن أهم ما تتميز به الاستبانة هو توفير الكثير من الوقت والجهد على الباحث، ويتم إرسال الاستبانة إلى أفراد الدراسة إما بالبريد لتعبئتها وإعادتها إلى الباحث، أو قد يتم تعبئتها بوجود الباحث شخصياً.¹

قمنا باختبار مدى صلاحية الاستبيان من خلال الصدق الظاهري، قبل توزيع الاستبيان على أفراد العينة، وتم الاختبار من خلال عرض الاستبانة على مجموعة من الأساتذة الأكاديميين في بعض الجامعات الجزائرية، حيث أوضحوا أن أغلب فقرات الاستبيان واضحة لغويا، وتحمل صدق ظاهري، وملائمة للتطبيق على عينة الدراسة، مع الأخذ في الاعتبار مجموعة من الملاحظات والنصائح والتوجيهات، وسنذكر الأساتذة المحكمين للاستبيان وهم:

- الأستاذ الدكتور: خوني رابح المشرف على البحث من جامعة بسكرة.
- الأستاذ الدكتور: جرمان الربيعي من جامعة خنشلة.
- الدكتور: زرمان كريم من جامعة خنشلة.
- الدكتورة: بن منصور ليليا من جامعة خنشلة.
- الدكتور: عسول محمد الأمين من جامعة باتنة.
- الدكتور: بوكثير جبار من جامعة أم البواقي.
- الدكتور: عثمانى احسين من جامعة أم البواقي.

¹ محمد عبيدات ومحمد أبو نصار وعقلة مبيضين، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم الإدارية، الجامعة الأردنية، 1999، عمان الأردن، ص 63.

المطلب الأول: اختبار الثبات باستخدام ألفا كرونباخ.

يختص الثبات بمدى الوثوق بالدرجات التي نحصل عليها من تطبيق الاختبار، بمعنى أن هذه الدرجات أو النتائج يجب ألا تتأثر بالعوامل التي تعود إلى أخطاء الصدفة، فهو يعني دقة الاختبار أو اتساقه.¹

وقد تم اختبار ثبات الاستبيان الخاص بهذه الدراسة باستخدام مقياس ألفا كرونباخ، والذي يحدد مدى ثبات الظاهرة المدروسة وفقا لما يلي:

- يعد ثبات الظاهرة المدروسة ضعيفا إذا كانت النتيجة أقل من 60%؛
 - يعد ثبات الظاهرة المدروسة مقبولا إذا كانت النتيجة محصورة بين 60% و 70%؛
 - يعد ثبات الظاهرة المدروسة جيدا إذا كانت النتيجة محصورة بين 70% و 80%؛
 - يعد ثبات الظاهرة المدروسة ممتازا إذا كانت النتيجة أكبر من 80%؛
- وكانت نتائج الاختبار وفقا لما يلي:

1- اختبار الثبات لمحاور الدراسة (أبعاد الجودة).

يبين الجدول رقم (30) نتائج تطبيق اختبار ألفا كرونباخ على فقرات المحاور الخمس، المتمثلة في أبعاد الجودة وهي بعد الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، الملموسية، التعاطف.

جدول رقم (30): اختبار ألفا كرونباخ لفقرات المحاور الخمس.

عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ	المحاور المستقلة (الأبعاد)
06	0.783	المحور الأول (بعد الاعتمادية)
06	0.772	المحور الثاني (بعد الاستجابة)
06	0.760	المحور الثالث (بعد الضمان)
06	0.769	المحور الرابع (بعد الملموسية)
06	0.757	المحور الخامس (بعد التعاطف)

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام مخرجات SPSS 23.

¹ السيد محمد أبو هاشم حسن، الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية، محاضرات منشورة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2006، ص32.

يتضح من خلال الجدول رقم (30) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لجميع الأبعاد محصورة بين 70% و80%، ما يدل على أن ثبات (الاتساق) جيد بالنسبة لجميع الفقرات المدرجة في محاور الاستبيان، ومنه لا يوجد تأثير الصدفة، أما العدد 06 في الجدول أعلاه يدل على عدم حذف أي فقرة من فقرات كل محور (بعد).

2- اختبار الثبات لجميع المتغيرات.

يبين الجدول رقم (31) نتائج تطبيق اختبار ألفا كرونباخ على جميع فقرات الاستبيان، وبمعنى آخر على جميع الأبعاد دفعة واحدة.

جدول رقم (31): اختبار ألفا كرونباخ لجميع المتغيرات.

عدد الفقرات	قيمة ألفا كرونباخ	المحور الإجمالي (البعد الإجمالي)
30	0.918	البعد الإجمالي

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام مخرجات SPSS 23.

يتضح من خلال الجدول رقم (31) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ تساوي 91.8% وهي قيمة أكبر من 80%، ما يدل على أن هناك ثبات (اتساق) ممتاز لجميع الفقرات المدرجة في الاستبيان (البعد الإجمالي)، وأن الإجابات المتحصل عليها ليست وليدة الصدفة أي لم يوجد تأثير بأخطاء الصدفة التي قد تحدث نتيجة تحيز بعض أفراد العينة أثناء وضع الإجابات، أما دلالة العدد 30 فتدل على عدم حذف أي فقرة من الفقرات المشكلة للاستبيان.

المطلب الثاني: اختبار التوزيع الطبيعي (اختبار كولجروف - سميرنوف).

للتأكد من أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أو لا، قام الباحث باستخدام اختبار كولجروف - سميرنوف وهو اختبار ضروري، لأن معظم الاختبارات المعلمية تشترط أن يكون توزيع البيانات طبيعياً، ويمكن القول أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي حسب هذا الاختبار إذا كانت مستوى المعنوية لكل المحاور أكبر من $sig > 0.05$.

جدول رقم (32): اختبار التوزيع الطبيعي لـ كولجروف-سميرنوف .

المحاور	البيان	عدد العبارات	قيمة Z (K-S)	درجة المعنوية $n=5, \alpha=0.05$
01	الاعتمادية	06	4.552	0.563
02	الاستجابة	06	4.959	0.563
03	الضمان	06	4.381	0.563
04	الأشياء الملموسة	06	2.993	0.563
05	التعاطف	06	4.701	0.563

المصدر: من إعداد الباحث باستخدام مخرجات SPSS 23.

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (32)، أن مستوى قيمة اختبار كولجروف-سميرنوف Z (K-S)، لجميع محاور الاستبيان أكبر من القيمة المعنوية عند ($n=5, \alpha=0.05$)، مما يعني أن إجابات أفراد العينة تتبع التوزيع الطبيعي، ويمكن الاعتماد عليها في التحليل.

المطلب الثالث: اختبار التجانس واختبار التكوين الفرضي.

قبل الشروع في عملية اختبار صدق التكوين الفرضي وكذا اختبار التجانس لمحاور الاستبيان مع الأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية، تجدر الإشارة إلى أنه:

يعد اختبار مربع كاي من الاختبارات اللامعلمية المهمة جدا نظرا لتعدد استخداماتها، فهو يستخدم في اختبار التجانس، واختبار حسن المطابقة، واختبار الاستقلالية، الذي ينصب على اختبار العلاقة بين متغيرين.¹

وتتلخص خطوات هذا الاختبار فيما يأتي:

- تحديد الفرضية الإحصائية المطلوب اختبارها، على النحو الآتي:

¹ محمد عبد العالي النعيمي، الإحصاء التطبيقي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2008، عمان، الأردن، ص 319.

H0 : لا يوجد تجانس (مطابقة)

H1 : يوجد تجانس (مطابقة)

- تحديد مستوى المعنوية (α).

- حساب إحصاء الاختبار (χ^2).

$$\chi_{cal}^2 = \frac{\sum(f_0 - f_e)^2}{f_e} \quad \text{حيث أن:}$$

f_0 : التكرارات المشاهدة

f_e : التكرارات المتوقعة

القرار: بعد وضع فرضية العدم والفرضية البديلة يتم القرار على النحو التالي:

- نقبل H0 ونرفض H1 إذا كانت : $\chi_{cal}^2 < \chi_{tab}^2$

- نرفض H0 ونقبل H1 إذا كانت : $\chi_{cal}^2 > \chi_{tab}^2$

ويعبر صدق التكوين الفرضي عن الدرجة التي يقيس بها الاختبار التكوين الفرضي أو الخاصية النظرية التي

أعد لقياسها¹، وقد تم اختبار صدق التكوين الفرضي لجميع فقرات المحاور المشكلة للاستبيان باستخدام معامل

بيرسون للارتباط، والذي يشير أن الأداة تتمتع بقوة صدق التكوين الفرضي في حالة وجود علاقة ارتباط دالة

إحصائيا بين كل فقرة من فقرات المحور وإجمالي المحور ذاته.

¹ السيد محمد أبو هشام حسن، مرجع سبق ذكره، ص 23.

1- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الأول.

جدول رقم (33): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الأول.

X_1	X_{16}	X_{15}	X_{14}	X_{13}	X_{12}	X_{11}	البيان
/	870.57	299.15	292.78	253.43	654.88	552.29	x_{cal}^2
/	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	x_{tab}^2
1	0.524	0.756	0.734	0.723	0.717	0.711	R
/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة المحسوبة
718	718	718	718	718	718	718	حجم العينة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

وفق بيانات الجدول رقم (33)، نلاحظ أن x_{cal}^2 لجميع متغيرات المحور الأول أكبر من x_{tab}^2 ، عند درجة حرية (4 = n-1) ودرجة معنوية $\alpha=0.05$ ، ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض فرضية العدم، وبالتالي اختيارات أفراد العينة في هذا الاستبيان معنوية وليست وليدة الصدفة.

كما يشير الجدول أعلاه إلى أن هناك علاقة ارتباط طردية وقوية بين فقرات المحور الأول، وإجمالي المحور ذاته، وعليه هناك دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 5% ($0.00 < 0.05$) وبالتالي يمكن القول أن المحور الأول من الاستبيان يتمتع بخاصية صدق التكوين الفرضي.

2- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الثاني.

جدول رقم (34): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الثاني.

X_2	X_{26}	X_{25}	X_{24}	X_{23}	X_{22}	X_{21}	البيان
/	439.39	411.05	417.37	363.03	587.58	439.27	x_{cal}^2
/	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	x_{tab}^2
1	0.591	0.658	0.742	0.727	0.721	0.668	R
/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة المحسوبة
718	718	718	718	718	718	718	حجم العينة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

وفق بيانات الجدول رقم (34)، نلاحظ أن x_{cal}^2 لجميع متغيرات المحور الثاني أكبر من x_{tab}^2 ، عند درجة حرية (4 = n-1) ودرجة معنوية $\alpha=0.05$ ، ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض فرضية العدم، وبالتالي اختيارات أفراد العينة في هذا الاستبيان معنوية وليست وليدة الصدفة.

كما يشير الجدول أعلاه إلى أن هناك علاقة ارتباط طردية وقوية بين فقرات المحور الثاني، وإجمالي المحور ذاته، وعليه هناك دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 5% ($0.00 < 0.05$) وبالتالي يمكن القول أن المحور الثاني من الاستبيان يتمتع بخاصية صدق التكوين الفرضي.

3- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الثالث.

جدول رقم (35): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الثالث.

X_3	X_{36}	X_{35}	X_{34}	X_{33}	X_{32}	X_{31}	البيان
/	197.37	220.48	556.51	605.03	420.45	391.35	x_{cal}^2
/	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	x_{tab}^2
1	0.696	0.680	0.594	0.682	0.716	0.691	R
/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة المحسوبة
718	718	718	718	718	718	718	حجم العينة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

وفق بيانات الجدول رقم (35)، نلاحظ أن X_{cal}^2 لجميع متغيرات المحور الثالث أكبر من X_{tab}^2 ، عند درجة حرية (4 = n-1) ودرجة معنوية $\alpha=0.05$ ، ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض فرضية العدم، وبالتالي اختيارات أفراد العينة في هذا الاستبيان معنوية وليست وليدة الصدفة.

كما يشير الجدول أعلاه إلى أن هناك علاقة ارتباط طردية وقوية بين فقرات المحور الثالث، وإجمالي المحور ذاته، وعليه هناك دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 5% ($0.00 < 0.05$) وبالتالي يمكن القول أن المحور الثالث من الاستبيان يتمتع بخاصية صدق التكوين الفرضي.

4- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الرابع.

جدول رقم (36): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الرابع.

X_4	X_{46}	X_{45}	X_{44}	X_{43}	X_{42}	X_{41}	البيان
/	35.05	166.33	321.34	397.36	235.85	50.23	x_{cal}^2
/	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	x_{tab}^2
1	0.736	0.658	0.630	0.741	0.683	0.662	R
/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة المحسوبة
718	718	718	718	718	718	718	حجم العينة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

وفق بيانات الجدول رقم (36)، نلاحظ أن X_{cal}^2 لجميع متغيرات المحور الرابع أكبر من X_{tab}^2 ، عند درجة حرية (4 = n-1) ودرجة معنوية $\alpha=0.05$ ، ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض فرضية العدم، وبالتالي اختيارات أفراد العينة في هذا الاستبيان معنوية وليست وليدة الصدفة.

كما يشير الجدول أعلاه إلى أن هناك علاقة ارتباط طردية وقوية بين فقرات المحور الرابع، وإجمالي المحور ذاته، وعليه هناك دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 5% ($0.00 < 0.05$) وبالتالي يمكن القول أن المحور الرابع من الاستبيان يتمتع بخاصية صدق التكوين الفرضي.

5- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الخامس.

جدول رقم (37): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الخامس.

X ₅	X ₅₆	X ₅₅	X ₅₄	X ₅₃	X ₅₂	X ₅₁	البيان
/	656.68	477.13	630.14	429.36	265.57	324.07	x_{cal}^2
/	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	09.49	x_{tab}^2
1	0.462	0.618	0.674	0.684	0.815	0.745	R
/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	مستوى الدلالة المحسوبة
718	718	718	718	718	718	718	حجم العينة

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

وفق بيانات الجدول رقم (37)، نلاحظ أن x_{cal}^2 لجميع متغيرات المحور الخامس أكبر من x_{tab}^2 ، عند درجة حرية (n-1= 4) ودرجة معنوية $\alpha=0.05$ ، ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض فرضية العدم، وبالتالي اختيارات أفراد العينة في هذا الاستبيان معنوية وليست وليدة الصدفة.

كما يشير الجدول أعلاه إلى أن هناك علاقة ارتباط طردية وقوية بين فقرات المحور الخامس، وإجمالي المحور ذاته، وعليه هناك دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 5% ($0.00 < 0.05$) وبالتالي يمكن القول أن المحور الخامس من الاستبيان يتمتع بخاصية صدق التكوين الفرضي.

المبحث الثالث: اختبار نتائج وفرضيات الدراسة

خلال هذا المبحث وبناء على النتائج الميدانية التي تم التوصل إليها فيما سبق، سيتم مناقشة فرضيات الدراسة والتأكد من مدى صحتها بإجراء عدة اختبارات باستخدام برنامج (SPSS 23).

المطلب الأول: التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة

يحتوي الاستبيان المتعلق بدور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية على (30) فقرة مقسمة على خمس محاور، يعني كل محور بدراسة أحد أبعاد الجودة والدور الذي يلعبه هذا الأخير في تحقيق جودة الخدمات الاستشفائية، وقسمت الأبعاد في خمس محاور وهي:

- أولاً: الاعتمادية: وتعني درجة الاعتماد على مقدمي الخدمة ودقة إنجازهم للخدمات المطلوبة.
- ثانياً: الاستجابة: وتعني سرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مقدم الخدمة.
- ثالثاً: الضمان: ويعني قدرة القائمين على تقديم الخدمة على استلهم ثقة واثمان متلقي الخدمة.
- رابعاً: الأشياء الملموسة: وهي تشتمل على العناصر المادية للخدمة، من مباني وأجهزة ومعدات ومرافق صحية وكذلك مظهر العاملين.
- خامساً: التعاطف: ويعني درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطريقة إنسانية راقية.

وسوف يستخدم الباحث في تحليل المعلومات المجمعة ميدانياً مقياس ليكرت الخماسي الذي يعمل على أساس المعايير المبينة في ما يلي:

موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق بشدة
5	4	3	1

ومنه تكون طول الفئة المعبرة عن كل إجابة وفقاً للعلاقة التالية:

$$\text{طول الفئة} = \text{المدى العام} - 1 / \text{عدد الفئات}.$$

وبالتالي يصبح طول الفئة كالتالي: $0.8=5/(5-1)$

وتكون مجالات المتوسطات المرجحة المقابلة لكل إجابة كما يلي:

[1.80-1.00] غير موافق بشدة؛

[2.60-1.80] غير موافق؛

[3.40-2.60] محايد؛

[4.20-3.40] موافق؛

[5.00-4.20] موافق بشدة.

1- تحليل بعد الاعتمادية

للقوف على درجة الاعتماد على مقدمي الخدمة ودقة إنجازهم للخدمة المطلوبة، تم إدراج ستة فقرات أساسية، خصصت الفقرة الأولى (X_{11}) لمعرفة مدى التزام مقدمي الخدمة بالمستشفى بتقديم الخدمات الصحية المرجوة إلى المرضى في الوقت المناسب، أما الفقرة الثانية (X_{12}) فقد أدرجت لمعرفة مدى حرص مقدمي الخدمة على تقديم الخدمات المرجوة بطريقة دقيقة مع مراعاة عدم الخطأ في الفحص أو التشخيص أو العلاج، أما الفقرة الثالثة (X_{13}) فقد أدرجت بغرض معرفة مدى توفر جميع التخصصات الصحية المطلوبة بالمستشفيات محل الدراسة، أما الفقرة الرابعة (X_{14}) فقد أدرجت لمعرفة مدى الاهتمام الذي يبديه مقدمي الخدمة بمشاكل واستفسارات المرضى، أما الفقرة الخامسة (X_{15}) فقد أدرجت لمعرفة مدى الثقة والاستحسان التي يبديها المستفيدين من الخدمة بمقدمي الخدمة بالمستشفى، أما الفقرة السادسة (X_{16}) فقد أدرجت لمعرفة مدى موافقة مقدمي الخدمة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة بمستشفياتهم بغرض رفع مستوى الخدمات المقدمة بها، وقد كانت النتائج المحصلة من الدراسة الميدانية حول المحور الأول كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (38): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الأول

البيان	التكرارات والنسب حسب الأجوبة															
	موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		البيان					
	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد						
X ₁₁	41.2	296	40.9	294	11.7	84	4.9	35	1.3	09	2	موافق	0.90	4.16		
X ₁₂	27.0	194	53.8	386	13.5	97	4.5	32	1.3	09	3	موافق	0.83	4.00		
X ₁₃	25.3	182	40.0	287	14.3	103	15.3	110	5.0	36	6	موافق	1.15	3.65		
X ₁₄	22.4	261	41.6	299	21.7	156	8.8	63	5.4	39	5	موافق	1.08	3.66		
X ₁₅	28.6	205	39.7	285	18.5	133	9.1	65	4.2	30	4	موافق	1.08	3.79		
X ₁₆	60.6	435	26.0	187	7.5	54	4.0	29	1.8	13	1	موافق بشدة	0.92	4.39		
X ₁	المؤشر الإحصائي الإجمالي لبعدها الاعتمادية												/	موافق	0.69	3.94

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن بعد الاعتمادية حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، بوسط حسابي قدره 3.94، وانحراف معياري 0.69، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الاعتمادية، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد خاصة السؤال السادس الذي ينص على مدى موافقة أفراد العينة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسات الاستشفائية.

2- تحليل بعد الاستجابة.

للقوف على مدى سرعة الإنجاز ومستوى المساعدة المقدمة من طرف مقدمي الخدمة للمستفيدين منها تم إدراج ستة فقرات أساسية، خصصت الفقرة الأولى (X₂₁) لمعرفة مدى استجابة مقدمي الخدمة فوراً لاحتياجات المريض مهما كانت درجة انشغالهم، أما الفقرة الثانية (X₂₂) فقد أدرجت لمعرفة مدى سرعة مقدمي الخدمة بتقديم الخدمة الصحية المطلوبة للمريض، أما الفقرة الثالثة (X₂₃) فقد أدرجت لمعرفة قدرة مقدمي الخدمة على الرد الفوري على استفسارات وشكاوى المرضى، أما الفقرة الرابعة (X₂₄) فقد أدرجت لمعرفة مدى الاستعداد الدائم لمقدمي الخدمة للتعاون مع المرضى، أما الفقرة الخامسة (X₂₅) فقد أدرجت لمعرفة مدى تبسيط مقدمي

الخدمة لإجراءات العمل لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية، أما الفقرة السادسة (X_{26}) فقد أدرجت لمعرفة مدى جودة الأعمال التي يقدمها مقدمي الخدمة وهل تقدم في الوقت المناسب أم لا، وقد كانت النتائج المحصلة من الدراسة الميدانية حول المحور الثاني كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (39): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الثاني

التوجه النسبي	اتجاه الجواب	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التكرارات والنسب حسب الأجوبة										البيان
				موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		
				%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
1	موافق بشدة	0.92	4.06	38.3	275	37.5	269	18.0	129	5.4	39	0.8	6	X_{21}
4	موافق	0.93	3.91	25.5	183	52.6	378	13.2	95	5.6	40	3.1	22	X_{22}
6	موافق	0.96	3.79	24.4	175	43.3	311	20.8	149	10.4	75	1.1	8	X_{23}
3	موافق	1.02	3.92	31.6	227	43.2	310	16.0	115	4.9	35	4.3	31	X_{24}
5	موافق	1.05	3.83	27.2	195	46.1	331	13.8	99	8.5	61	4.5	32	X_{25}
2	موافق	0.97	3.93	30.6	220	44.8	322	14.1	101	8.5	61	1.9	14	X_{26}
/	موافق	0.67	3.91	المؤشر الإحصائي الإجمالي لبعده الاستجابة										X_2

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن بعد الاستجابة حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، بوسط حسابي قدره 3.91، وانحراف معياري 0.67، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الاستجابة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد خاصة السؤال الأول الذي ينص على مدى استجابة العاملين بالمستشفى لاحتياجات المريض مهما كانت درجة انشغالهم.

3- تحليل بعد الضمان.

للقوف على مدى قدرة القائمين على تقديم الخدمة على استلهم ثقة وأمان المرضى داخل المستشفى تم إدراج ستة فقرات، خصصت الفقرة الأولى (X_{31}) لمعرفة مدى الثقة التي يبديها المرضى لمقدمي الخدمة بالمستشفى، أما الفقرة الثانية (X_{32}) فقد أدرجت لمعرفة الأمان الذي يشعر به المرضى عند تعاملهم مع مقدمي

الخدمة، أما الفقرة الثالثة (X₃₃) فقد أدرجت لمعرفة مدى اتسام سلوك مقدمي الخدمة بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى داخل المستشفى، أما الفقرة الرابعة (X₃₄) فقد أدرجت لمعرفة مدى تمتع مقدمي الخدمة في المستشفى بالمعرفة والمهارة والخبرة المناسبة، أما الفقرة الخامسة (X₃₅) فقد أدرجت لمعرفة مدى محافظة مقدمي الخدمة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى، أما الفقرة السادسة (X₃₆) فقد أدرجت لمعرفة مدى قدرة مقدمي الخدمة على استلهم ثقة واثمان المرضى.

الجدول رقم (40): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الثالث

البيان	التكرارات والنسب حسب الأجوبة										الوسيط الحسابي	الانحراف المعياري	الجهة الجواب	التوجه النسبي
	غير موافق بشدة		غير موافق		محايد		موافق		موافق بشدة					
	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%				
X ₃₁	15	2.1	35	4.9	223	31.1	155	21.6	290	40.4	3.93	1.04	موافق	1
X ₃₂	10	1.4	42	5.8	159	22.1	316	44.0	191	26.6	3.88	0.91	موافق	2
X ₃₃	8	1.1	59	8.2	111	15.5	389	54.2	151	21.0	3.85	0.88	موافق	4
X ₃₄	14	1.9	48	6.7	120	16.7	374	52.1	162	22.6	3.86	0.90	موافق	3
X ₃₅	21	2.9	82	11.4	179	24.9	202	28.1	234	32.6	3.75	1.11	موافق	5
X ₃₆	37	5.2	83	11.6	150	20.9	237	33.0	211	29.4	3.69	1.15	موافق	6
X ₃	المؤشر الإحصائي الإجمالي لبعده الضمان										3.83	0.67	موافق	/

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن بعد الضمان حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، بوسط حسابي قدره 3.83، وانحراف معياري 0.67، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الضمان، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد والتي تتضمن الجدارة والمصادقية والأمان، وقدرة مقدمي الخدمة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد وقدرتهم على استلهم ثقة متلقي الخدمة.

4- تحليل بعد الأشياء الملموسة.

للقوف على مدى توفر العناصر المادية للخدمة بالمستشفيات محل الدراسة تم إدراج ستة فقرات أساسية، خصصت الفقرة الأولى (X₄₁) لمعرفة مدى امتلاك المستشفى لمباني جذابة وعصرية، أما الفقرة الثانية (X₄₂)

فقد خصصت لمعرفة مدى امتلاك المستشفى لتجهيزات وأجهزة ومعدات تقنية حديثة، أما الفقرة الثالثة (X₄₃) فقد خصصت لمعرفة مدى توفر المرافق المادية الملائمة والصحية بالمستشفى، أما الفقرة الرابعة (X₄₄) فقد خصصت لمعرفة مدى حرص مقدمي الخدمة على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام والمظهر، أما الفقرة الخامسة (X₄₅) فقد خصصت لمعرفة مدى توفر قاعات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية بالمستشفيات محل الدراسة، أما الفقرة السادسة (X₄₆) فقد خصصت لمعرفة مدى امتلاك المستشفيات محل الدراسة لدورات مياه صحية ونظيفة ومريحة، وقد كانت النتائج المحصلة من الدراسة الميدانية حول هذا المحور كما يبينه الجدول أدناه:

الجدول رقم (41): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الرابع

التوجه النسبي	اتجاه الجواب	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التكرارات والنسب حسب الأجوبة										البيان
				موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		
				%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
4	محايد	1.32	3.24	21.7	156	26.6	191	17.5	126	23.0	165	11.1	80	X ₄₁
2	موافق	1.08	3.53	18.9	136	39.1	281	22.6	162	15.6	112	3.8	27	X ₄₂
3	موافق	1.01	3.48	11.7	84	45.5	327	28.0	201	8.6	62	6.1	44	X ₄₃
1	موافق	0.98	3.55	15.9	114	42.1	302	25.6	184	14.6	105	1.8	13	X ₄₄
5	محايد	1.11	3.23	13.1	94	32.6	234	24.7	177	24.4	175	5.3	38	X ₄₅
6	محايد	1.35	2.97	17.5	126	21.4	154	17.3	124	28.0	201	15.7	113	X ₄₆
/	موافق	0.78	3.43	المؤشر الإحصائي الإجمالي لبعد الأشياء الملموسة										X ₄

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن بعد الأشياء الملموسة حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافق، بوسط حسابي قدره 3.43، وانحراف معياري 0.78، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الأشياء الملموسة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يختلفون فيما بينهم على مكونات هذا البعد، فمنهم من يوافق ومنهم من يفضل البقاء محايدا.

5- تحليل بعد التعاطف.

للقوف على درجة العناية بمتلقي الخدمة ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية تم إدراج ستة فقرات أساسية، خصصت الفقرة الأولى (X₅₁) لمعرفة مدى تفهم مقدمي الخدمة لاحتياجات المريض، أما الفقرة الثانية (X₅₂) فقد خصصت لمعرفة مدى اهتمام مقدمي الخدمة

بمصلح المريض، أما الفقرة الثالثة (X₅₃) فقد خصصت لمعرفة مدى مناسبة أوقات العمل داخل المستشفيات محل الدراسة كافة المرضى، أما الفقرة الرابعة (X₅₄) فقد خصصت لمعرفة مدى إعطاء مقدمي الخدمة الوقت الكافي لرعاية كل مريض، أما الفقرة الخامسة (X₅₅) فقد خصصت لمعرفة مدى تقدير مقدمي الخدمة لظروف كل مريض وتعاطفهم معه، أما الفقرة السادسة (X₅₆) فقد خصصت لمعرفة مدى تعامل مقدمي الخدمة بروح مرحة وصدافة مع المريض، وقد كانت النتائج المحصل عليها من الدراسة الميدانية حول هذا المحور كما يبينه الجدول أدناه:

الجدول رقم (42): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الخامس

التوجه النسبي	اتجاه الجواب	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	التكرارات والنسب حسب الأجوبة										البيان
				موافق بشدة		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق بشدة		
				%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	%	عدد	
3	موافق	1.15	3.93	41.5	298	28.6	205	15.3	110	10.7	77	3.9	28	X ₅₁
4	موافق	1.12	3.81	32.9	236	35.0	251	16.0	115	13.1	94	3.1	22	X ₅₂
6	موافق	1.04	3.79	24.5	176	47.6	342	15.9	114	7.1	51	4.9	35	X ₅₃
5	موافق	0.88	3.80	18.1	130	55.6	399	15.6	112	9.7	70	1.0	7	X ₅₄
2	موافق	0.94	4.03	35.2	253	43.2	310	12.5	90	8.1	58	1.0	7	X ₅₅
1	موافق بشدة	0.85	4.22	42.1	302	44.3	318	9.5	68	2.2	16	1.9	14	X ₅₆
/	موافق	0.67	3.93	المؤشر الإحصائي الإجمالي لبعد التعاطف										X ₅

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن بعد التعاطف حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، بوسط حسابي قدره 3.93، وانحراف معياري 0.67، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد التعاطف، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد خاصة السؤال السادس والذي ينص على مدى تقدير مقدمي الخدمة لظروف المريض والتعاطف معه.

المطلب الثاني: اختبار تحقق فرضيات الدراسة

لاختبار مدى تحقق فرضيات الدراسة نستعين بنتائج تحليل الانحدار البسيط للعلاقة الثنائية بين كل من المتغيرات المستقلة المتمثلة في أبعاد الجودة (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، الملموسية، التعاطف)، مع المتغير التابع المتمثل في تحسين جودة الخدمات الصحية، علما أن قيم المتغيرات المستقلة الداخلة في النموذج عبارة عن متوسط بيانات البعد المعني، أما قيم المتغير التابع عبارة عن متوسط جميع فقرات الاستبيان .

جدول رقم (43): نتائج تحليل الانحدار الخطي لأهمية أبعاد الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية

المتغير التابع	المتغير المستقل	الارتباط R	م التحديد R ²	المعالم		T _{tab}	F _{cal}	F _{tab}	رتبة المتغير في تفسير تحسين الجودة
تحسين جودة الخدمات الصحية	بعد الاعتمادية	0.813	0.660	الثابت	1.202	1.96	1392.63	3.84	03
				المتغير	0.657	1.96	37.318		
	بعد الاستجابة	0.825	0.681	الثابت	1.096	1.96	1526.56	3.84	02
				المتغير	0.689	1.96	39.071		
	بعد الضمان	0.855	0.730	الثابت	1.085	1.96	1938.53	3.84	01
				المتغير	0.706	1.96	44.029		
	بعد الملموسية	0.755	0.570	الثابت	1.990	1.96	950.77	3.84	05
				المتغير	0.540	1.96	30.835		
	بعد التعاطف	0.760	0.578	الثابت	1.310	1.96	982.012	3.84	04
				المتغير	0.631	1.96	31.337		

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

الجدول أعلاه، يلخص ويوضح في نفس الوقت نتائج تحليل الانحدار البسيط للعلاقات الثنائية لمتغيرات الدراسة، المتمثلة في أبعاد الجودة (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، الملموسية، التعاطف)، مع المتغير التابع المتمثل في تحسين جودة الخدمات الصحية، وتتمثل النتائج في معامل الارتباط، معامل التحديد، قيمة T و F المحسوبتين وفيما يلي سنستخدم النتائج المحصل عليها في التأكد أو الحكم على مدى صحة فرضيات الدراسة:

1- اختبار الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على انه: يمكن تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال الاعتماد على مقدميها (الأطباء، الممرضين، الإداريين).

من خلال الجدول أعلاه، أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للعلاقة بين بعد الاعتمادية وتحسين جودة الخدمات الصحية وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لهذا البعد في تحقيق أو تحسين جودة الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.813) وهي علاقة طردية وقوية جدا، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.660) أي أن 66% من التغيرات في المتغير التابع ترجع أساسا إلى التغير في المتغير المستقل، أما الباقي 34% يسند إلى متغيرات أخرى، كما بلغت درجة التأثير أو الميل (0.657) وهذا يعني أن التغير في بعد الاعتمادية بدرجة واحدة ينتج عنه تحسن في جودة الخدمات الصحية بمقدار 0.657.

و يؤكد معنوية هذا التأثير قيمة كل من T و F المحسوبتين، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (37.318) وهي أكبر من القيمة الجدولة (1.96) عند درجة حرية مساوية لـ 716 و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، أما قيمة F المحسوبة (1392.63) وهي أكبر بكثير من قيمة F الجدولية (3.84) عند درجة حرية 716 في البسط و 1 في المقام و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، ومنه النموذج ككل مقبول إحصائيا.

مما سبق، ومن خلال النتائج المحصل عليها نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على انه: يمكن تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال الاعتماد على مقدميها (الأطباء، الممرضين، الإداريين).

2- اختبار الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على انه: هناك علاقة بين تحسين جودة الخدمات الصحية وسرعة استجابة مقدمي الخدمة داخل المؤسسات الاستشفائية.

من خلال الجدول أعلاه، أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للعلاقة بين بعد الاستجابة وتحسين جودة الخدمات الصحية وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لهذا البعد في تحقيق أو تحسين جودة الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.825) وهي علاقة طردية وقوية جدا، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.681) أي أن 68.10% من التغيرات في المتغير التابع ترجع أساسا إلى التغير في المتغير المستقل، أما الباقي 31.90%

يسند إلى متغيرات أخرى، كما بلغت درجة التأثير أو الميل (0.689) وهذا يعني أن التغير في بعد الاستجابة بدرجة واحدة ينتج عنه تحسن في جودة الخدمات الصحية بمقدار 0.689.

و يؤكد معنوية هذا التأثير قيمة كل من T و F المحسوبتين، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (39.071) وهي أكبر من القيمة الجدولة (1.96) عند درجة حرية مساوية لـ 716 و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، أما قيمة F المحسوبة (1526.56) وهي أكبر بكثير من قيمة F الجدولية (3.84) عند درجة حرية 716 في البسط و 1 في المقام و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، ومنه النموذج ككل مقبول إحصائيا.

مما سبق، ومن خلال النتائج المحصل عليها نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على انه:

هناك علاقة بين تحسين جودة الخدمات الصحية وسرعة استجابة مقدمي الخدمة داخل المؤسسات الاستشفائية.

3- اختبار الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على انه: يعتبر العامل النفسي المتمثل في استلهم ثقة المرضى من أسباب تحسين

جودة الخدمات الصحية.

من خلال الجدول أعلاه، أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للعلاقة بين بعد الضمان وتحسين جودة الخدمات الصحية وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لهذا البعد في تحقيق أو تحسين جودة الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.855) وهي علاقة طردية وقوية جدا، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.730) أي أن 73% من التغيرات في المتغير التابع ترجع أساسا إلى التغير في المتغير المستقل، أما الباقي 27% يسند إلى متغيرات أخرى، كما بلغت درجة التأثير أو الميل (0.706) وهذا يعني أن التغير في بعد الضمان بدرجة واحدة ينتج عنه تحسن في جودة الخدمات الصحية بمقدار 0.706.

و يؤكد معنوية هذا التأثير قيمة كل من T و F المحسوبتين، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (44.029) وهي أكبر من القيمة الجدولة (1.96) عند درجة حرية مساوية لـ 716 و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، أما قيمة F المحسوبة (1938.53) وهي أكبر بكثير من قيمة F الجدولية (3.84) عند درجة حرية 716 في البسط و 1 في المقام و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، ومنه النموذج ككل مقبول إحصائيا.

مما سبق، ومن خلال النتائج المحصل عليها نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على انه: يعتبر العامل النفسي المتمثل في استلهم ثقة المرضى من أسباب تحسين جودة الخدمات الصحية.

4- اختبار الفرضية الرابع:

تنص الفرضية الرابعة على انه: لتوفير المباني والتجهيزات والمعدات التقنية الحديثة والمتطورة دور في تحسين جودة الخدمات الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية.

من خلال الجدول أعلاه، أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للعلاقة بين بعد الملموسية وتحسين جودة الخدمات الصحية وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لهذا البعد في تحقيق أو تحسين جودة الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.755) وهي علاقة طردية وقوية، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.570) أي أن 57% من التغيرات في المتغير التابع ترجع أساسا إلى التغير في المتغير المستقل، أما الباقي 43% يسند إلى متغيرات أخرى، كما بلغت درجة التأثير أو الميل (0.540) وهذا يعني أن التغير في بعد الأشياء الملموسة بدرجة واحدة ينتج عنه تحسن في جودة الخدمات الصحية بمقدار 0.540.

و يؤكد معنوية هذا التأثير قيمة كل من T و F المحسوبتين، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (30.835) وهي أكبر من القيمة الجدولة (1.96) عند درجة حرية مساوية لـ 716 و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، أما قيمة F المحسوبة (950.770) وهي أكبر بكثير من قيمة F الجدولية (3.84) عند درجة حرية 716 في البسط و 1 في المقام و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، ومنه النموذج ككل مقبول إحصائيا.

مما سبق، ومن خلال النتائج المحصل عليها نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على انه: لتوفير المباني والتجهيزات والمعدات التقنية الحديثة والمتطورة دور في تحسين جودة الخدمات الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية.

5- اختبار الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على انه: تعتبر حسن المعاملة من طرف مقدمي الخدمات الصحية من أسباب تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية.

من خلال الجدول أعلاه، أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للعلاقة بين بعد التعاطف وتحسين جودة الخدمات الصحية وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لهذا البعد في تحقيق أو تحسين جودة الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.760) وهي علاقة طردية وقوية، أما معامل التحديد R^2 فقد بلغ (0.578) أي أن 57.8% من التغيرات في المتغير التابع ترجع أساسا إلى التغير في المتغير المستقل، أما الباقي 42.2% يسند إلى متغيرات أخرى، كما بلغت درجة التأثير أو الميل (0.631) وهذا يعني أن التغير في بعد التعاطف بدرجة واحدة ينتج عنه تحسن في جودة الخدمات الصحية بمقدار 0.631.

و يؤكد معنوية هذا التأثير قيمة كل من T و F المحسوبتين، حيث بلغت قيمة T المحسوبة (31.337) وهي أكبر من القيمة الجدولة (1.96) عند درجة حرية مساوية لـ 716 و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، أما قيمة F المحسوبة (982.012) وهي أكبر بكثير من قيمة F الجدولية (3.84) عند درجة حرية 716 في البسط و 1 في المقام و درجة معنوية $\alpha=5\%$ ، ومنه النموذج ككل مقبول إحصائيا.

مما سبق، ومن خلال النتائج المحصل عليها نرفض فرضية العدم ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على انه: تعتبر حسن المعاملة من طرف مقدمي الخدمات الصحية من أسباب تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية.

تجدر الإشارة في الأخير، إلى أن ترتيب قوة العلاقة الارتباطية بين المتغير التابع تحسين جودة الخدمات الصحية والمتغيرات التفسيرية هو بعد الضمان، بعد الاستجابة، بعد الاعتمادية، بعد التعاطف وفي الأخير بعد الملموسية، إن هذا الترتيب يعكس في نفس الوقت الأهمية النسبية لتفسير المتغيرات المستقلة للتابع محل الدراسة.

المطلب الثالث: اختيار أقوى متغيرين في تفسير تحسين جودة الخدمات الصحية

لاختيار أهم متغيرين أو بعدين من بين الأبعاد الخمسة في تفسير المتغير التابع المتمثل في تحسين جودة

الخدمات الصحية نستخدم الانحدار الخطي المتدرج خطوة بخطوة، والجدول التالي يلخص النتائج المحصل عليها:

جدول رقم (44): أحسن متغيرين في تفسير تحسين جودة الخدمات الصحية

F _{tab}	F _{cal}	T _{tab}	T _{cal}	المعالم b _i		م التحديد R ²	الارتباط R	المتغير المستقل المختار في كل خطوة	المتغير التابع
3.00	693.373	1.96	10.330	0.512	الثابت b ₀	0.863	0.929	1- بعد الضمان 2- بعد الاعتمادية	تحسين جودة الخدمات الصحية
		1.96	32.527	0.472	المتغير b ₁				
		1.96	26.332	0.373	المتغير b ₂				

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على مخرجات SPSS 23.

من خلال الجدول أعلاه، وباستخدام نموذج الانحدار الخطي المتدرج خطوة بخطوة تم اختيار أهم متغيرين مستقلين في تفسير المتغير التابع والذين يمثلان بالترتيب بعد الضمان وبعد الاعتمادية، حيث أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود تأثير ذو دلالة إحصائية لهذين البعدين في تحقيق أو تحسين جودة الخدمات الصحية، إذ بلغ معامل الارتباط R (0.929) وهي علاقة طردية وممتازة جدا، أما معامل التحديد R² فقد بلغ (0.863) أي أن 86.3% من التغيرات في المتغير التابع ترجع أساسا إلى التغير في المتغيرين المختارين (الضمان والاعتمادية)، أما الباقي 23.7% يسند إلى متغيرات أخرى، كما بلغت درجة التأثير أو الميل للمتغيرين (0.472) (0.373) وهذا يعني أن التغير في كل من بعد الضمان والاعتمادية بدرجة واحدة ينتج عنه تحسن في جودة الخدمات الصحية بمقدار (0.845) مجموع الميلين.

و يؤكد معنوية هذا التأثير قيمة كل من T و F المحسوبتين، حيث بلغت قيمة T المحسوبة لبعد الضمان (32.527) ولبعد الاعتمادية (32.332) وهما أكبر من القيمة الجدولة (1.96) عند درجة حرية مساوية لـ 715 ودرجة معنوية α=5%، أما قيمة F المحسوبة (693.373) وهي أكبر بكثير من قيمة F الجدولية (3.00) عند درجة حرية 715 في البسط و 2 في المقام و درجة معنوية α=5%، ومنه النموذج ككل مقبول إحصائيا.

مما سبق، ومن خلال النتائج المحصل عليها نؤكد على أهمية التركيز على كل من بعد الضمان (الجدارة، المصداقية، والأمان، قدرة القائمين على تقديم الخدمة على استلهاهم الثقة والائتمان) وبعد الاعتمادية (درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة انجازه للخدمة المطلوبة) في تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية.

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل دراسة ميدانية ببعض المستشفيات الجزائرية، وهي المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس بقسنطينة والمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بباتنة والمؤسسة العمومية الاستشفائية على بوسحابة بخنشلة، وهي إسقاط للجانب النظري لبحثنا، وهذا من خلال توزيع استمارة استبيان على عينة من مقدمي الخدمة بالمؤسسات الثلاث، كما قمنا بدراسة تحقيق جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال خمس أبعاد وهي: بعد الاعتمادية وبعد الاستجابة وبعد الضمان وبعد الأشياء الملموسة وأخيرا بعد التعاطف.

وتم تحليل نتائج الاستمارات الاستبائية المسترجعة باستخدام برنامج SPSS.23 حيث تم استخلاص

ما يلي:

يلتزم مقدمي الخدمة بالمستشفيات محل الدراسة بتقديم الخدمات الصحية المرجوة منهم في الوقت المحدد، وبطريقة دقيقة مع مراعاة عدم الخطأ في الفحص والتشخيص، كما يستجيب مقدمي الخدمة فورا لاحتياجات المريض مهما كانت درجة انشغالهم، كما يبسطون إجراءات التعامل قدر الإمكان لضمان سرعة وسهولة تقديم الخدمة، كما يحضرون مقدمي الخدمة بالمستشفيات محل الدراسة بثقة المرضى حيث يشعر المرضى بالأمان عند تعاملهم معهم، كما يحرصون على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام، لكن توجد بعض النقائص المتمثلة في عدم توفر جميع الاختصاصات ونقص التجهيزات والمعدات التقنية الحديثة اللازمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة، وكذا نقص المرافق الضرورية من قاعات انتظار ودورات مياه نظيفة ومريحة داخل المستشفيات محل الدراسة.



خاتمة:

من خلال هذه الدراسة واعتمادا على الإطار النظري في الفصول الأول والثاني والثالث من البحث، يتضح لنا أن نجاح أي مؤسسة بشكل أساسي يعتمد على قدرة إدارتها على تحليل المتغيرات المحيطة بها ودقة الاستجابة لها والعمل على تشخيصها لمعرفة ما يواجهها من فرص وتهديدات في المجال الذي تنتمي إليه والتعرف على محددات النجاح عند التعامل مع العملاء و الموردین والمنافسين.

إن من أكبر التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية اليوم، إشكالية الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة وتقليل تكاليفها، فقد أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة لازمة، تتضح أهميتها بقدرتها على تقليص الفجوة بين الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة من طرف متلقي الخدمة، لذا تسعى المؤسسات الصحية إلى تبني إدارة الجودة الشاملة كأسلوب حديث لرفع مستوى الأداء في الرعاية الصحية.

لقد أظهرت الدراسة بعض المشاكل التي تواجهها المؤسسات الصحية من سوء التسيير وضعف الرقابة الجادة من قبل الإدارة، وعدم استخدام الأساليب الحديثة لتدعيم الإجراءات الإدارية من نظم معلومات وإجراء الإحصائيات، وضعف أنظمة التحفيز.

لذا يجب على كل مدير أن يطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مؤسسته كل في مستواه، والهدف منها هو تقديم خدمات ذات جودة ترقى إلى تطلعات المستفيدين منها، ولتحقيق ذلك يجب توفير البيئة اللازمة داخل المؤسسة وجعل المورد البشري يؤمن بضرورة تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة، لأداء مهامه في أحسن الأحوال وعزل كل العوامل التي تؤثر على أدائه والتي تتسبب في تدني مستوى الخدمة المقدمة داخل المؤسسات الاستشفائية.

وشملت دراستنا التطبيقية في هذا البحث عينة من مقدمي الخدمة في بعض المؤسسات الاستشفائية الجزائرية وهي: المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس بقسنطينة، المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بباتنة، المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة بخنشلة، و تم تحليل الاستثمارات المسترجعة اعتمادا على برنامج SPSS 23 والذي يعتبر من البرامج الواسعة الاستخدام في تحليل البيانات المستخرجة من الاستبيانات.

1- نتائج الدراسة النظرية:

أظهرت نتائج الدراسة النظرية ما يلي:

— الاهتمام المتزايد بمنهج إدارة الجودة الشاملة من قبل مسيري المؤسسات سواء كانت خدمية أو إنتاجية، وسواء كانت ربحية أو غير ربحية، ويعود السبب إلى الفوائد الكبيرة التي تعود على مؤسساتهم من خلال تطبيق هذا المنهج.

- إن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة يعتمد على تبني مجموعة من المبادئ والتي صيغت من إسهامات رواد الجودة.
- يعتبر نظام الايزو جزء من مكونات منهج إدارة الجودة الشاملة، حيث أن تطبيق نظام الايزو يعتبر إحدى خطوات الوصول إلى إدارة الجودة الشاملة.
- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات والمؤسسات المعنية بتقديم الخدمات الصحية، هي الخطوة الأساسية لتحسين الأداء وتطوير مستوى الخدمة فيها.
- جودة الخدمات الصحية تعني التماشي مع المعايير والاتجاهات الصحيحة بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، ونسبة الإعاقة وسوء التغذية.
- يعتبر مقياس Servqual من المقاييس الأكثر استعمالاً في مجال قياس جودة الخدمات الصحية، حيث يستند إلى توقعات المرضى لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات، وذلك باستخدام الأبعاد الثمانية الممثلة لمظاهر جودة الخدمة.
- اختلف النظام الصحي في الجزائر من فترة تاريخية إلى أخرى، فقد مر بعدة مراحل متباينة فيما بينها، لكن أهم التطورات كانت بعد الاستقلال حيث انتقل عدد المؤسسات الاستشفائية من 143 غداة الاستقلال ليقارب أكثر من 1000 مؤسسة حالياً، ورغم ذلك فإن الدارس لمختلف الفترات يلاحظ ظهور تحسن في الوضع الصحي كلما انتقلنا من فترة إلى أخرى، وذلك نتيجة لتطور المجال الطبي، الذي أدى إلى تحسين الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي في كل فترة من الفترات المختلفة.
- إن سياسة إصلاح المستشفيات التي باشرتها الحكومة في العشرية الأخيرة بمثابة القفزة النوعية في مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجزائرية، إذ عمدت إلى إحصاء عروض العلاج وتكييفها مع المتطلبات الصحية لمتلقي العلاج، من أجل الرقي بالنظام الصحي وتوفير خدمات صحية عالية الجودة.

2- نتائج الدراسة التطبيقية:

- أظهرت نتائج الدراسة التطبيقية ما يلي:
- إن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، جاءت موجبة وقوية، مما يشير إلى الاتساق الداخلي بين عبارات كل بعد من أبعاد أداة الدراسة.

- إن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد جودة الخدمات الصحية مع الدرجة الكلية للاستبيان، جاءت موجبة مما يشير إلى الصدق البنائي لأداة الدراسة.
 - إن معامل الثبات ألفا كرونباخ مرتفع لكل أبعاد الدراسة، مما يشير إلى ثبات أداة الدراسة.
 - إن نتائج اختبار كولموغوروف-سميرنوف لجميع أبعاد الدراسة يدل على أنها تتبع التوزيع الطبيعي وبالتالي فهي تخضع للاختبارات المعلمية.
 - جاءت نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لجميع عبارات كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية معنوية وبالتالي اختيارات أفراد العينة في هذه الاستبانة معنوية وليست وليدة الصدفة، وبالتالي يمكن القول أن جميع محاور الاستبانة تتمتع بخاصية صدق التكوين الفرضي.
- نتائج التحليل الإحصائي للاستبيان تبين ما يلي:

بالنسبة لبعد الاعتمادية: إن بعد الاعتمادية حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الاعتمادية، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد خاصة موافقة أفراد العينة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسات الاستشفائية.

بالنسبة لبعد الاستجابة: إن بعد الاستجابة حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الاستجابة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد خاصة على مدى استجابة العاملين بالمستشفى لاحتياجات المريض مهما كانت درجة انشغالهم.

بالنسبة لبعد الضمان: إن بعد الضمان حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الضمان، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد والتي تتضمن الجدارة والمصدقية والأمان، وقدرة مقدمي الخدمة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد وقدرتهم على استلهاهم ثقة متلقي الخدمة.

بالنسبة لبعد الأشياء الملموسة: إن بعد الأشياء الملموسة حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الأشياء الملموسة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن أفراد العينة يختلفون فيما بينهم على مكونات هذا البعد، فمنهم من يوافق ومنهم من يفضل البقاء محايدا.

بالنسبة لبعد التعاطف: إن بعد التعاطف حسب عينة الدراسة يقع في مجال الموافقة، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد التعاطف، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد خاصة على مدى تقدير مقدمي الخدمة لظروف المريض والتعاطف معه.

ويلاحظ من هذه النتائج أن تواجد أبعاد جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة حسب كل بعد، تقع في مجال الموافقة، هذا ما يدل على ضرورة تبني الإدارة العليا في المستشفى لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، للوصول إلى جودة الخدمات الصحية المطلوبة.

3- اختبار فرضيات الدراسة:

وجاءت نتائج اختبار فرضيات الدراسة كما يلي:

- نتائج الفرضية الأولى:
وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإمكانية الاعتماد على مقدمي الخدمات الصحية في تقديم الخدمات المطلوبة بالدقة اللازمة.
- نتائج الفرضية الثانية:
وجود أثر ذو دلالة إحصائية لسرعة الاستجابة في انجاز الخدمات الصحية المرجوة من قبل مقدميها.
- نتائج الفرضية الثالثة:
وجود أثر ذو دلالة إحصائية لقدرة القائمين على تقديم الخدمة الصحية على استلهم ثقة واثمان المرضى.
- نتائج الفرضية الرابعة:
وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتوفر المستشفيات محل الدراسة مباني عصرية وتجهيزات ومعدات تقنية حديثة.
- نتائج الفرضية الخامسة:
وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتعاطف مقدمي الخدمة الصحية مع مشاكل واحتياجات المرضى.
من خلال نتائج الفرضيات الخمس يظهر جلياً، مدى أهمية أبعاد الجودة في تحسين نوعية الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة حسب رأي مقدمي الخدمة (الاطباء، الممرضين والاداريين) ويعني هذا ضرورة توفير أرضية تسمح بتطبيق أبعاد الجودة ومفاهيم ادارة الجودة الشاملة للحصول على خدمات صحية ترقى إلى تطلعات متلقي الخدمة.

4- اقتراحات الدراسة:

- من النتائج السابقة يمكن تقديم بعض الاقتراحات التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات العمومية، وتتمثل فيما يلي:
- ضرورة تبني برامج إدارة الجودة الشاملة من قبل الوزارة الوصية باعتبارها المسئول الأول على قطاع الصحة، وهذا بالاعتماد على التجارب الناجحة في الدول الرائدة في مجال الصحة.

- ضرورة الاقتناع التام للإدارة العليا بالمستشفيات العمومية، بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة كمنهج لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- إعداد برامج تدريبية وإعادة تكوين مديري المؤسسات الصحية على كيفية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة داخل مؤسساتهم للرفعي بالقطاع العمومي، وتمكينهم من مواجهة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.
- تمكين مقدمي الخدمات الصحية من برامج تدريبية، توفر لهم القدرة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة، للوصول إلى الاستغلال الأمثل للموارد المادية والمالية.
- إنشاء نظام معلومات دقيق داخل المؤسسات الاستشفائية لتمكين المديرين من متابعة شكاوى متلقي الخدمة ومعالجتها في الوقت المناسب للوصول إلى جودة الخدمات الصحية المطلوبة.
- تأسيس خلايا الجودة داخل المستشفيات والتي تسهر على مساعدة المسؤولين في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة وإيجاد حلول للمشاكل والعقبات التي تواجههم أثناء تطبيقها.

5- أفاق الدراسة:

إن موضوع إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الاستشفائية واسع، حيث يمكن اقتراح العديد من العناوين التي يمكن أن تكون أبحاث مستقبلية:

- متطلبات تبنى وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية.
- إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق ميزة تنافسية بالمؤسسات الاستشفائية.
- إدارة الجودة الشاملة ودورها في تحقيق جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة.
- أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية.
- تحقيق جودة الخدمات الصحية في الجزائر من خلال استخدام مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
- دور إدارة الجودة الشاملة في تقليص تكاليف المؤسسات الاستشفائية في الجزائر.



المراجع باللغة العربية:

الكتب:

1. أبو مالك حسن سي العربي، الرقبة بين الانضباط الشرعي والتسبب في الممارسات، الجزائر، دار النجاح للكتاب، 2004.
2. أحمد فهمي جلال، إستراتيجية الإدارة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1990.
3. أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2006.
4. أسامة محمود فريد وآخرون، إدارة الإنتاج والعمليات، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1998.
5. أغادير عرفات جويحان، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن، 2006.
6. إفون تيران، ترجمة محمد عبد الكريم أوزغلة، المواجهة الثقافية في الجزائر المستعمرة، دار القصة، الجزائر، 2007.
7. تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2005.
8. تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2003.
9. تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2005.
10. توفيق محمد عبد المحسن، قياس الجودة والقياس المقارن، دار الفكر العربي، مصر، 2003.
11. جابلونسكي جوزيف، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، عمان الأردن، 2000.
12. حسن البلاوي وآخرون، الجودة الشاملة في التعليم، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة، عمان الأردن، 2010.
13. حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2003.
14. حميد عبد النبي الطائي وآخرون، إدارة الجودة الشاملة TQM والإيزو ISO، ط1، الوراق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2003.
15. حيدر محمد أمين طرايشي، المرشد إلى طريق ISO 9000 وتطبيقاته، ط1، دار السلام للنشر والتوزيع، القاهرة، 1999.
16. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، السعودية، 1997.
17. خفاجي عباس، الجودة الشاملة، جامعة الإسراء، عمان الأردن، 1995.
18. خيضر حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2000.
19. ذوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي: مفهومه، أدواته، أساليبه، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2001.
20. رعد عبد الله الطائي وآخرون، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، محمود سامي، نبذة مختصرة عن الجودة، مجلة الأسمدة العربية، العدد 3، عمان الأردن، 1994.
21. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2006.
22. سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2007.
23. السيد محمد أبو هاشم حسن، الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية، محاضرات منشورة، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2006.
24. سيد محمد جاد الرب، إدارة المستشفيات موضوعات إدارية متقدمة، مطبعة أكتوبر الهندسية، مصر، 2016.
25. سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، مصر، 2008.
26. صلاح محمود ذياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان الأردن، 2010.
27. صلاح محمود ذياب، عبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات (منظور شامل)، دار الفكر، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2012.
28. طلال بن عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2004.

29. عامر عياد العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية "المبادئ الأساسية"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة، 2016.
30. عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الثانية، 2010.
31. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008، ص 03-.
- حسان محمد نذير حريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1990.
32. عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، بحوث ودراسات، الطبعة الثانية، 2014.
33. عبد المحسن توفيق، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، دار الشهاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 1996.
34. عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراجحة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2012.
35. العساف عبد المعطي، معوقات الإبداع الإداري في المنظمات المعاصرة، مجلة الإدارة، السنة 17، العدد 62، عمان الأردن، 1995.
36. علي السلمي، إدارة التميز، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2002.
37. عمر وصفي عقيلي، مدخل المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة: وجهة نظر، ط 1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001.
38. عواطف إبراهيم الحداد، إدارة الجودة الشاملة، دار الفكر، عمان الأردن، 2009.
39. غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1999.
40. غازي فرحان، خدمات الإيواء في المستشفى، دار الزهران، عمان، الأردن، 1999.
41. فريد النجار، إدارة الجامعات بالجودة الشاملة، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.
42. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2014.
43. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الثانية، 2009.
44. فريد عبد الفتاح زين الدين، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة عمان، الأردن، 2008.
45. فريد عبد الفتاح زين الدين، فن الإدارة اليابانية: حلقات الجودة، دار الكتب المصرية للنشر، القاهرة، 1998.
46. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
47. في المؤسسات العربية، دون دار نشر، القاهرة، 1996.
48. قاسم نايف علوان الحياوي، إدارة الجودة في الخدمات - مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.
49. مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.
50. مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006.
51. محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2004.
52. محمد إبراهيم، إدارة الجودة من المنظور الإداري - مدخل إداري متكامل، سلسلة وثائق الجودة من المنظور الإداري، الوثيقة الأولى للتأصيل الفكري لإدارة الجودة الشاملة، بدون طبعة، بدون سنة نشر.
53. محمد الصبري، سلسلة التدريب الإداري الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الأيزو، مؤسسة حورس الدولية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 2005.
54. محمد توفيق ماضي، إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجالي الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2002.
55. محمد رياض، دليل المنظمات العربية لتطبيق نظام إدارة الجودة - المواصفات العالمية ISO 9000، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2005.
56. محمد عبد العالي النعيمي، الإحصاء التطبيقي، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، 2008، عمان، الأردن.
57. محمد عبيدات ومحمد أبو نصار وعقلة مبيضين، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم الإدارية، الجامعة الأردنية، 1999، عمان الأردن.
58. محمد عوض الترتوري، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي، المجلس السعودي للجودة، جدة، 2005.
59. محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحان، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، الطبعة الثانية، دار المسيرة، عمان الأردن، 2009، ص 55.

60. مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، دار الحامد للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2016.
61. مكرم عبد المسيح باسيلي، المحاسبة في المنشأة الفندقية: رؤية إدارة الفنادق - المستشفيات، المكتبة العصرية، المنصورة، مصر، 2006.
62. مؤيد عبد الحسين وآخرون، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك - منهج كمي -، الوراق للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن، 2004.
63. ناصر الدين سعيدوني، النظام المالي في أواخر العهد العثماني، ط2، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1985.
64. نداء الشاهين، المواصفات الدولية ISO9000، الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر، دمشق، سوريا، 2001.
65. نزار عبد المجيد البرواري وآخرون، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2011.
66. نظم نصر الله، الايزو 9000: بداية الطريق للمنظومة الإدارية، الشركة العربية، مصر، 1996.
67. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، الجزائر، دار كتامة للكتاب، 2008.
68. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
69. هيو كوش، إدارة الجودة الشاملة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ترجمة: طلال بن عايد الأحمد، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002.
70. يوسف الطائي وآخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2009.
71. يوسف حجيم الطائي وآخرون، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية والخدمية، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2009.

المذكرات والأطروحات:

1. أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الفندقية في الجزائر، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008.
2. خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (2009-1999)، مذكرة ماجستير في العلوم السياسية، جامعة الجزائر 3، 2011.
3. خليل عواد حسن أبو حشيش، إطار مقترح لقياس وتقييم الأداء في المستشفيات الحكومية دراسة تطبيقية بالمملكة الأردنية الهاشمية، بحث مقدم للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في المحاسبة، جامعة عين شمس، مصر، 2000.
4. سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة الجزائر 03، 2012.
5. شامية بن عباس، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات وانعكاساتها على التنمية المستدامة - دراسة حالة الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة، 2014.
6. الطاهر الوافي، التحفيز وأداء المرضين، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع تخصص تنظيم وعمل، جامعة قسنطينة 2، 2013.
7. عائشة واله، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون، مذكرة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة الجزائر، 2011.
8. علي دحمان محمد، تقييم نفعات الصحة والتعليم (دراسة حالة ولاية تلمسان)، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2011.
9. غازي علي متروك البدانية، إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعية الحكومية (دراسة مقارنة بين مصر والأردن)، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2011.
10. فتيحة حبشي، إدارة الجودة الشاملة مع دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية قسنطينة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، 2007.
11. كريمة بوعزيز، اختيار المريض لأسلوب العلاج في القطاع العام والقطاع الخاص، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2002.
12. ماجدة محمد عبد الحميد جبريل، إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة، رسالة مقدمة لكلية التجارة جامعة عين شمس للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، القاهرة، 2000.
13. مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات، أطروحة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة القاهرة، 2001.

14. المنصور ياسر، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة بغداد، 1997.
15. منير صالح محمد الوصابي، دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي، مذكرة تدخل ضمن متطلبات شهادة الماجستير في علوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2012.
16. نبيلة كحيل، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير، كلية الاقتصاد، جامعة قسنطينة، 2009.
17. نجاة عيسى سالم الكيت، فعالية تطبيق نظام فرق العمل في ظل نظام إدارة الجودة الشاملة بمستشفيات وزارة الصحة برأس الخيمة بدولة الإمارات العربية المتحدة، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال غير منشورة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، مصر، 2005.
18. وسام بن صالح، واقع تطبيق الإدارة الإلكترونية بالقطاع الصحي في الجزائر، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة سكيكدة، 2014.
19. ياسر المنصور، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني -دراسة ميدانية مقارنة، أطروحة دكتوراه، جامعة بغداد، 1997.

المؤتمرات:

1. محمد بن إبراهيم التويجي، تطوير إدارة المستشفيات في الوطن العربي: أوراق عمل المؤتمر السنوي الخامس المنعقد في القاهرة ديسمبر 2006 تحت شعار بلوغ التميز في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007.
2. وصاف وقوي، تسويق الجامعات علميا من خلال مدخل الجودة، مؤتمر استشراف مستقبل التعليم، عمان الأردن، 2005.
3. وفاق حلمي الأغا، الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 26-27 نيسان، 2006.

المجلات العلمية:

1. حنان عبد الرحيم الأحمد، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، المجلد (40)، العدد (03)، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2000.
2. عرابية الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات (المفهوم والإشكالية)، مجلة الباحث، العدد 7، جامعة ورقلة، الجزائر، 2009-2010.
3. الفحطاني سالم سعيد، إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في التعليم الحكومي، مجلة الإدارة العامة، العدد 78، أبريل، عمان الأردن، 1990.
4. محمد نور الطاهر أحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان من وجهة نظر المرضى والمراجعين، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 04، 2015.
5. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.

القرارات والمراسيم التنفيذية:

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 20 جمادى الثاني عام 1406 الموافق ل 11 فيفري 1986م، يتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية، الجريدة الرسمية، العدد 06، الصادر في 03 جمادى الثانية 1406 الموافقة ل 12 فيفري 1986م.
2. قانون رقم (100-74) الصادر في 13 جوان 1974.
3. المرسوم التنفيذي رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981.
4. المرسوم التنفيذي رقم 86-303 المؤرخ في 16 ديسمبر 1986م.
5. المرسوم التشريعي رقم 93-18 المؤرخ في: 1993/12/29، المتضمن مدى مساهمة الدولة في المساعدات الطبية.
6. المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 19 ماي 2007.
7. المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 19 ماي 2007.
8. المرسوم التنفيذي رقم (124-90) المؤرخ في 30 أبريل 1990.

9. المرسوم التنفيذي رقم (90-188) المؤرخ في 23 جوان 1990.
10. المرسوم التنفيذي رقم (97-467) المؤرخ في 12 ديسمبر 1997.
11. المرسوم التنفيذي رقم 86-298 المؤرخ في 14 ربيع الثاني 1407 الموافق لـ 16 ديسمبر 1986م.
12. المرسوم التنفيذي رقم 74-01 المؤرخ في 16/01/1974 المتضمن: مدى مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدات الطبية الاجتماعية.

المراجع باللغات الأجنبية:

1. A.Bouchrit, Dj.Auuld, M.Toumi, Le système de santé durant la guerre de libération national, Ministère de la santé, Alger.
2. Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé, les coûts de qualité et de la non-qualité des Soins dans les établissements de la Santé : états des lieux et Propositions, juillet 2004.
3. Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé, les coûts de qualité et de la non-qualité des Soins dans les établissements de la Santé : états des lieux et Propositions, juillet 2004.
4. Benhard R, Public Administration, an Action Orientation, Pacific Grove California, USA, Brooks, Cole Publishing, Co,2000.
5. Besterfield, Dale H ; Besterfiels-Michna Carol ; Bester field, Glen H ; Bester- field- Sacre Mary, Total Quality Management, Prentice Hall, Inc 1995.
6. Cohen Steven and Brand Ronald, Total Quality Management, A practical Guide for the Real world, (San Francisco : Jossey – Bass Publisher.
7. Drummond, Helga, the Quality Management - What tole Quality Management, Colorado, Libraries unlimited,2004.
8. F.Benatai, les action humanitaire pendant la lutte de libération(1954-1962), Alger, Imprimerie Dahleb, 1999. Suzanne.Charvet-Protat, Agnés Jarlier, Nathalie Préaubert, Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital, <http://www.anaes.fr/anaes/publications.MSF/NPDFFILE/RA-LTLF-3YBL5S/File/cout.PFD>
9. Hoffer and Moran, Thinking in Total Quality Management, IE Management Press, institute of industrial Engineers, Norcross Georgrg, 1994.
10. M. chaouch ; développement du Système National de Santé ; Stratégies et perspectives ; « le gestionnaire » revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique ; n°5 ; juin 2001.
11. Martinich, J.S, Production and Opération Management, An Applied Modern Approach, New York : john Wiley and Sons Inc, 1997.

المواقع الالكترونية:

1. [http:// www.santemeghreb.com](http://www.santemeghreb.com)
2. <http://data.albankaldawli.org>
3. <http://www.and.s.dz>
4. <http://www.arabgeographers.net>
5. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>



فهرس

الأشكال والجداول

فهرس الأشكال

الصفحة	رقم وعنوان الشكل
159	الشكل رقم (01): الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة
168	الشكل رقم (02): الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي.....
173	الشكل رقم (03): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.....

فهرس الجداول

الصفحة	رقم وعنوان جدول
35	جدول رقم (01): الآثار التي يحدثها تطبيق إدارة الجودة الشاملة
43	جدول رقم (02): التقارب بين مواصفات ISO 9001:2008 وإدارة الجودة الشاملة
49	جدول رقم (03): معايير نظام النموذج الأوروبي للتميز
50	جدول رقم (04): أوزان كل من العناصر التسعة المؤدية للتميز
53	جدول رقم (05): توزيع النقاط على عناصر النموذج (المعدل سنة 2002)
134	جدول رقم (06): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة
136	جدول رقم (07): مدى مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة بالجزائر
138	جدول رقم (08): مدى مساهمة العائلات في تمويل القطاع الصحي
141	جدول رقم (09): تعداد إجمالي السكان لدول المغرب العربي (بالمليون)
142	جدول رقم (10): نسبة الزيادة السكانية لدول المغرب العربي
142	جدول رقم (11): إجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص لدول المغرب العربي
143	جدول رقم (12): إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد لدول المغرب العربي
143	جدول رقم (13): العمر المتوقع للذكور عند الميلاد لدول المغرب العربي
144	جدول رقم (14): العمر المتوقع للإناث عند الميلاد لدول المغرب العربي
144	جدول رقم (15): معدل وفيات الرضع لدول المغرب العربي
145	جدول رقم (16): يمثل نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي في دول المغرب العربي
146	جدول رقم (17): معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لدول المغرب العربي
146	جدول رقم (18): معدل الخصوبة الإجمالي لدول المغرب العربي
147	جدول رقم (19): نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي لدول المغرب العربي
148	جدول رقم (20): نسبة الإنفاق العام على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي
148	جدول رقم (21): نسبة الإنفاق الشخصي على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي
149	جدول رقم (22): نصيب الفرد من الإنفاق على الخدمات الصحية لدول المغرب العربي
163	جدول رقم (23): توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة
171	جدول رقم (24): توزيع الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة

174	جدول رقم (25): المصالح والوحدات الطبية المكونة للمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة
175	جدول رقم (26): توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة
178	جدول رقم (27): توزيع عينة الدراسة حسب المؤسسات الاستشفائية
178	جدول رقم (28): بين الدرجات وفق مقياس ليكرت
180	جدول رقم (29): خصائص عينة الدراسة
183	جدول رقم (30): اختبار ألفا كرونباخ لفقرات المحاور الخمس
184	جدول رقم (31): اختبار ألفا كرونباخ لجميع المتغيرات
185	جدول رقم (32): اختبار التوزيع الطبيعي لـ كوليغروف-سميرنوف
187	جدول رقم (33): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الأول
188	جدول رقم (34): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الثاني
188	جدول رقم (35): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الثالث
189	جدول رقم (36): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الرابع
190	جدول رقم (37): نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الخامس
193	جدول رقم (38): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الأول
194	جدول رقم (39): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الثاني
195	جدول رقم (40): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الثالث
196	جدول رقم (41): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الرابع
197	جدول رقم (42): نتائج مقياس ليكارت حول المحور الخامس
198	جدول رقم (43): نتائج تحليل الانحدار الخطي لأهمية أبعاد الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية
203	جدول رقم (44): أحسن متغيرين في تفسير تحسين جودة الخدمات الصحية



فهرس
المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	إهداء
	شكر وتقدير
أ	مقدمة
55-01	الفصل الأول: الإطار النظري لإدارة الجودة الشاملة
02	تمهيد.....
04	المبحث الأول: نشأة وتطور مفهوم الجودة.....
04	المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الجودة.
04	1- المفهوم التقليدي للجودة.
04	2- المفهوم الحديث للجودة
05	المطلب الثاني: حلقات ضبط الجودة.
05	1- مفهوم ومبادئ حلقات ضبط الجودة
06	2- أهمية حلقات ضبط الجودة وأهدافها.....
07	المطلب الثالث: محددات الجودة.....
07	1- جودة التصميم (Quality of design).....
07	2- جودة التطابق (Quality of conformance).....
07	3- سهولة الاستخدام (Ease of use).....
07	4- خدمات ما بعد البيع (Service after delivery).....
07	المطلب الرابع: التطور التاريخي للجودة.....
08	1- مرحلة مسؤولية الحرفي عن ضبط الجودة (ما قبل القرن العشرين).....
08	2- مرحلة مسؤولية رئيس العمال عن ضبط الجودة (1900-1918).....
09	3- مرحلة ضبط الجودة عن طريق الفحص (1919-1945).....
09	4- مرحلة الضبط الإحصائي للجودة.....
10	5- مرحلة ضمان الجودة.....
10	6- مرحلة إدارة الجودة الشاملة (1985-2010).....
11	7- مرحلة رفاهية الزبون (ابتداء من 2010).....
12	المبحث الثاني: مدخل عام لإدارة الجودة الشاملة.....
12	المطلب الأول: تعريف إدارة الجودة الشاملة وأهم إسهامات رواد الجودة.....
12	1- تعريف إدارة الجودة الشاملة.....

14	2- أهم إسهامات رواد إدارة الجودة الشاملة.
15	2-1- إسهامات ادوارد ديمينج.
17	2-2- إسهامات أرماند فيغنهام.
18	2-2-1- كلف الجودة.
18	2-2-2- الجودة الموجهة نحو المستهلك.
18	2-2-3- المنافسة المعتمدة على الجودة.
19	2-3- إسهامات فليب كروسيبي.
19	2-4- إسهامات جوزيف جوران.
20	2-5- إسهامات كايرو اشيكواوا.
20	2-5-1- التحكم الشامل في الجودة على مستوى المؤسسة.
21	2-5-2- فكرة خريطة عظمة السمكة لاشيكواوا.
21	2-5-3- فكرة الأدوات السبع.
21	2-6- إسهامات جينيشي تاجوشي.
22	المطلب الثاني: الإطار الفلسفي لإدارة الجودة الشاملة.
22	1- المجموعة الأولى: تركز على مبادئ الجودة الشاملة.
23	2- المجموعة الثانية: تركز على كيفية أداء إدارة الجودة الشاملة.
23	3- المجموعة الثالثة: تركز على الأهداف والنتائج.
24	المطلب الثالث: مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات تطبيقها.
24	1- مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
25	2- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
25	2-1- رأي (Burstein و Sedllak).
25	2-2- رأي (Oakland).
26	2-3- رأي (Black, Porter).
26	2-4- رأي (Thiagarajon, Zairi).
26	2-5- رأي (Gunase Karan).
27	2-6- رأي (Yosof, Aspinwall).
27	المطلب الرابع: تكاليف الجودة.
28	1- تصنيف تكاليف الجودة.
28	1-1- تكاليف المنع (الوقاية).
28	1-2- تكاليف التقويم.
29	1-3- تكاليف الفشل الداخلي.

29	1-4- تكاليف الفشل الخارجي.....
29	2- النظرة التقليدية والنظرة الحديثة لتكاليف الجودة.....
30	3- تخفيض تكاليف الجودة.....
31	المبحث الثالث: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة.....
31	المطلب الأول: خطوات ومراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة.....
31	1- خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.....
32	2- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة.....
32	المطلب الثاني: أهمية وفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة.....
32	1-أهمية إدارة الجودة الشاملة.....
33	2-فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة.....
35	المطلب الثالث: الأساليب والأدوات التي تعتمدها إدارة الجودة الشاملة ومعوقات تطبيقها.....
35	1- الأساليب والأدوات التي تعتمدها إدارة الجودة الشاملة.....
35	1-1- أسلوب حل المشكلات.....
36	1-2- المقارنة المرجعية.....
36	1-3- أنظمة الاقتراحات.....
36	1-4- أنظمة التوقيت المناسب.....
36	1-5- رقابة العمليات الاحصائية.....
37	2- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.....
37	المطلب الرابع: المواصفات القياسية لنظام إدارة الجودة الإيزو 9000.....
37	1- المواصفات القياسية الإيزو 9000، النشأة والمفهوم.....
38	1-1- نشأة سلسلة الإيزو 9000.....
39	1-2- تعريف مواصفات الإيزو 9000.....
41	2- أهمية تطبيق المواصفات العالمية للإيزو.....
42	3- العلاقة بين مواصفات ISO9001 وإدارة الجودة الشاملة.....
44	المبحث الرابع: النماذج الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.....
44	المطلب الأول: النماذج التقليدية.....
44	1- نموذج ماثيوس.....
44	2- نموذج مالكوم بالدريج.....
45	3- نموذج كورنسكي.....
46	4- نموذج جوزيف جوران.....
47	5- نموذج هامبر.....

48	المطلب الثاني: النماذج الحديثة.
48	1- النموذج الأوروبي للتميز.....
51	2- النموذج الأمريكي (نموذج جائزة مالكوم بالدريج)
51	1-2- أهداف النموذج.....
52	2-2- إجراءات منح الجائزة.....
52	2-3- المفاهيم والقيم التي يقوم عليها النموذج.....
52	2-4- هيكل النموذج.
54	3- النموذج النيوزيلندي في الجودة.....
54	4- نموذج معهد الإمداد للتحسين المستمر للعملية.....
55 خلاصة.
105-56	الفصل الثاني: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
57 تمهيد.
58	المبحث الأول: مفاهيم أساسية في إدارة المستشفيات.....
58	المطلب الأول: التطور التاريخي لمفهوم المستشفى.
60	المطلب الثاني: وظائف المستشفى وأهدافه.
61	1- الوظيفة العلاجية.....
61	2- الوظيفة الوقائية.....
62	1-2- خدمات الوقاية الأولية.....
63	2-2- الخدمات الوقائية الثانوية.....
63	2-3- الخدمات الوقائية ذات الدرجة الثالثة.....
64	3- وظيفة التعليم والتدريب.....
64	4- الوظيفة البحثية.....
65	5- وظيفة الخدمات الممتدة إلى المنزل.....
66	المطلب الثالث: أنواع المستشفيات وخصائصها.....
66	1- نمط الملكية والإشراف.....
66	1-1- المستشفيات الحكومية.....
66	1-1-1- مستشفيات حكومية عامة وخاصة وتخصوية.....
67	1-1-2- المستشفيات الجامعية والتعليمية.....
67	1-2-1- المستشفيات الخاصة.....
67	1-2-1-1- مستشفيات ذات طابع ربحي.....
67	1-2-2-1- مستشفيات ذات طابع غير ربحي.....

67	2- الربحية.....
67	2-1- مستشفيات تهدف للربح.....
68	2-2- مستشفيات خيرية.....
68	2-3- مستشفيات لا تهدف إلا تحقيق ربح.....
68	3- مدة الإقامة.....
68	3-1- مستشفيات قصيرة الإقامة.....
68	3-2- مستشفيات طويلة الإقامة... ..
68	4- نوع الخدمة.....
68	4-1- مستشفيات عامة.....
68	4-2- مستشفيات متخصصة.....
69	5- حجم المستشفى.....
69	5-1- المستشفيات الصغيرة الحجم.....
69	5-2- المستشفيات متوسطة الحجم.....
69	5-3- المستشفيات كبيرة الحجم.....
69	6- جودة خدمات الرعاية المقدمة.....
69	6-1- المستشفيات المعتمدة.....
69	6-2- المستشفيات غير المعتمدة.....
70	المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها.....
70	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية وخصائصها.....
70	1- مفهوم جودة الخدمة الصحية.....
70	1-1- تعريف جودة الخدمة وطبيعتها.....
72	1-2- تعريف جودة الخدمة الصحية.....
75	2- خصائص الخدمات الصحية.....
76	المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية.....
76	1- الكفاءة الفنية.....
77	2- سهولة الوصول للخدمة.....
77	3- الفاعلية والتأثير.....
77	4- بعد التعاطف.....
78	5- بعد الاعتمادية.....
78	6- بعد الاستمرارية.....
78	7- بعد الأمن والسلامة الصحية.....

78	8- بعد الكماليات.....
78	المطلب الثالث: أهمية جودة الخدمة الصحية والعوامل المؤثر فيها.....
78	1- أهمية جودة الخدمة الصحية.....
79	2- العوامل المؤثرة في جودة الخدمة الصحية.....
80	المطلب الرابع: مداخل قياس جودة الخدمة الصحية.....
80	1- مدخل قياس جودة الخدمة الصحية من منظور المرضى.....
80	1-1- مقياس عدد الشكاوى.....
81	2-1- مقياس الرضا.....
82	3-1- مقياس الفجوة (نموذج Servqual).....
83	4-1- مقترحات لتقليل الفجوة.....
84	2- المدخل الهيكلي.....
84	3- مدخل العمليات.....
84	4- مدخل النتيجة النهائية.....
86	المبحث الثالث: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
86	المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية وأهميتها.....
86	1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.....
88	2- أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
89	المطلب الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.....
89	1- التركيز على العميل.....
89	2- التركيز على العميل كالتركيز على النتائج.....
90	3- اتخاذ القرارات بناء على الحقائق.....
90	4- التحسين المستمر.....
90	5- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها.....
90	6- تعبئة وتحريك خبرات الموارد البشرية.....
91	7- التغذية العكسية.....
92	المطلب الثالث: الخطوات التي يجب إتباعها لإدخال نظم الجودة للمستشفيات.....
93	المطلب الرابع: عوامل نجاح إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وفوائد تطبيقها.....
94	1- تحسين معنويات العاملين.....
95	2- تحسين مستوى الإنتاجية.....
95	3- الرضا المتزايد للعميل الخارجي والداخلي.....

	المبحث الرابع: تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية وهيئات منح شهادات الجودة للمنشآت الصحية.....
98	الصحية.....
98	المطلب الأول: تصنيف تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية.....
98	1- تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج.....
98	2- تكاليف التقييم.....
99	3- تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة والمعيبة.....
101	المطلب الثاني: أسباب تضخم تكلفة الخدمة الصحية.....
101	1-التغير الكبير في طبيعة مخرجات المستشفيات.....
101	2-زيادة نصيب الفرد في استعمالية الخدمات الاستشفائية.....
101	3-التضخم الاقتصادي العام والذي يؤثر على كافة السلع والخدمات.....
101	4-النمو السكاني وتزايد معدل توقع الخدمات.....
101	المطلب الثالث: طرق تقليل تكاليف المؤسسات الصحية.....
101	1- تقليل فترة إقامة المريض.....
102	2- خفض المستلزمات الطبية.....
102	3- تخفيض تكلفة الأدوية.....
102	4- تخفيض تكلفة الأشعة.....
102	5- الاستغلال الأمثل لأجهزة المستشفى.....
102	6- الصيانة الوقائية لمعدات المستشفى.....
103	7- التحالفات المختلفة.....
103	المطلب الرابع: برامج الاعتماد وهيئات منح شهادات الجودة للمنشآت الصحية.....
105	الخلاصة.....
150-106	الفصل الثالث:النظام الصحي في الجزائر
107	تمهيد.....
108	المبحث الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.....
108	المطلب الأول: مرحلة النظام الصحي ما قبل الاحتلال الفرنسي.....
110	المطلب الثاني: مرحلة النظام الصحي أثناء الاحتلال الفرنسي.....
110	1- المرحلة الأولى: 1830-1850.....
111	2- المرحلة الثانية: 1850-1945.....
112	3- المرحلة الثالثة: 1945-1962.....
116	المطلب الثالث: مرحلة النظام الصحي بعد الاستقلال.....
116	1- المرحلة الأولى: 1962-1973.....

116	2- المرحلة الثانية: 1973-1980.....
117	3- المرحلة الثالثة: 1980-1990.....
117	4- المرحلة الرابعة: 1990-2002.....
118	5- المرحلة الخامسة: 2002-2012.....
119	المطلب الرابع: هيكله النظام الصحي في الجزائر.....
119	1- تعريف القطاع الصحي في الجزائر.....
120	2- هيكل المنظومة الصحية في الجزائر.....
120	2-1- على المستوى المركزي.....
122	2-2- على المستوى الولائي.....
123	2-3- على المستوى المحلي.....
125	المبحث الثاني: إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.....
125	المطلب الأول: أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر.....
125	1- الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها.....
126	2- الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها.....
126	2-1- العراقيل المرتبطة بتكوين المستخدمين وأوجه معالجتها.....
127	2-2- العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وتدبير معالجتها.....
128	المطلب الثاني: أهداف مشروع الإصلاح.....
129	المطلب الثالث: ملفات مشروع الإصلاح.....
129	1- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج.....
129	2- ملف الهياكل الاستشفائية.....
129	3- ملف الموارد البشرية.....
129	4- ملف الموارد المادية.....
130	5- ملف التمويل.....
130	6- ملف اشتراك القطاعات.....
131	المبحث الثالث: مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر.....
131	المطلب الأول: مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري من 1962-1974.....
132	1- التسيقات.....
132	2- عائدات تسديد المصاريف.....
132	3- الموارد الخاصة.....
132	المطلب الثاني: مصادر تمويل النظام الصحي الجزائري من 1974 إلى يومنا هذا.....
132	1- مساهمة الدولة.....

135	2- مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي.....
137	3- مساهمة العائلات.....
139	المطلب الثالث: ايجابيات وسلبيات نمط التمويل في الجزائر وضرورة توسيع مصادر التمويل.
139	1- ايجابيات نظام تمويل قطاع الصحة.....
139	2- سلبيات نظام تمويل قطاع الصحة.....
139	3- توسيع مصادر تمويل قطاع الصحة.....
141	المبحث الرابع: مؤشرات تقييم الوضع الصحي في الجزائر مقارنة ببعض دول المغرب العربي.
141	المطلب الأول: المؤشرات المتعلقة بالسكان.
141	1- التعداد الإجمالي للسكان.....
141	2- معدل النمو السكاني.....
142	3- إجمالي معدل المواليد لكل 1000 شخص.....
143	4- إجمالي العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات).....
143	5- العمر المتوقع للذكور عند الميلاد (بالسنوات)
144	6- العمر المتوقع للإناث عند الميلاد (بالسنوات)
144	المطلب الثاني: المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي.
144	1- معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي.....
145	2- نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي.....
146	3- معدل وفيات الأطفال دون 05 سنوات لكل 1000 مولود حي.....
146	4- معدل الخصوبة الإجمالي (عدد الولادات لكل امرأة).....
147	المطلب الثالث: المؤشرات المتعلقة بالإنفاق على الخدمات الصحية.....
147	1- نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية من إجمالي الناتج المحلي.....
147	2- نسبة الإنفاق القطاع العام على الخدمات الصحية (من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية).....
147	3- نسب الإنفاق الشخصي المباشر على الصحة.....
148	4- نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي).....
150	خلاصة.....
205-151	الفصل الرابع: تحليل واقع إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية
152	تمهيد.....
153	المبحث الأول: الاطار المنهجي للدراسة
153	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.....
153	1- المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة.....

153	1-1- نشأة المركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس.....
154	1-2- الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس قسنطينة.....
160	1-3- الوحدات والمصالح الاستشفائية الجامعية المكونة للمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس.....
162	1-4- حجم الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن باديس.....
163	2- المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي باتنة.....
163	1-2- نشأة المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي.....
164	2-2- الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي.....
169	2-3- الوحدات والمصالح الاستشفائية الجامعية المكونة للمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بباتنة.....
170	2-4- حجم الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي.....
171	3- المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة خنشلة.....
171	3-1- نشأة المؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.....
172	3-2- الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.....
174	3-3- الوحدات والمصالح الصحية المكونة للمؤسسة الصحية الاستشفائية علي بوسحابة.....
175	3-4- حجم الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية علي بوسحابة.....
176	المطلب الثاني: الإطار المنهجي للدراسة.....
176	1- الإطار المكاني والزمني.....
176	2- تصميم الاستبيان.....
177	3- اختيار عينة الدراسة وحجمها.....
178	4- الأدوات المستخدمة في تحليل نتائج الاستبيان.....
180	المطلب الثالث: خصائص عينة الدراسة.....
182	المبحث الثاني: تحليل بيانات الدراسة.....
183	المطلب الأول: اختبار الثبات باستخدام ألفا كرونباخ.....
183	1- اختبار الثبات لمحاور الدراسة (أبعاد الجودة).....
184	2- اختبار الثبات لجميع المتغيرات.....
184	المطلب الثاني: اختبار التوزيع الطبيعي (اختبار كولجروف - سميرونوف).....
185	المطلب الثالث: اختبار التجانس واختبار التكوين الفرضي.....
187	1- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الأول.....
188	2- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الثاني.....

188	3- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الثالث.....
189	4- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الرابع.....
190	5- نتائج اختبار التجانس واختبار صدق التكوين الفرضي لعناصر المحور الخامس.....
191	المبحث الثالث: اختبار نتائج وفرضيات الدراسة.....
191	المطلب الأول: التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة.....
192	1- تحليل بعد الاعتمادية.....
193	2- تحليل بعد الاستجابة.....
194	3- تحليل بعد الضمان.....
195	4- تحليل بعد الاشياء الملموسة.....
196	5- تحليل بعد التعاطف.....
198	المطلب الثاني: اختبار تحقق فرضيات الدراسة.....
199	1- اختبار الفرضية الاولى.....
199	2- اختبار الفرضية الثانية.....
200	3- اختبار الفرضية الثالثة.....
201	4- اختبار الفرضية الرابعة.....
202	5- اختبار الفرضية الخامسة.....
203	المطلب الثالث: اختيار أقوى متغيرين في تفسير تحسين جودة الخدمات الصحية.....
205	خلاصة.....
206	خاتمة.....
212	قائمة المراجع.....
218	قائمة الأشكال والجداول.....
222	فهرس المحتويات.....
234	الملاحق.....



استمارة استبيان لاستقصاء آراء مقدمي الخدمة في المستشفى.

سيدتي الفاضلة، سيدي الفاضل تحية طيبة وبعد ...

يسرنا أن نتلقى ملاحظاتكم وأرائكم حول نوع الخدمات التي تقدمونها بالمستشفى، حيث أننا نقوم بإجراء دراسة حول: دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية، لذلك فإن تعاونكم الفعال معنا سيكون له أبلغ الأثر في الحصول على أفضل النتائج، وأود أن أحيط سيادتكم علماً بأن كل ما تدلون به من آراء أو بيانات ستكون موضع اهتمام الباحث ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط، وإننا نشكر لكم حسن تعاونكم معنا ولكم منا كل تحية وتقدير .

ملاحظة: يرجى وضع علامة (X) أمام الفقرة التي تقتنع بها .

الباحث

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

جامعة عباس لغرور خنشلة

- أولاً: بيانات شخصية ووظيفية:

1. الجنس: ذكر ()، أنثى () .
2. السن: أقل من 30 ()، 31-45 ()، 46-60 ()، 60 فأكثر () .
3. المستوى العلمي: ثانوي ()، جامعي ()، دراسات عليا () .
4. التخصص الدقيق: طبيب ()، ممرض ()، إداري () .
5. مدة الخدمة: أقل من 5 ()، 6-15 ()، 16-30 ()، أكثر من 30 () .

- ثانياً : أبعاد جودة الخدمة :

رقم	العبارة	اتفق بشدة	اتفق	محايد	لا أتفق	لا أتفق بشدة
أولاً - بعد الاعتمادية: درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة انجازه للخدمة المطلوبة .						
1	يلتزم مقدم الخدمة بتقديم الخدمات الصحية المرجوة إلى المرضى في الوقت المحدد.					
2	يحرص مقدم الخدمة على تقديم الخدمات المرجوة بطريقة دقيقة، مع مراعاة عدم الخطأ في الفحص أو التشخيص أو العلاج.					
3	تتوفر بالمستشفى جميع التخصصات الصحية المطلوبة .					
4	يبيدي مقدم الخدمة اهتماماً خاصاً بمشاكل واستفسارات المرضى.					
5	يحظى مقدم الخدمة بثقة واستحسان المستفيدين من خدماته الصحية.					
6	هل توافق على تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتي تسعى إلى رفع مستوى الخدمة المقدمة.					
ثانياً - بعد الاستجابة: سرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مقدم الخدمة .						
7	يستجيب مقدم الخدمة بالمستشفى فوراً لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.					
8	يقوم العاملون بالمستشفى بتقديم الخدمات الصحية المطلوبة بسرعة					
9	يقوم مقدم الخدمة بالرد الفوري على استفسارات وشكاوى المرضى.					
10	يبيدي مقدم الخدمة في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.					
11	يبسط مقدم الخدمة إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية .					
12	يقوم مقدمي الخدمة بإنجاز الأعمال المرجوة منهم في وقت مناسب وجودة عالية.					

ثالثاً - بعد الضمان " الجدارة، المصداقية، والأمان ": قدرة القائمين على تقديم الخدمة على استلهاام الثقة والائتمان.

					13	يثق المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الكادر الصحي " الطبي ، التمريضي ، وغيرهم " في المستشفى .
					14	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع المستشفى .
					15	يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.
					16	يتمتع العاملون في المستشفى بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة.
					17	يحافظ مقدم الخدمة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.
					18	للقائمين على تقديم الخدمة في المستشفى قدرة كبيرة على استلهاام ثقة وائتمان المرضى.

رابعاً - بعد الملموسية: وهي تشتمل على العناصر المادية للخدمة " المباني، الأجهزة والمعدات، والمرافق الصحية ومظهر العاملين ".

					19	تمتلك المستشفى مباني جذابة وعصرية.
					20	تمتلك المستشفى تجهيزات وأجهزة ومعدات تقنية حديثة .
					21	تتوفر في المستشفى مرافق مادية ملائمة وصحية.
					22	يحرص مقدم الخدمة في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن الهندام والمظهر .
					23	توفر المستشفى قاعات انتظار نظيفة ومكيفة وكافية .
					24	تمتلك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة ومريحة.

خامساً - بعد التعاطف " الفورية ، الاتصالات ، وتفهم احتياجات الزبون ": درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص ، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية.

					25	يولي مقدمو الخدمة تفهم كبير لاحتياجات المريض.
					26	يضع مقدمو الخدمة مصالح المريض في مقدمة اهتماماتهم
					27	تناسب أوقات عمل المستشفى كافة المرضى .
					28	يعطي مقدمو الخدمة في المستشفى الوقت الكافي لرعاية كل مريض .
					29	يقدر مقدمو الخدمة في المستشفى ظروف المريض ويتعاطفون معه.
					30	يتعامل مقدمو الخدمة بروح مرحية وصدقا مع المريض.



الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى إبراز دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، ولإثبات الحاجة إلى تبني هذا الأسلوب الإداري، اعتمد الباحث على دراسة آراء مقدمي الخدمة (أطباء، ممرضين، إداريين) حول مدى توفر أبعاد الجودة بالمستشفيات محل الدراسة.

وبينت العينة البالغ عددها 718 فرد مقسمون على ثلاثة مؤسسات استشفائية، توفر أربع أبعاد من أبعاد الجودة الخمس وهي: بعد الاعتمادية، بعد الاستجابة، بعد التعاطف وبعد الضمان، واختلاف آرائهم حول توفر بعد الملموسية، مما يدل على وجود أرضية تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الكلمات المفتاحية: إدارة الجودة الشاملة، الإدارة الصحية، جودة الخدمات الصحية.

Abstract :

The aim of this study is to highlight the role of TQM in improving the quality of health services in hospital institutions and to prove the need to adopt this management method.

The researcher aims to study the opinions of service providers (doctors, nurses, administrators) on the availability of quality criteria in the hospitals under study.

The views of the 718 individuals from three hospital institutions provided four criteria of the five, such as :

Quality; reliability; feedback; empathy, and also a view on the availability of equipment, indicating the existence of a base allowing the application of TQM in The hospital institutions under study and thus improve the quality of health services provided for the recipients of the service.

Keywords: Total Quality Management, Health Management, Quality of Health Services.

Résumé :

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence le rôle de TQM dans l'amélioration de la qualité des services de santé dans les établissements hospitaliers et de prouver le besoin d'adopter cette méthode de gestion.

Le chercheur vise à étudier les opinions des fournisseurs de services (médecins, infirmières, administrateurs) sur la disponibilité de critères de qualité dans les hôpitaux à l'étude.

Les opinions des 718 personnes de trois établissements hospitaliers ont fourni quatre critères des cinq, tels que:

Qualité; fiabilité; retour d'information; L'empathie, ainsi qu'une vue sur la disponibilité de l'équipement, indiquant l'existence d'une plate forme permettant l'application de TQM dans les établissements hospitaliers à l'étude et ainsi améliorer la qualité des services de santé fournis pour les bénéficiaires du service.

Mots-clés: Gestion de la qualité totale (TQM), gestion de la santé, qualité des services de santé.