



الموضوع

دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية

دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة

(العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي)

مذكورة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية

تخصص: اقتصاد و تسيير مؤسسات

الأستاذ المشرف:

إعداد الطالب:

* د / قريد عمر

▪ مبارك صالح

السنة الجامعية: 2018-2019

الأهداء

الى الوالدين الكريمين اللذين علمانا معنا الحياة

والى كل اخوتي وأهلي واقاربي

الى كل من علمونا ولم يبخلوا علينا بعلمهم اساتذتي الافاضل

والى كل من يعرفني سواء من قريب او من بعيد

والى كل أصدقائي وبالخصوص رزقي وناس ، عذاوري محمد ، بن عيسى ربيع

وبراهيمي عثمان.

شكر وتقدير

نحمد لله تعالى ونشكره أحمدته على نعمه، وأشكره على ان اتانا من فضله، أن وفقتي

لإتمام هذا البحث الذي لم يكن ليتم بنجاح لولا توفيقه.

أما بعد فلا يسعنا إلا أن نتقدم بالشكر والتقدير إلى أستاذي المشرف الدكتور قريد

عمر لقبوله الإشراف على هذا البحث وعلى توجيهاته ونصائحه القيمة وبذل جهده

للمساعدة والتوجيه، فقد كان لتوجيهه السديد الأثر الكبير في إظهار هذه الرسالة

المتواضعة على الشكل الذي هي عليه، أرجو له دوام التوفيق والسداد والصحة والعافية.

وأشكر الأساتذة أعضاء اللجنة لقبولهم مناقشة وإثراء هذه الرسالة.

كما أتقدم بعبارات الشكر والتقدير إلى كل عمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

بسكرة، وعمال العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي، على حسن الاستقبال

والمساعدة، وعلى كافة المعلومات والإرشادات والنصائح المقدمة.

وإلى كل من كان لهم الفضل في مساعدتي على انجاز هذا البحث.

ملخص الدراسة

انطلاقاً من هذا نحاول في هذه الدراسة ان نبرز العلاقة بين إدارة الجودة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة.

ومن أجل الإلمام بالموضوع تضمنت الدراسة ثلاثة فصول، حيث تناول الفصل الأول الجانب النظري لجودة الخدمات الصحية ما بين النظام الصحي في الجزائر ثم المؤسسات الصحية الى جودة الخدمات الصحية، أما الفصل الثاني فتناول الجانب النظري لإدارة الجودة الشاملة انطلاقاً من نشأت وتطور مفهوم الجودة تم مدخل عام لإدارة الجودة الشاملة الى دارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.

اما الفصل الثالث فقد تناول الجانب التطبيقي لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي)، حيث اعتمد الباحث على آراء مقدموا الخدمة والمرضى من اجل الدراسة التي هدفت الى معرفة مدى وجود علاقة بين إدارة الجودة وجودة الخدمة في المؤسسة الصحية محل الدراسة، والتي خلصت إلى وجود علاقة ارتباط بين إدارة الجودة وكل ابعاد جودة الخدمة الصحية ما عدى بعد الملموسية الذي لم يسجل أي ارتباط مع هذه الأخيرة وبالتالي نقول انه توجد مقومات تسمح بتفعيل إمكانية تطبيق إدارة الجودة في المؤسسة محل الدراسة، وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

الكلمات المفتاحية: إدارة الجودة الشاملة / المؤسسة الصحية / جودة الخدمة الصحية/مقدم الخدمة والمرضى.

Résumé

Sur cette base, nous essayons de mettre en évidence la relation entre la gestion de la qualité et la qualité des services de santé dans l'établissement public de santé de quartier de Biskra.

Le premier chapitre traite de l'aspect théorique de la qualité des services de santé entre le système de santé algérien et les institutions de santé et la qualité des services de santé, le deuxième chapitre traite de l'aspect théorique de la gestion de la qualité totale depuis l'origine et le développement du concept de qualité. Qualité totale à gestion de la qualité totale dans l'établissement de santé.

Le troisième chapitre traitait Le côté application de la gestion la qualité sur la qualité des services de santé dans l'établissement publique de santé de proximité de Biskra (la clinique multi-services Ahmad bin Ramadan Qabaili) lorsque le chercheur s'est appuyé sur les points de vue des fournisseurs de services et des patients pour l'étude Quel but de savoir la relation entre gestion de la qualité et qualité du service dans l'établissement de santé, Ce qui a conclu à l'existence d'une relation entre la gestion de la qualité et tous les Dimensions de la qualité des services de santé, Seulement le Dimension Tangible qui n'a pas permis d'établir de relation avec ces derniers, Alors nous affirmons qu'il existe des éléments permettant de mettre en œuvre la possibilité d'appliquer la gestion de la qualité dans l'établissement étudiée, et Amélioré La qualité des services de santé offerts.

Mots-clés : Gestion de la qualité totale, Fondation Santé, Qualité de service, Fournisseur de service et Patients.

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
	الاهداء
	شكر وعرfan
	قائمة المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
	قائمة الملاحق
أ-ط	مقدمة
73-11	الفصل الأول: الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية
12	المبحث الأول: النظام الصحي في الجزائر
12	المطلب الأول: مفهوم النظام الصحي
16	المطلب الثاني: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.
21	المطلب الثالث: أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها.
26	المطلب الرابع: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر
35	المبحث الثاني: المؤسسات الصحية
35	المطلب الأول: ماهية المؤسسة الصحية وأنواعها
40	المطلب الثاني: وظائف المؤسسة الصحية:
43	المطلب الثالث: معايير تقييم أداء المؤسسات الصحية
49	المطلب الرابع: الاهداف الاساسية للمؤسسات الصحية
53	المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية
53	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
57	المطلب الثاني: انواع الخدمات الصحية ودورة حياتها

61	المطلب الثالث: جودة الخدمات الصحية اهدافها، ابعادها وخصائصها
69	المطلب الرابع: قياس الجودة في الخدمات الصحية.
72	خلاصة الفصل الأول
134-75	الفصل الثاني: الإطار النظري لإدارة الجودة الشاملة
75	تمهيد
76	المبحث الأول: نشأت وتطور مفهوم الجودة
76	المطلب الأول: الجودة وتطور مفهومها
81	المطلب الثاني: حلقات ضبط الجودة
86	المطلب الثالث: تكاليف الجودة
90	المطلب الرابع: أدوات الجودة
95	المبحث الثاني: مدخل عام لإدارة الجودة الشاملة
95	المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة (الأهمية والأهداف)
100	المطلب الثاني: اهم اسهامات رواد الحركة الفكرية لإدارة الجودة الشاملة
107	المطلب الثالث: مبادئ إدارة الجودة الشاملة وخطوات تطبيقها
111	المطلب الرابع: المواصفات القياسية iso 9000 وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة
119	المبحث الثالث: ادارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية
119	المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية وأهميتها
122	المطلب الثاني: متطلبات تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية واهميتها
127	المطلب الثالث: عوامل نجاح إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وفوائد تطبيقها
131	المطلب الرابع: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
133	الخلاصة
181-136	الفصل الثالث: الإطار التطبيقي لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية

136	تمهيد
137	المبحث الأول: تقديم المؤسسة وهيكلها التنظيمي.
137	المطلب الأول: تقديم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة.
140	المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي وتسيير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة.
146	المطلب الثالث: التعريف بالعيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي، الهيكل التنظيمي، وتسييرها
150	المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية
150	المطلب الأول: منهج الدراسة، وأدوات جمع البيانات
155	المطلب الثاني: اختبار الثبات واتساق الأدوات
161	المطلب الثالث: الدراسة الوصفية لعينة الدراسة
167	المطلب الرابع: اختبار الفرضيات
175	المبحث الثالث: عرض وتفسير نتائج اختبار الفرضيات
175	المطلب الأول: اختبار التوزيع الطبيعي
176	المطلب الثاني: تحليل اتجاه العلاقة بين المتغيرات وتفسير النتائج
180	خلاصة الفصل
182	خاتمة
187	قائمة المراجع
195	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1-1	التغطية الصحية حسب كل تخصص	18
2-1	تطور قطاع المستشفيات من سنة 1998 الى 2009	18
3-1	نسبة الانفاق الصحي الى الناتج الإجمالي	19
4-1	حجم السكان، الولادة، الوفاة والنمو الطبيعي في الجزائر خلال الفترة 1994-2005	27
5-1	أسباب ومعدلات الوفيات في الجزائر	29
6-1	تطور معدل وفاة الأطفال في الجزائر حسب الجنس في الفترة 1992-2005	29
7-1	تطور وفاة الأطفال أقل من 5 سنوات في الجزائر خلال الفترة 1995-2005	30
8-1	توزيع الوفاة حسب نوع المرض في الفترة 1995-2000	31
9-1	توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 1991-2005	33
1-2	دور ضمان الجودة	79
2-2	أهداف دوائر الجودة	81
3-2	متطلبات نجاح حلقات الجودة	84
4-2	الفروق الأساسية بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة	97
5-2	التقارب بين مواصفات ISO 9001: 2008 وإدارة الجودة الشاملة	113
6-2	مقارنة بين إدارة الجودة الشاملة ونظام الايزو	115
1-3	التوزيع الأسبوعي للأطباء الاختصاصيين حسب كل مكتب.	147
2-3	مقياس " ليكرت الثلاثي" لقياس استجابات المبحوثين	150
3-3	الاستبيانات الموزعة على عينة الدراسة	151
4-3	أبعاد إستبيان الدراسة.	153
5-3	نتائج ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات الاستبانة	155
6-3	معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات ادارة الجودة الشاملة والدرجة الكلية	156
7-3	معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الأول للمحور الثاني والبعد الذي ينتمي له.	157
8-3	معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الثاني للمحور الثاني والدرجة الكلية له.	158
9-3	معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الثالث للمحور الثاني والدرجة الكلية له.	158

159	معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الرابع للمحور الثاني والدرجة الكلية له.	10-3
159	معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الخامس للمحور الثاني والدرجة الكلية له.	11-3
160	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية	12-3
161	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	13-3
162	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	14-3
163	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب التخصص	15-3
165	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب مدة الخدمة	16-3
166	الإجابة على عبارات ادارة الجودة الشاملة.	17-3
168	الإجابة على عبارات بعد الملموسية.	18-3
169	الإجابة على عبارات بعد الاعتمادية.	19-3
170	الإجابة على عبارات بعد الضمان.	20-3
171	الإجابة على عبارات بعد الاستجابة.	21-3
173	الإجابة عبارات بعد التعاطف.	22-3
175	اختبار التوزيع الطبيعي معامل الالتواء والتفلطح:	23-3
176	معامل الارتباط بيرسون.	24-3

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1-1	مكونات النظام الصحي	13
2-1	تطور وضعية مختلف المستشفيات من حيث العدد	18
3-1	مؤشر الرعاية الصحية لسنة 2016	26
4-1	نظام تقييم الأداء	42
5-1	الأهداف الأساسية للمستشفيات	51
6-1	دورة حياة الخدمة الصحية	59
7-1	مستوى جودة الخدمات	63
8-1	نموذج لتقييم جودة الخدمة	71
1-2	توضيح عملية الفحص / نظام الجودة المبني على أساس الفحص	78
2-2	طريقة عمل حلقات الجودة	83
3-2	العلاقة بين مستوى الجودة وكلف الجودة أ - النظرة التقليدية	86
4-2	العلاقة بين مستوى الجودة وكلف الجودة ب - النظرة الحديثة	87
5-2	تخطيط رقابة الجودة	90
6-2	مخطط هيكل السمكة	92
7-2	دورة "دومينك" للجودة	101
8-2	ثلاثية جوران لإدارة الجودة الشاملة	104
9-2	المراحل الخمس لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	110
10-2	خطوات الحصول على شهادة الأيزو	116
11-2	عوامل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات	126
1-3	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة	140
2-3	الهيكل التنظيمي للعيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي	146
3-3	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية	160
4-3	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	161
5-3	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي	162

164	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب التخصص	6-3
165	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب مدة الخدمة	7-3

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
195	أداة الدراسة - الاستبيان -	01
199	البرنامج الاسبوعي للفحص الطبي المتخصص الخارجي	02
199	جدول التلقيح	03
200	قائمة مناوبة الأطباء العامون لشهر ماي 2019	04
201	قائمة المناوبة الشبه طبية لشهر ماي 2019	05
202	ملصقة التلقيح ضد الانفلونزا	06

حقائق

يعتبر تحسين جودة الخدمة الصحية 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 إطار اشم في الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية لطلابها سواء من المرضى أو غير المرضى، فضلا عن تخطيط وتنفيذ برامج التطوير والبحث، إلى جانب وضع معايير للرقابة على جودة الخدمات المقدمة.

إن الرغبة في تطبيق برامج الإدارة الخاصة بالجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية لهي هدف عالمي يتسع نطاق تطبيقه عاما بعد عام لذلك فالجودة توضع في المرتبة الأولى ضمن أولويات الرعاية الصحية الأساسية فالخدمات التي تقدمها الرعاية الصحية الأساسية ذات تأثير مباشر على حياة وصحة المواطنين وأسراهم.

باعتبار الخدمات الصحية واحدة من أبرز وأهم الخدمات التي أصبح الفرد في المجتمع يبحث عنها، ويريدها بدرجة معينة من التميز والإتقان، باعتباره بحاجة ماسة لها، وهذا راجع بالدرجة الأولى لعدة أسباب والمرتبطة أساسا بكثرة وتنوع وغموض الأمراض العضوية والنفسية التي يتعرض لها ويعاني منها في الوقت المعاصر.

وبالمقابل حتمت هذه الحاجة الملحة لهذا النوع من الخدمات إهتماما متزايدا من قبل المؤسسات والهيئات الصحية سواء على المستوى المحلي أو الدولي، وذلك بالعمل على تطوير وتحسين الخدمات ذات الطابع الحيوي، من أجل تلبية الإحتياجات المعبر عنها، والتي تتسم بإستمرارية الطلب عليها وتزايد وتيرته، إلى جانب تميز هذا الطلب بالتركيز على نوعية أو جودة الخدمات المقدمة.

تواجه المؤسسات الصحية الجزائرية كغيرها من المؤسسات الصحية في مختلف دول العالم تحولات كبيرة، حيث إن الخدمات الصحية تتقدم بتقدم التقنيات الطبية وتطورها، وباعتبار المؤسسات الصحية الجهة الوحيدة التي تقدم خدمات شبه مجانية للمواطنين، فهي مطالبة بتبني مناهج إدارية حديثة لتحسين جودة خدماتها والارتقاء بها إلى المستوى المطلوب. لأنها من أكثر المؤسسات حساسية للجودة، حيث أنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى ما تمتلكه المجتمعات، وهو الإنسان.

كما تشهد هذه المؤسسات تغييرا ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية تتمثل في الرغبة في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية والمطالبة بتحسين جودتها، فلقد بينت بعض الدراسات أن بعض المشاكل

التي تواجهها هذه المؤسسات الصحية ناتجة من عدم مجارات الأساليب الحديثة للتسيير وضعف الرقابة الجادة من قبل الإدارة، وضعف أنظمة التحفيز.

إن نجاح أي مؤسسة يعتمد بشكل أساسي على قدرة إدارتها على تفسير وتحليل المتغيرات المحيطة بدقة والاستجابة لها والعمل على تشخيصها لمعرفة ما يواجهها من فرص وتهديدات في مجال الخدمة الصحية المقدمة.

1. إشكالية الدراسة

بشكل عام حققت قطاعات الصناعة والتجارة نجاحا ملموسا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة الا ان تطبيق برامج التحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية لم يصل في نجاحه إلى ما وصلت اليه القطاعات الأخرى، وذلك يعود إلى تأخر إدارة المؤسسات الصحية في إدراك مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومزايا تطبيقها. كما ان ادره الجودة الشاملة مازالت حتى الان لم تأخذ طريقها للتطبيق في الكثير من المؤسسات الصحية ولم تحدد بعد بدقة أسباب عدم التطبيق أو أسباب الفشل أو مقومات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

من خلال ما سبق وجب التفكير بإعتماد منهج التسيير الحديث لإدارة الجودة للعمل به بالمؤسسات الصحية الذي يساعد في تحديد الإمكانيات المادية والبشرية المهدورة، وبالتالي معالجة طرق تسييرها، والتخلص من الهدر واستغلالها أحسن استغلال، كما لوحظ أن المؤسسات التي طبقت هذا النوع من التسيير استطاعت تحقيق متطلبات ورضا متلقي الخدمة، من خلال تحسين أسلوب العمل والظروف المحيطة به.

وعلى ضوء ما سبق، تتضح مشكلة الدراسة التي نطرحها في السؤال التالي:

❖ هل هناك علاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية؟

ينبثق منها التساؤلات الفرعية التالية:

- هل ترتبط جودة الخدمات الصحية بتوفر الموارد المادية داخل المؤسسة الصحية؟

- هل ترقى الخدمة الصحية المقدمة إلى المستوى الذي يتطلع اليه المريض؟

- هل يشعر المريض بنوع من الثقة في المؤسسة المقدمة للخدمة الصحية؟

- هل يتحصل المريض على الخدمات المطلوبة في الوقت المناسب؟

- هل يتعامل مقدم الخدمة الصحية مع المريض بنوع من التعاطف؟

فرضيات الدراسة: على ضوء التساؤلات المطروحة تمت صياغة الفرضيات التالية:

- نعم ترتبط جودة الخدمات الصحية بتوفر الموارد المادية داخل المؤسسة الصحية

- لا ترقى الخدمة الصحية المقدمة إلى المستوى الذي يتطلع اليه المريض

- لا يشعر المريض بنوع من الثقة في المؤسسة المقدمة للخدمة الصحية

- لا يتحصل المريض على الخدمات المطلوبة في الوقت المناسب

- نعم يتعامل مقدم الخدمة الصحية مع المريض بنوع من التعاطف

2. أهمية الدراسة:

- يستمد هذا البحث أهميته من أهمية قطاع الصحة في المجتمع، كونه يهتم بأعلى عنصر من عناصر الإنتاج والمتمثلة في الإنسان، بالإضافة أنه يتزامن مع جهود الدولة في تحسين الخدمات المقدمة، والمتمثلة في إصلاح النظام الصحي بكل ما يتضمن من ملفات.

- معرفة آراء المستخدمين والمرضى حول واقع جودة الخدمات المقدمة في المؤسسة العمومية للصحية الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي) ولفت الانتباه لمسيري المؤسسات الصحية حول تبني إدارة الجودة الشاملة من اجل تحسين الخدمة الصحية.

- كما تكمن أهمية البحث في تسليط الضوء على اهم العراقيل التي تواجه تطبيق إدارة الجودة وتحقيق جودة من أجل تجنب تدني مستوى الخدمات الصحية ذلك لما للقطاع من أهمية في دفع عجلة التنمية.

3. أهداف البحث:

سنحاول في هذا البحث تحقيق جملة من الأهداف:

- التعريف بمدى أهمية إدارة الجودة في المؤسسات الصحية وعلاقتها بتحسين جودة الخدمة الصحية.
- التعرف على الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الصحية وتوضيح أهمية تطبيق إدارة الجودة في تحسين جودة الخدمة الصحية.
- تسليط الضوء على مبادئ ومتطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- محاولة التعرف على مدى إدراك مقدمي الخدمة الصحية لضرورة تبني إدارة الجودة كأسلوب إداري جديد، يمكن من خلاله تحسين مستوى الخدمات الصحية والوصول إلى رضى المريض.
- التعرف على تطلعات و آراء المرضى حول نوعية وجودة الخدمات المقدمة في المؤسسة محل الدراسة.

5. منهج الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التي تسعى للإلمام بظاهرة معينة والحصول على صورة أكثر دقة عن تلك الظاهرة ويستند هذا النوع من الدراسة عادة إلى المنهج الوصفي الذي يعبر عن الظاهرة المدروسة تعبيراً كمياً وكيفياً. والمنهج الوصفي لا يقف عند جمع المعلومات لوصف الظاهرة وإنما يذهب إلى تحليل الظاهرة وكشف العلاقات الموجودة فيها وذلك من أجل تفسيرها واستخلاص النتائج التي تحقق غاياتها، حيث اعتمدت الدراسة على الاستبيان الموزع على مقدمي الخدمة والمرضى من خلال الإجابة على جملة من التساؤلات ذات الصلة بالموضوع والمؤسسة محل الدراسة كما تجدر الإشارة إلى أننا اعتمدنا على برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الإجتماعية الإصدار 20 (SPSS. v20) في الحصول على النتائج وإجراء الاختبارات الإحصائية الضرورية.

6. حدود الدراسة:

- **المجال المكاني:** بالنظر لكون قطاع الصحة في الجزائر يضم نسبة كبيرة من المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والتي تضم العديد من العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج، وبالنظر إلى كون عنوان بحثنا دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية، فقد كان إختيار عينة الدراسة على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي).

المجال البشري: بعد تصميم الإستبيان وتحكيمة من طرف بعض الاطارات بالمؤسسات الصحية والأساتذة الجامعيين، قمنا بتوزيع الإستمارات الاستبائية على مقدمي الخدمة (شبه طبي، ممارس طبي ... الخ) لهاته المؤسسة ومجموعة من المرضى لاستقصاء آراءهم حول إدارة الجودة ودورها في تجسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الصحية بسكرة.

المجال الزماني: قدرت حدود الدراسة الزمانية ما بين سنة 1992 الى سنة 2019.

أسباب اختيار موضوع الدراسة:

- كوني موظفا بقطاع الصحة، ما دفعني في البحث عن أهم أسباب تدني جودة الخدمات الصحية.
- عدم القدرة على توفير الخدمات اللازمة لبعض المرضى وانتقالهم عبر الولايات ولمسافات طويلة.
- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع لما لها من تأثير على العنصر البشري، والذي يعتبر أساس التنمية في جميع المجالات.
- المؤشرات الصحية في الجزائر واهم التحديات التي تواجهها المؤسسات الصحية.
- المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية في تقديم الخدمات، التي تحول دون رضى الزبون.
- الاستياء الكبير والتشاؤم الذي يحمله المواطنون تجاه قطاع الصحة في الجزائر.

7. هيكل الدراسة:

من اجل طرح موضوع البحث بشكل منظم ومن أجل الإجابة عن الإشكالية المطروحة قمنا بتقسيم الدراسة إلى، مقدمة وثلاثة فصول وخاتمة.

جاء في الفصل الأول الإطار النظري لجودة الخدمات الصحية، حيث سوف نتطرق في المبحث الأول للنظام الصحي في الجزائر مفهومه، التطور التاريخي وصولا إلى تقييمه ويدرس المبحث الثاني المؤسسات الصحية، وظائفها، أهدافها ومعايير تقييمها بينما نتطرق في المبحث الثالث إلى جودة الخدمات الصحية، أنواعها، أهدافها، ابعادها، خصائصها وقياسها.

كما يتناول الفصل الثاني الإطار النظري لإدارة الجودة الشاملة حيث سوف نتطرق في المبحث الأول إلى نشأت وتطور مفهوم الجودة الذي يضم حلقات الجودة وتكاليف الجودة ابعادها وأهميتها وصولاً إلى أدوات الجودة ويدرس المبحث الثاني مدخل عام لإدارة الجودة الشاملة نتطرق فيه إلى التعريف وأهم اسهامات رواد الحركة الفكرية لإدارة الجودة الشاملة والمبادئ والمواصفات القياسية ايزو 9000 وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة، بينما نتطرق في المبحث الثالث إلى ادارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية حيث يحصل الربط بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية ونتطرق إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية وأهميتها، متطلبات تطبيقها، عوامل نجاحها ومعوقات تطبيقها.

أما الفصل الثالث سنتناول فيه الإطار التطبيقي لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة، وسوف نتطرق فيه إلى المبحث الاول الخاص بتقديم المؤسسة الصحية محل الدراسة وهيكلها التنظيمي، وكمبحث ثاني الإجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية، وفي المبحث الثالث إلى عرض وتفسير نتائج اختبار الفرضيات.

8. الدراسات السابقة:

- دراسة **عدمان مريزق (2008)** والتي كانت في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، بعنوان: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، قد كانت تعالج إشكالية: ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟ وقد هدفت الدراسة إلى عرض واقع جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية والتطرق إلى أهم أوجه القصور فيها وأهم العراقيل التواجه الطاقم الطبي والشبه طبي كما حالت تسليط الضوء إلى ضرورة قياس التكاليف الناجمة عن غياب الجودة وإدارة الجودة الشاملة.

- دراسة **كحيل نبيلة (2009)** والتي كانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير في علوم التسيير جامعة قسنطينة بعنان "تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية" حيث اتبعت الباحثة المنهج الوصفي والتحليلي، كانت الإشكالية تتمثل في: ما مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى جيجل من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض بها؟ وهدفت الدراسة إلى معرفة مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة محل الدراسة، حيث قامت الباحثة بدراسة إحصائية عن طريق تحليل بيانات الإستبيان المقدم إلى الممرضين بالمستشفى.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج اهمها:

- ضعف إلتزام الإدارة العليا بالمستشفيات لدعم جهود الجودة.
- عدم وضوح العمل الجماعي.
- غياب برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة.

-دراسة عتيق عائشة (2009) والتي كانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسيير الموارد البشرية جامعة قسنطينة بعنوان " جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية " دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة، تناولت هذه الدراسة إشكالية واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ومدى تأثيرها على رضا المريض؟

وقد اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي من خلال أسلوب دراسة حالة والتي كانت على مجموعة من المرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة.

وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة التي تتمثل فيما يلي:

- المؤشرات المهمة والخاصة بالمريض أن العوامل مثل العمر والجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض وغيرها تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية. فالمرضى الكبير أكثر رضاء عن الخدمات الصحية ويعرف الفرق بين الخدمات الصحية في الماضي والحاضر، وذلك لأنه عاصر تطور الخدمات الصحية.
- رضا المرضى عن جودة الخدمة الصحية المقدمة من حيث أبعاد الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، والتعاطف بينما كان معظم المرضى غير راضين عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية.
- يقوم المستشفى بتسهيل إجراءات العمل قدر الإمكان وهذا لضمان وسرعة وسهولة تقديم الخدمة الصحية، إضافة إلى رغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى وسرعة استجابتهم لطلباتهم، وهو ما يؤكد رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- شعور المرضى بالأمان في التعامل مع العاملين في المستشفى، وتمتع الأطباء بالمهارات اللازمة وحسن الخلق، وهذا يدل على بعد الضمان متوفر في المؤسسة.

كما عرضت الباحثة الاقتراحات التالية:

- إن وجود إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة، وتقديم خدمات صحية متميزة.
 - يجب أن يكون نظام رقابي داخل كل مؤسسة استشفائية مكونة من الغدارين والأطباء والممرضين من أجل الرقابة.
 - ضرورة الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية وتحسينها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة والمتغيرة للمستفيدين، وذلك بمواكبة التطور السريع خاصة في مجال الاجهزة والمعدات التقنية والطبية.
- **دراسة سيد احمد حاج عيسى (2012)** والتي كانت في اطار الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم التجارية، جامعة الجزائر 03، بعنوان: اثر تدريب الافراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية؟، حيث اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، حيث استخدم الوصف في جمع المعلومات حول الدراسة، اما التحليل فكان من اجل الوصول إلى النتائج من الدراسة الميدانية بواسطة استبيان لجمع المعلومات والوقوف على ابرز المؤشرات، هدفت الدراسة إلى تحديد دور تدريب المورد البشري الصحي في تحسن الجودة في المستشفيات الجزائرية، وتوصلت الدراسة للعديد من النتائج أهمها: التيقن من ان الوصول لتحسن الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية يتطلب تطبيق التدريب وفق الأهمية التي نتجت عن الاستبيان .
- **دراسة شرف الدين زديرة (2017)** والتي كانت في اطار الحصول على شهادة الدكتوراه علوم التسيير جامعة بسكرة بعنان: دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات المؤسسات الاستشفائية، حيث تناولت هاته الدراسة إشكالية: كيف يمكن لإدارة الجودة الشاملة تحسين مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية؟، وهدفت الدراسة إلى إبراز دور إدارة جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، حيث إعتد الباحث على دراسة اراء الطاقم الطبي والشبه الطبي وحتى الإداري من اجل معرفة الدور الذي تلعبه إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمة المؤسسات الاستشفائية ومدى توفر أبعاد الخدمة بالمستشفيات محل الدراسة، وخلصت هاته الدراسة إلى توفر أربع أبعاد من أبعاد الجودة الخمس وهي: بعد الإستجابة، بعد الإعتمادية، بعد التعاطف وبعد الضمان، واختلاف أرائهم حول توفر بعد الملموسية، مما يدل على إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة محل الدراسة وتحسين جودة الخدمات الصحية بالمقابل.

9. اوجه التشابه مع الدراسات السابقة:

هناك العديد من أوجه التشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة وتتلخص أهمها في المنهجية المستخدمة حيث ان اغلب الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي التحليلي، كما ان اغلب الدراسات السابقة تناولت الجانب النظري لإدارة الجودة الشاملة حيث كان الهدف الرئيسي للدراسة هو تطبيق ابعاد إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات باعتبارها أسلوب اداري حديث، كما تتفق بعض الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في كون انه لا توجد علاقة بين إدارة الجودة وبعد الملموسية بالمؤسسة و تركز اغلبها على ضرورة وجود برامج تدريبية باستمرار.

6. اوجه الاختلاف مع الدراسات السابقة:

الشيء الذي يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة انها أعطت أهمية كبيرة لآراء المرضى باعتبارهم المستهلك المباشر للخدمة الصحية المقدمة حول جودة الخدمات الصحية المقدمة كما أنها لم تهمل آراء الممارسين الطبيين وسلك الشبه الطبيين وغيرهم في حين ان بعض الدراسات السابقة ركزت على آراء الأطباء او الشبه الطبيين او الإداريين، كما ان الدراسة تعمقت وتخصصت في دراسة العلاقة فقط بين إدارة الجودة وجودة الخدمات الصحية المقدمة في حين ان الدراسات السابقة درست العلاقة والاثر معا لتكون النتائج مبنية على الأثر لا على العلاقة، حيث تعتبر الدراسة الحالية الأولى التي تناقش هذا الموضوع بالمؤسسة محل الدراسة.

الفصل الأول: الإطار

النظري لجودة الخدمات

الصحية

كانت المؤسسات الصحية وما تزال أحد أهم مكونات النظام الصحي التي تقدم الخدمة الصحية للمجتمع، وأهم ما يميزها عن غيرها الجانب الإنساني النبيل، استمرارية نشاطها هذا إلى جانب حساسية أنشطتها لتعلقها بحياة الانسان، وقد اهتمت المجتمعات عبر التاريخ وما تزال بإنشاء المؤسسات الصحية، وتعتبر الخدمات الصحية من اهم متطلبات الانسان فهي تتعلق بحالته الصحية وعافيته، ومن هنا احتلت الخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الانسان بل أيضا لزيادة قدرته على البناء والتنمية، وهي في هذا المعنى مثل اهم ما يمكن ان يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، وهي ان كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية... الخ.

من خلال هذا الفصل سنتطرق للمباحث التالية:

- المبحث الأول: النظام الصحي في الجزائر.
- المبحث الثاني: المؤسسات الصحية.
- المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية.

المبحث الأول: النظام الصحي في الجزائر.

على الرغم من ان الصحة حق أساسي لكل فرد الا انه يضل مورد بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية، الاقتصادية والشخصية وفي هذا السياق حاولت الجزائر ومنذ الاستقلال الرقي بالقطاع الصحي وتحقيق حاجات المرضى في ضل الإمكانيات المتوفرة والقيود المحيطة به، وسنحاول في مبحثنا هذا إلى التعريف بالنظام الصحي في الجزائر وتطوره التاريخي واهم العراقيل التي تواجهه وصولا إلى تقييم أدائه.

المطلب الأول: مفهوم النظام الصحي

يكسب النظام الصحي أهمية من خلال تلبية الحاجات من الخدمات الصحية التي يوفرها للمجتمع ولذل تهتم اغلب الدول بالنظام الصحي من اجل الوصول إلى التنظيم المناسب الذي يضمن حق الصحة للجميع.

أولاً: تعريف النظام الصحي

سوف نستعرض جملة من التعاريف للنظام الصحي كما يلي:

1. النظام الصحي هو مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان اعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، والمحافظة عليه، وترقيته باستمرار .
2. وعرف النظام الصحي بانه "مجموعة الموارد المتاحة، وعملية تنظيم وإدارة هذه الموارد حتى تؤدي في النهاية إلى تقديم الخدمة الصحية لكل المواطنين.
3. كما يعرف النظام الصحي "بانه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية، والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة ادارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها. وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان، وبتكلفة معقولة، وبطريقة ميسرة.¹
4. عرفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على انه "مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة، ويحتاج لك النظام إلى موظفين، أموال، معلومات، امدادات ووسائل نقل، اتصال وتوجيهات. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي في الوقت ذاته إلى معاملة

¹ كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي جيجل، رسالة الماجستير، تخصص تسير الموارد البشرية، جامعة قسنطينة، 2009، ص 11.

الناس على نحو لائق. والنظام الصحي الجيد هو ذلك الذي يسهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس يوما بعد يوم.

يعرفه B.Majnoni D'intignano على انه¹: "مجموعة منسجمة نوعا ما من اليات التمويل المعلومات، والوقاية أو العلاج منظمة بطريقة هدفها الحفاظ أو تحسين الصحة.

يعرف رومير النظم الصحية على انها: جملة الموارد، التنظيم، التمويل، الإدارة، والتي تكفل بمجموعها ايتاء الخدمات الصحية لعامة الشعب.

5. يعرف النظام الصحي على انه² "تنظيم الخدمات الصحية عن طريق تحديد المبادئ التي يجب اتباعها والاهداف المراد الوصول اليها (وقاية، رعاية، تربية صحية...).

6. النظام الصحي هو عبارة عن مجموعة من المنظمات والمؤسسات والموارد البشرية والمالية والأنشطة الوظيفية المترابطة والمتفاعلة والرامية أساسا إلى تحسين الصحة العامة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين واموال ومعلومات وامدادات ووسائل نقل واتصال ونظم وتوجيهات واتجاهات عامة. والهدف العام ن النظام الصحي هو ضمان خدمات صحية بمستوى عالي وميسرة وعادلة لجميع شرائح المجتمع.³

ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين واموال ومعلومات وامدادات ووسائل نقل اتصال وتوجيهات واتجاهات عامة، ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته، إلى معاملة الناس على نحو لائق. ومن الملاحظ ان الصحة بدأت تأخذ مكانة هامة باستمرار في ميزانية العائلات. فالهدف الأساسي للنظام الصحي والرعاية الصحية في مطلع الالفية الثالثة هو رفع مستوى معدل العمر عند الولادة ولكن يبقى تخفيض معدل الوفيات قبل الولادة وتقليل الامراض المزمنة والاعاقات والقضاء على اللامساوات من أولويات اهداف التنمية العالمية

¹ريمة اوشن، إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات جامعة باتنة، 2018، ص 186.

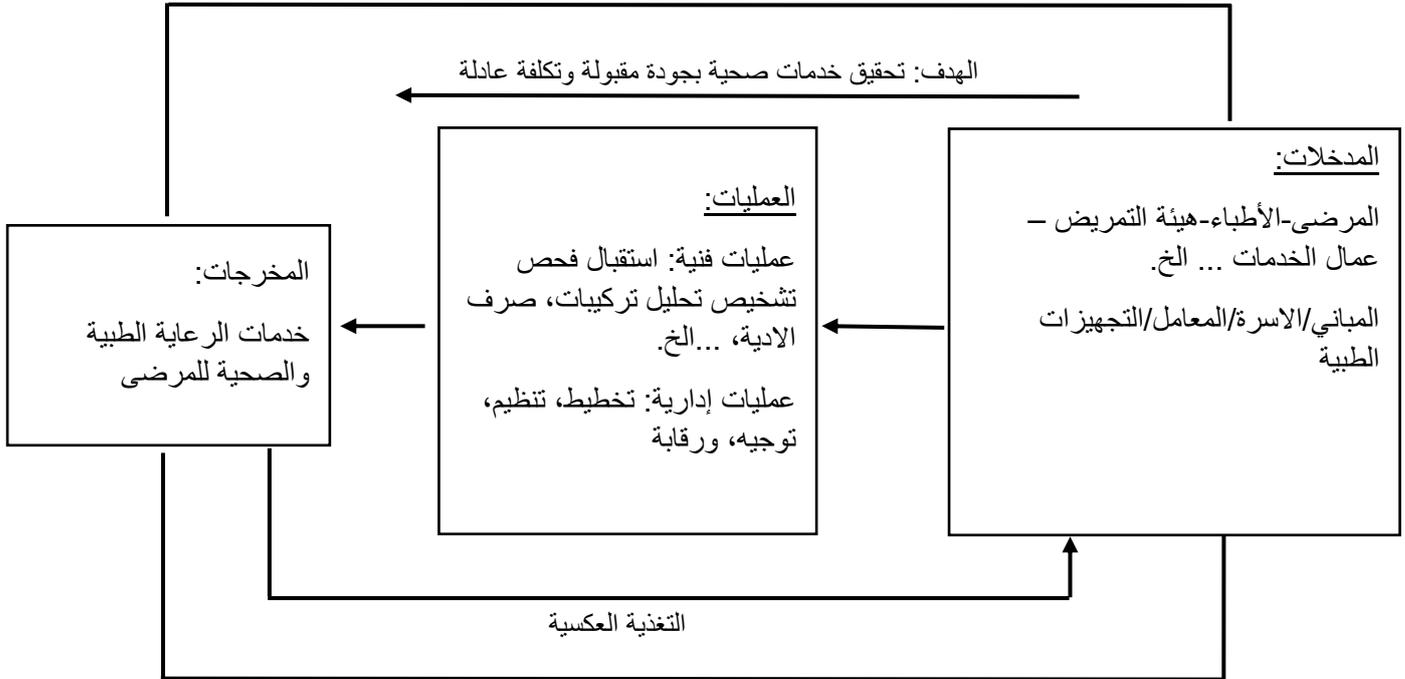
²والة عائشة، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق، جامعة الجزائر 3، 2011، ص 137.

³عامر عياد العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية "المبادئ الأساسية"، المنظمة العربية للتنمية الادارية، القاهرة مصر، 2016، ص 43.

كما ان النظام الصحي يهتم بالتنوع الصحية للسكان حتى يحسن هذا الأخير الاختيار والاستعمال لها بحكمة ونجاعة وفعالية. ومن الخصائص المميزة والمتفق عليها من طرف جل المتخصصين للرعاية الصحية الجيدة 4 خصائص هي¹:

- ❖ سهولة الحصول على الخدمات الصحية.
- ❖ النوعية العالية للخدمات الصحية (الجودة).
- ❖ الاستمرارية continuity.
- ❖ الكفاءة والفعالية effectiveness et efficieney.

الشكل رقم (1-1) مكونات النظام الصحي



المصدر: د. عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الرابطة للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص 16.

¹ حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، مذكرة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة تلمسان، 2010، ص 29.

ثانيا: العوامل المؤثرة في النظم الصحية

سيتم التطرق إلى مجموع المعايير المحددة لفعالية النظم الصحية، أهم محددات أداء الصحي، بالإضافة إلى أوجه القصور في النظم الصحية العالمية والعوامل الأساسية للسير الحسن لهذه النظم.

1- المعايير المحددة لفعالية النظم الصحية¹

يمكن تحديد فعالية النظام الصحي وفقا للمعايير التالية:

- نمط الحماية الاجتماعية للسكان

- حصة النفقة الصحية من الناتج الداخلي الخام

- مصدر تمويل النظام

- دور السلطات العمومية في كل النظم

- مؤشرات الحالة الصحية

2- محددات الأداء الصحي.²

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان النظم الصحية، تحسين الأداء للدول من ناحية الأداء الصحي وفقا لعدد من المحددات هي:

- (أ) الاستجابة: أوضح التقرير ان القدرة على الاستجابة تنطوي على امرين أساسيين، يتمثل أولهما في احترام الأشخاص، بما في ذلك صون كرامة الافراد والاسر حفظ اسرارهم، مراعاة حريتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم يكمن الثاني في توجيه المرضى وابداء اهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي لدى توفير الرعاية
- (ب) عدالة المساهمة المالية: احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقطعه كل اسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية والدخل.

¹ علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر افاق 2010، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2010، ص 25-28.

² د.عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الرياء للنشر والتوزيع، الاردن، 2011، ص 18.

(ج) **مستوى الصحة العام:** لان النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام، فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول باحتساب مدد الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم.

(د) **توزيع الانتفاع:** يرى الخبراء انه لا يكفي ضمان صحة الناس أو تحسين مستواها في المتوسط إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو بقي شاسعا بسبب انتفاع الافراد بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية ان تسعى أيضا إلى الحد من التباينات بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء وتدارك أوجه التفاوت لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن.

(هـ) **توزيع التمويل:** نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية الا انها قد تكون جيدة إلى حد ما، إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا.¹

المطلب الثاني: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.

لقد مر النظام الصحي في الجزائر بعدة تطورات تاريخية ميزتها مجموعة من التغيرات عبر فترات زمنية متتابعة سنعرضها في مطلبنا هذا حسب اطارها القانوني والتنظيمي.

أولا: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.

لقد كانت المؤشرات الصحية للسكان غداة الاستقلال تنذر بالخطر بسبب الوضعية المتدهورة التي كان يعاني منها القطاع الصحي عموما وقطاع المستشفيات خصوصا بسبب قلة الأطباء والمرضين وكذا الإداريين بالإضافة إلى انعدام الخبرة في تسيير المؤسسات الصحية الضخمة من جهة وتدهور الحالة الصحية للسكان من جراء دمار الحرب وانتشار العديد من الامراض الخطيرة والفتاكة الناتجة عن سوء الحالة الاجتماعية (الفقر، البطالة، سوء التغذية... الخ من جهة أخرى. ولقد قطعت الجزائر اشواط كبيرة لتحسين الوضع الصحي والتي لا ينكرها أحد، الا اننا لا نزال نسجل عجزا اجتماعيا خطيرا في بعض المناطق النائية في مجال الصحة بسبب الفوارق الجهوية وعدم ملائمة الهياكل الصحية نسبة لتطور الخدمة الصحية، لذا لا بد من الإقرار بالحاجة إلى المزيد من الجهود للوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمات بما يرتقي بهذه النوعية إلى مستوى المقاييس الدولية.²

¹ وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر واليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة1، الجزائر، 2016، ص 30.

²حوالف رحيمة، مرجع سابق، ص 138.

نحاول من خلال هذا المطلب أن نعرض على مختلف المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر، منذ الاستقلال وحتى بداية الألفية الثالثة، وهذا بتقسيم هذا الجانب التاريخي إلى ثلاث مراحل أساسية كما يلي:

1- المرحلة الأولى: 1963-1973

غداة الاستقلال، كانت الجزائر تملك 5000 طبيب (50% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان، الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن. وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز (180 لكل 1000)، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة، وانتشار الأمراض المتقلة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة والاعاقة. لمواجهة هذه الوضعية،¹ وفي ظل الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي والخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج.
- مكافحة المراضة والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المتقلة.

تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، كما فرض التطعيم الاجباري لكل الأطفال.

وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني، الاستيراد والتوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على الخصوص.²

2- المرحلة الثانية: 1974 - 1989.

ظهر ضرورة بناء نظام صحي عام مجاني، وكانت مجانية العلاج اشمل من العناية الطبية المجانية لأنها وصلت إلى فئات أوسع، كما ان مجانية العلاج جاءت لرفع المستوى الصحي لأفراد مجتمع، غير ان أبرز مشكل التميل في الثمانينات أدى إلى توحيد أنظمة العلاج.

أهم ما ميز هذه المرحلة ما يلي:³

- ارتفاع أسعار النفط (1973 و 1979) مما جعل الوضعية الاقتصادية جيدة حتى سنة 1986

¹عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 173.

²كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 51.

³ريمة اوشن، مرجع سابق، ص 20.

- تحسين وتطوير ميزانيات مختلف القطاعات مما أثر على الاستثمارات في الصحة محدداتها
- زيادة نسبة العاملين في الصحة
- تحسين طفيف في الوضعية الوبائية

3-المرحلة الثالثة: 1990-2001.

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

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

على مستوى المؤسسات، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي اسندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية.¹

- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل لدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:
- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP): مكلف، بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
- الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH): مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994).
- الوكالة الوطنية للدم (ANS): مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995).
- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANBS): مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM): وكلف بمراقبة، الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.²

¹أدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات للصحة بالجزائر، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة الجزائر، 2008، ص 175.

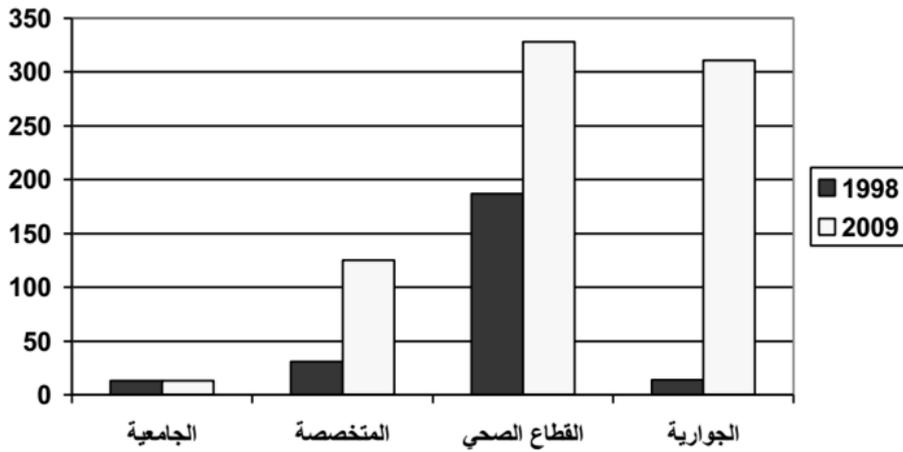
²مؤلة عائشة، مرجع سابق، ص 39.

جدول رقم (1-1): التغطية الصحية حسب كل تخصص

عدد السكان لكل	2002	2003	2004	2005	2009
طبيب	887	876	858	969	757
جراح اسنان	3639	3681	3660	3646	2515
صيدلي	6033	5582	5321	5389	3141
تقنيون ساميون	606	597	587	-	-
تقني	1218	1282	1346	-	-
مساعد في الصحة	3120	3315	3472	-	-

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات "الجزائر بالأرقام - نتائج 2004" رقم 35 نشرة 2006-ص 18.

الشكل رقم (2-1): تطور وضعية مختلف المستشفيات من حيث العدد



المصدر: حوالم رحيمة، مرجع سابق، ص 142.

جدول رقم (2-1): تطور قطاع المستشفيات من سنة 1998 إلى 2009

2009		1998		النوع
الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	
14150	13	13.045	13	المستشفيات الجامعية
-	125	6.203	31	المستشفيات المتخصصة
-	328	33.319	187	المستشفيات القطاع الصحي
-	311	962	14	المؤسسة الاستشفائية الجوارية
64500	-	53527	-	المجموع

المصدر: حوالم رحيمة، مرجع سابق، ص 142.

جدول رقم (1-3): نسبة الانفاق الصحي إلى الناتج الاجمالي

السنوات	1973	1990	2002	2006	2009
النسبة %	1.6	4.2	3.7	2.4	8.4

المصدر: حوالم رحيمة، مرجع سابق، ص 142.

ثانيا: تنظيم النظام الصحي في الجزائر:

بعد عرض تطور النظام الصحي الجزائري، سوف نتناول تنظيمه العام، والذي يشمل ثلاثة مستويات أساسية هي:

- **المستوى المركزي:** تشمل الوزارة عشر (10) وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم ومنسقة عن طريق السكرتار العام بالإضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وقطاعية، تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان تقوم هذه اللجان بالفحص، لكن تلعب غالبا دورا مهما في تنمية ومتابعة وتقييم البرامج الوطنية للصحة.

في المقابل، توجد عشر (10) هيئات تحت وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الادارة.

- **المستوى الجهوي:** من اجل تحقيق الملائمة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، وضمان مبدأ المساواة والعدالة في مجال الاستفادة من العلاج، أسست الجهوية الصحية سنة 1995.

- يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة فاحصة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية، اتخاذ القرار، وعلى الخصوص تجنيده (تخصيص) الموارد.

وعلى المستوى القانوني والوظيفي، يمكن اعتبار (المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومة الصحية.

توجد خمس مناطق صحية، منطقة الوسط (11 ولاية)، منطقة الشرق (14 ولاية)، الغرب (11 ولاية)، جنوب شرق (07 ولايات)، جنوب غرب (05 ولايات).

والجدير بالإشارة ان المستوى الجهوي يبقى افتراضي، حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة، وتبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.

- المستوى الولائي: تتكون الجزائر من 48 ولاية، تدير مديرية الصحة والسكان بالمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، والمتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديريات الصحة والسكان والوارد بالجريدة الرسمية رقم 47، تتمثل مهامها في جمع تحليل المعلومة الصحية، وضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي وتقييمها. فمديرية الصحة والسكان تنسق نشاطات المنشآت والهيكل الصحية، وتمارس وصايتها ومراقبتها على هيكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدليات، مخابر، عيادات خاصة...) إلى جانب المنشآت الصحية العمومية والممثلة من طرف المنشآت الصحية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية.

يدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مجلس إدارة، ويسيرها مدير، وهي مزودة بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي، ويبلغ عددها 32، وتضم مستشفيات الأمراض العقلية، والمستشفيات المتخصصة (أمراض القلب، جراحة الاعصاب، الأمراض المعدية،...).

كما يبلغ عدد القطاعات الصحية 185 قطاعا صحيا، يختلف عددها من ولاية لأخرى، ويشمل كل قطاع صحي مصلحة وبائية وطب وقائي، مكلفة بجمع المعلومات الوبائية، وتقويم البرامج الوطنية على مستوى القطاع الصحي. ويبلغ عدد المراكز الاستشفائية الجامعية 13 مركزا، ومكلفة بالعلاج، التكوين والبحث.¹

المطلب الثالث: أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها.

لم يدع التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، أنه وضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها:

أولا: الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها:

يعاني قطاع الصحة من عدة إختلالات تعزى إلى نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.

¹عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 175.

- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.
 - وعلى ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:
 - البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.¹
 - إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تحيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
 - قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كيفيات التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
 - الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقاً للتنظيم الساري.
 - تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامّة عن المستشفى.
 - وضع مخطط حسابات المستشفيات.²
 - ترخيص المستشفيات بإبرام عقود خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
 - إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
 - إعطاء المؤسسة الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات. الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
 - تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجال، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الاجمالية.
 - جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
 - تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
 - وضع ميزانية ملحقّة مستقلة عن ميزانية المستشفى.³
- وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها، وعلى هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في

¹عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 207.

²عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة الماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2012، ص 142.

³عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 207.

طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الاعمال وتكاليفها.

ثانياً: الاختلافات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها:

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي، في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثق فيه وتكوين فعال للمستخدمين، وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما أقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدي.

1- العراقل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والموارد البشرية وتدبير معالجتها:

لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، سنبرزها في الآتي:

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصايا شديدة الثقل وغير فعالة.¹
- غموض اهداف التحسين.
- التسرع في تطبيق مراحل برنامج الجودة، حيث ينبغي التأكد من إتمام كل مرحلة قبل الانتقال إلى المرحلة الموالية.²
- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.
- تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
- نقص في صيانة العتاد الطبي.
- نفاذ المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الاحتلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.
- تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.

¹عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 143.

²شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية)، رسالة دكتوراه، تخصص مناخمت المنظمات، جامعة بسكرة، 2017، ص 37.

وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاولت ذات المجلس وضع الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلافات السابقة كمايلي:

- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الادارة المركزية وهيكلها غير الممركزة.
- مراجعة القوانين الاساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط ممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز .
- توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلاً وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤولياتها.
- تزويد المستشفيات بالهيكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.¹
- ضعف في تفاعل ومرونة المؤسسات الصحية العمومية في مجال التنظيم والتسيير الخاص بمواجهة الامراض غير المعدية منها الامراض السرطانية، امراض القلب والاعوية الدموية.
- غياب نضام فعال للمعلومات
- معاناة الموارد البشرية الصحية وغياب التحفيز الملائم وانتشار الاضرابات لأسباب اجتماعية ومهنية (المسار المهني، امتحانات الجدارة.....)²
- عدم التنسيق بين مختلف الأقسام والمدراء والعاملين فيما يتعلق بتصنيف إجراءات الجودة.
- عدم مراعات وضعية وإمكانية المؤسسة اتجاه هذا التطبيق.
- طرق التقييم التقليدية لأداء العاملين التي تركز حول تقييم الاجور حسب الأداء الفردي للعامل، مما يشجع الأداء على المدى القصير فقط كما يقول "Deming" والقضاء على المشاريع طويلة الاجل ويشعل الخصام والنزاع ما بين العاملين يجعلهم أكثر عدوانية وبالتالي أكثر احباطاً.³

¹عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 208.

²ريمة اوشن، مرجع سابق، ص 214.

³شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 37.

أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

2- العراقيل المرتبطة بالإعلام وأوجه معالجتها:

يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي والخاص من آثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع المعلومات وتحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيات الجديدة للإعلام، وهذا ما تسبب أساساً في ضياع الخبرة والتحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومات، وبالتالي اتخاذ تدابير أولية مفادها إعادة العمل بالمنهج المعروفة وتحديد المجالات التي يدرج فيها الإعلام الآلي ومصاحبة هذه العملية بتطوير الضروري لذلك، بالإضافة إلى توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الإتصال بين مختلف الهياكل الصحية.

3- العراقيل المرتبطة بالتكوين وطرق معالجتها:

لقد أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية جانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة (العمومي والخاص)، وذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيمايلي¹:

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- التكوين الأكاديمي لم يعد قادراً على الإستجابة للمؤهلات التي تتطلب ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية وشبه الطبية.
- مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.²
- كما خص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها، والتي سنهتم بإبرازها في النقاط التالية:
- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.
- وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.

¹عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 209.

²عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 144.

- أما فيما يخص الممارسين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الإضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.
- إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.¹
- جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة.
- وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين و/أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
- مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة بالإضافة إلى أن الإهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء جامعة لعلوم الصحة في المستقبل القريب.

واستنادا على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، ولكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني، إداري، مالي، إجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.²

المطلب الرابع: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر

يسعى النظام الصحي في الجزائر إلى الرقي بمستوى الخدمات الصحية المقدمة للمريض الا ان النتائج هي التي تعطي المستوى الحقيقي وذلك من خلال مجموعة من المؤشرات والأرقام التي تعطينا المستوى الحقيقي الذي تم الوصول اليه.

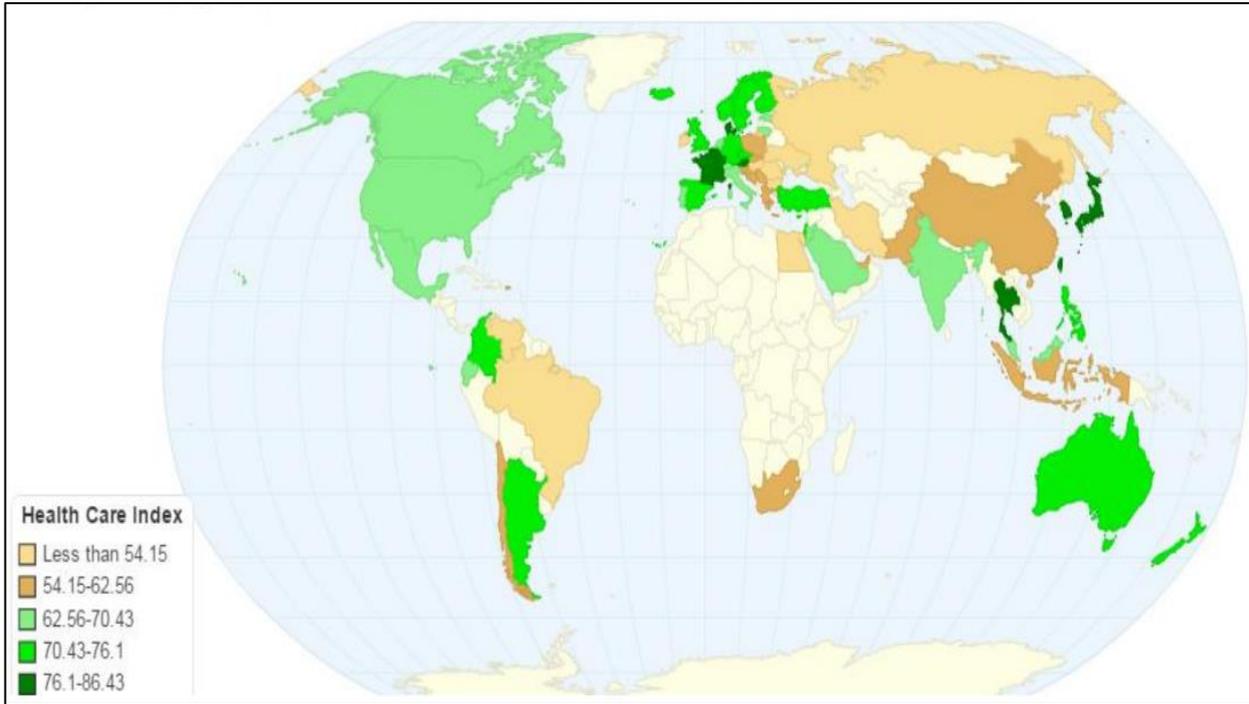
أولا: عرض ترتيب مكانة الجزائر حسب مؤشر الرعاية الصحية لسنة 2016

قبل التطرق إلى تقويم أداء النظام الصحي في الجزائر سيتم عرض ترتيب مكانة الجزائر حسب مؤشر الرعاية الصحية لسنة 2016.

¹عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 209.

²عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 145.

شكل رقم (1-3): مؤشر الرعاية الصحية لسنة 2016



المصدر: ريمة اوشن، إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات جامعة باتنة، 2018، ص 233.

يوضح هذا الرسم البياني مؤشر الرعاية الصحية 2016، حيث تشير الرعاية الصحية إلى تحسين الصحة عن طريق التشخيص والعلاج الوقاية من الامراض أو الإصابة، وغيرها من العاهات البدنية والعقلية في البشر. ويشمل العمل المنجز توفير الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الثانوية والرعاية الثالثية، وكذا مجال الصحة العامة. والحصول على الرعاية الصحية تختلف بين البلدان والمجمعات والافراد، متأثرة إلى حد كبير بالظروف الاجتماعية والاقتصادية فضلا عن السياسات الصحية في المكان. وقد احتلت كل من تايوان بمعدل 86.43، فرنسا بمعدل 82.25، الدنمارك بمعدل 81.89، تايلندا بمعدل 80.8، واليابان بمعدل 80.42 المراتب الأولى عالميا وذلك سنة 2016 حسب ترتيب موقع Chartsbin، وقد سجلت الجزائر معدل 57.22 تليها مصر بمعدل 54.69 في حين سجلت المغرب معدل 57.76 وتونس معدل 1.71.02¹.

¹ ريمة اوشن، مرجع سابق، ص 233.

ثانيا: واقع التنمية الصحية الوطنية حسب المنظمة العالمية للصحة

لقد عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 1970 على انها "حالة لعدم المرض" بمعنى ان المستوى الصحي حسب هذا التعريف يعكش أثر الامراض الموجودة في المجتمع، ولكن بعد سنوات 1970 أصبح مفهومها أكثر اتساعا لأنها أصبحت تمثل "حالة كاملة للأداء المادي والعلي" وبالتالي أصبحت التنمية الصحية أكثر اتساعا وتعقيدا، لأنها تأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية والاجتماعية والتي تعد صعبة للتقييم. وقد قدمت منظمة الصحة العالمية تقريرا سنة 2000 حول الصحة في العالم والمعنون بـ "تقرير حول أداء الأنظمة الصحية في العالم 2000، من اجل نظام صحي أكثر أداء" والذي تم نشره في 24 جوان 2000. لقد قامت المنظمة من خلاله بتوسيع معايير تقييم الأداء الصحي للمقارنة بين الأنظمة الصحية ووضع استراتيجيات عالمية للصحة هدفها، وضع أنظمة صحية تسمح بعدالة الخدمات الصحية وتحسينها، الاستجابة لاحتياجات الشرعية للأفراد العدالة في المساهمة المالية".¹

ثالثا: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر

سوف نتطرق لتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقا من بعض المؤشرات التي حددتها منظمة الصحة العالمية سنة 2000، والمتمثلة أساسا في معدلات الوفاة والعمر المتوقع.

1 - الوفاة: قبل التطرق إلى اتجاه الوفاة أو منحى الوفاة في الجزائر، يحسن بنا ان نقف عند تطور معدل النمو الطبيعي عند انطلاقا من حساب معدل الولادة الاجمالي وسوف نوضح ما سبق في الجدول التالي:

الجدول رقم (1-4): حجم السكان، الولادة، الوفاة والنمو الطبيعي في الجزائر خلال الفترة 1994-2005

السنة	السكان (بالملايين)	معدل الولادة الاجمالي لكل (1000 ساكن)	معدل الوفاة الاجمالي لكل (1000 ساكن)	معدل النمو الطبيعي (%)
1994	27.2	28.24	6.56	2.17
1995	27.8	25.33	6.43	1.89
1996	28.3	22.91	6.03	1.69

¹ بومعروف الياس، أ.د. عماري عمار، من اجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، جامعة سطيف، الجزائر، العدد 07، 2010، ص30.

1.64	6.12	22.51	28.8	1997
1.57	4.87	20.58	29.7	1998
1.51	4.72	19.82	30.2	1999
1.48	4.59	19.36	30.6	2000
1.55	4.56	20.4	31.1	2001
1.53	4.41	19.68	31.8	2002
1.58	4.55	20.36	32.3	2003
1.63	4.36	20.67	32.3	2004
1.69	4.47	21.36	32.9	2005

المصدر: عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات للصحة بالجزائر، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة الجزائر، 2008، ص، 197.

عرف معدل الزيادة الطبيعية (الفرق بين المواليد والوفيات) انخفاضا، حيث ان انخفض المعدل من 2.17 سنة 1994 إلى 1.69 سنة 2005.

كما يلاحظ ان معدل الولادة قد انخفض من 28.24 سنة 1994 إلى 19.36 سنة 2000 ثم ارتفع ارتفاعا طفيفا سنة 2001 إلى 20.4 لينخفض بعد ذلك سنة 2002 إلى 19.68، ثم ارتفع قليلا ليصل إلى 21.36 سنة 2005.

وبالمقابل عرف معدل الوفاة الاجمالي انخفاضا من 6.56 سنة 1994 إلى 6.03 سنة 1996 ليرتفع بعد ذلك، ثم ينخفض وبشكل ملفت ابتداء من سنة 1998 ليصل إلى 4.41 سنة 2002 ثم يرتفع قليلا ليعاود الانخفاض إلى 4.36 سنة 2004 بعد ذلك بلغ 4.47 سنة 2005¹.

¹ كحيلة نبيلة، مرجع سابق، 60.

جدول رقم (1-5): أسباب ومعدلات الوفيات في الجزائر

السنة	الوفيات											
	معدلات الوفيات حسب الأسباب مقسمة حسب العمر لكل (100 000 نسمة)			سنوات العمر المفقودة لكل (100 000 نسمة)				عدد الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات	توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (%)			
	الاصابات	بجز	السارية	كل الاسباب	السارية	بجز	السارية		الاصابات	5 سنوات (000s)	الإبز	الاسهال	الحصبة	الملاريا
2012	98	710	54	19635	4810	12406	2418	20	1	4	1	0
2010	...	...	...	...	...	...	...	26	00	5	11	00
2008	202	523	47	...	...	...	...	...	00	15	1	00
2004	218	565	60	...	...	...	...	...	00	...	...	00
2000	...	...	...	...	...	...	...	28	00	7	6	00

Source: World health organization, World Health Statistics reports (2010-2014). Italy

بعد عرض معدل الوفاة الإجمالي، نقوم بتوضيح تطور معدل الوفاة عند الأطفال انطلاقا من الجدولين التاليين:

الجدول رقم (1-6): تطور معدل وفاة الأطفال في الجزائر حسب الجنس في الفترة 1992-2005

السنة	معدل وفاة الأطفال لكل 1000		
	إجمالي	أنثى	ذكر
1992	43.7	36.7	50.8
1998	37.3	36.0	38.7
1999	39.4	38.6	40.2
2000	36.8	35.3	38.4
2001	37.4	35.9	38.9
2002	34.7	33.3	36.1
2003	32.4	30.3	34.6

30.3	28.5	32.2	2004
30.3	28.2	32.4	2005

المصدر: كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 61.

يتجلى من الجدول أن معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي، عرف تذبذبا ما بين سنتي 1992 و 2001 ثم انخفض من 37.4 سنة 2001 إلى 30.3 سنة 2005.

كما يمكن إبراز تطور معدل الوفاة عند الأطفال حديثي الولادة والأطفال اقل من خمس (5) سنوات في الجدول التالي:

الجدول رقم (1-7): تطور وفاة الأطفال أقل من 5 سنوات في الجزائر خلال الفترة 1995-2005

الوحدة: 1000 مولود حي

الجنس	1995	1999	2000	2004	2005
الذكور	66.40	46.70	44.80	37.44	37.50
اناث	60.90	44.80	41.30	33.41	32.95
المجموع	63.65	45.75	43.05	35.42	35.22

المصدر: كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 61.

يتضح من الجدول اعلاه ان معدل الوفاة في انخفاض مستمر منذ 1995. وسجل انخفاضا كبيرا خلال عشر سنوات.

وفيما يتعلق بالوفاة عند الأمهات، فيمكن ذكر الحقائق التالية:

- لقد أكد بحث سنة 1999 بعض الفروقات (الانحرافات) ما بين المناطق، حيث قدر معدل وفاة الأمهات بـ 84 لكل 100000 مولود حي في الوسط الشمالي للوطن، و 210 في المنطقة الجنوبية الشرقية. ويتراوح معدل وفاة الأمهات ما بين 17 إلى 235 لكل 100000 مولود حي في مختلف الولايات.
- بالإضافة إلى ذلك تواجه الأمهات الحوامل خطر الوفاة جراء الحمل أو الولادة باختلاف وجودها (في الشمال أو الجنوب).
- كما أثبتت نتائج البحث السابق أن 19% من النساء المتوفيات يبلغ سنهن 40 سنة وما فوق و 45% يبلغ سنهن 35 فما فوق. حيث أن 35.1% من النساء المتوفيات لم يستفدن من زيارة طبية قبل الولادة.

- تعتبر الأسباب المتكررة للوفاة، أسباب كلاسيكية مثل النزيف ' المضاعفات المرتبطة بارتفاع الضغط الشرياني والالتهابات. كما يعتبر انقطاع الطمث السبب الرابع لوفاة الأمهات في الجزائر.
- وإذا دققنا النظر في تطور معدل وفاة الأمهات، فنجد انه انخفض تقريبا بمقدار 50% من سنة 1989 (230 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي) إلى سنة 1999 (117 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي) ويرجع هذا الانخفاض إلى تراجع معدل الخصوبة إلى جانب التحسن العام بالتكفل بالنساء الحوامل.¹
- أما فيما يخص توزيع الوفاة حسب نوع المرض، فيمكن عرض الجدول التالي:

جدول رقم (1-8): توزيع الوفاة حسب نوع المرض في الفترة 1995-2000

الأمراض	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%
حالات مرضية غير معروفة	2312	11.7	2076	15.23	3842	22.5	4113	26.6	1667	12.4	1802	10.1
أمراض معدية وطفيلية	2001	10	1377	10	1716	10	1388	9	593	4.4	759	4.2
الالتهابات التنفسية	402	2	421	3	544	3.2	443	2.8	324	2.4	360	2.0
أمراض الأمومة	125	0.63	76	0.55	93	0.54	84	0.54	46	0.34	55	0.3
أمراض قبل الولادة	5116	25.8	2910	21.3	3678	21.5	2884	18.6	2655	19.17	3736	21
الأورام	933	4.7	588	4.3	687	4	622	4	533	4	738	4.2
السكري	536	2.7	458	3.4	370	2.2	338	2.2	275	2.04	367	2
أمراض أخرى غير منتقلة	35	0.17	33	0.24	44	0.25	40	0.25	115	0.85	168	0.9
أمراض باطنية وتغذية	511	2.6	251	1.84	297	1.8	207	1.3	582	4.3	569	3.2
اضطرابات الجهاز العصبي	201	1	91	0.66	92	0.54	104	0.67	110	0.8	99	0.55
أمراض جهاز نقل الدم	3170	16	2534	18.6	2787	16.4	2477	16	4073	30.2	5926	33.3
أمراض الجهاز التنفسي	813	4.1	449	3.3	445	2.6	441	2.6	448	3.3	540	3.03
أمراض الجهاز الهضمي	774	3.9	524	3.9	605	3.5	624	4	446	3.3	555	3.1
أمراض الجهاز التناسلي	583	3	370	2.7	386	2.3	421	2.7	340	2.4	523	49

¹عدمان مريزق، مرجع سابق، ص، 199.

0.04	8	0.04	6	0.025	4	0.04	7	0.007	1	0.08	16	الأمراض الجلدية
0.06	11	0.05	7	1.8	281	0.08	14	0.06	9	0.1	21	أمراض العظام
1.9	341	2.03	274	1.8	281	2	334	2.05	280	2	397	الأمراض الوراثية
6.8	1207	7.3	978	6.4	992	6.6	1122	8.7	1178	9.7	1914	الصددمات النفسية
	17764		13472		15442		17063		13626		19860	الإجمالي

المصدر: كحيلة نبيلة، مرجع سابق ص 63.

يلاحظ من الجدول أنه في سنتي 1995 و1996 شكلت أمراض قبل الولادة أكبر سبب للوفاة، ثم أتت بعدها أمراض جهاز نقل الدم والحالات المرضية غير المعروفة أو غير المعروفة بصورة جيدة، ثم ترتبت الأمراض الأخرى بنسب مختلفة، أما في سنتي 1997 و1998 فشكلت الحالات المرضية غير المعروفة أو غير المعروفة بصورة جيدة السبب الأول للوفاة ثم تأتي بعدها أمراض قبل الولادة وأمراض جهاز نقل الدم، وتترتب بعد ذلك الأسباب الأخرى للوفاة، في حين شكلت أمراض جهاز نقل الدم في سنتي 1999 و2000 السبب الأول للوفاة، ثم تأتي بعدها أمراض قبل الولادة والحالات غير المعروفة أو غير المعروفة بصورة جيدة، بعد ذلك ترتب الأسباب الأخرى للوفاة.

بالإضافة إلى المعطيات السابقة، يمكن أن نبين تطور معدلات الوفاة بحسب الولاية كما يلي:

- سجل أكبر معدل إجمالي للوفاة لكل 1000 في ولاية تندوف خلال الفترة 1998-2000 إذا انتقل بالشكل التالي:

8.87، 7.97، ثم 7.42.

- كما سجل أكبر معدل إجمالي لوفاة الأطفال لكل ألف مولود حي، في ولاية عنابة سنة 1998 (60.10) ثم سجلت ولاية قسنطينة بدورها أكبر معدل (63.83) سنة 1999 لتعاود ولاية عنابة تسجيل أكبر معدل وفاة سنة 2000 حيث بلغ 67.03¹.

2- توقع الحياة عند الولادة:

يمكن عرض تطور توقع الحياة في الجدول التالي:

¹عدمان مريزق، مرجع سابق، ص، 201.

الجدول رقم (1-9): توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 1991-2005

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1998	1996	1991	توقع الحياة عند الولادة
73.6	73.9	72.9	72.9	71.9	71.5	70.5	66.8	66.9	توقع الحياة عند الولادة رجال
75.6	75.8	74.9	74.7	73.6	73.4	72.9	68.4	67.8	توقع الحياة عند الولادة نساء
74.6	74.8	73.9	73.8	72.7	72.4	71.7	67.6	67.3	الإجمالي

المصدر: كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 65.

يتجلى من الجدول أن توقع الحياة عند الولادة في تزايد مستمر، حيث ارتفع من 67.3 سنة في 1991 إلى سنة 74.8 في 2004، ثم انخفض قليلا إلى 74.6 في سنة 2005.

المبحث الثاني: المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية من أهم المنشآت الصحية في المجتمع سواء كانت عيادات أو مراكز صحية عمومية أو خاصة كونها تقدم مجموعة من الخدمات الصحية للفرد للتحويل من مكان يلجا إليه المريض عند الحاجة إلى كونه مكان ينتج افراد قادرين على إعطاء القيمة المضافة للإنتاج في المجتمع.

المطلب الأول: ماهية المؤسسة الصحية وأنواعها

تعددت المفاهيم والتعاريف المتعلقة بالمؤسسة الصحية كل حسب نظرته لها وكذلك حسب الدور الذي تؤديه على اختلاف أنواعها وسنتطرق في هذا المطلب إلى مجموعة من التعاريف واهم أنواع المؤسسات الصحية.

أولاً: تعريف المؤسسة الصحية

اهتمت العديد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة في المجال الصحي بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية، وتباين هذا المفهوم بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها المؤسسة الصحية، كل حسب نظرته الخاصة وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعرف لدى

إدارة المؤسسة: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها، ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة، في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال.¹

وتختص الإدارة الصحية بمفاهيم الإدارة التنفيذية في مجالات الرعاية الصحية وهي حقل إداري تطبيقي وتدريبى متصل بنظم القيادة والإدارة في مجالات الطبي والصحية وإدارة المستشفيات والمراكز العلاجية المتخصصة وأنظمة الرعاية الصحية الأولية ونظم الصحة العامة

لقد عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية بما يلي (الإدارة الصحية هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل).²

¹نجاة صغيرو، انعكاسات تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة باتنة، الجزائر، 2012، ص 3.

²عامر عياد العتيبي، مرجع سابق، ص 5.

الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي نحو الأمان.

إدارة المؤسسات الصحية: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها، المتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفي وفعال.

الإطار الطبي: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم.

المرضى: الطرف والجهة المفترض تقديم العلاج، الاستشفاء والرعاية الطبية لهم.

الطلبة والجامعات ومؤسسات التكوين والتدريب: مواقع تدريبية وعملية لاكتساب التكوين، المهارات والمعرفة الميدانية والمهنية لإجراء البحوث والتجارب.¹

شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات وعليه فالمؤسسة الصحية الحديثة هي عبارة عن: "نظام يضم موارد وإمكانيات متعددة تتضمن إدارة واعية ذات كفاءة وجهاز طبي متخصص وبمجموعات من الخدمات المساندة مثل التمريض والأشعة والتحليل وغيرها، إلى جانب مكان مجهز بكافة التقنيات الطبية الحديثة وتقنيات المعلومات والاتصالات لأداء مختلف وظائفه مع إقامة المرضى خلال فترة علاجهم وتأهيلهم، وتقدم المؤسسة الصحية للأفراد والمجتمع ككل خدمات الرعاية الصحية الأولية، النوعية، الوقائية، التشخيص والعلاج الطبي والتأهيلي وغير ذلك من الخدمات الطبية، ويتمحور الهدف الأساسي للمؤسسة الصحية الحديثة في العمل على تنمية إمكانياته وحسن استخدامها لتقديم خدمات طبية وصحية للأفراد والمجتمع بجودة عالية وأمان كبير".²

وبناء على ذلك يمكن القول أن المؤسسة الصحية الاستشفائية هي عبارة عن نظام شامل من جملة من العناصر المتمثلة في:

• الأهداف: تمثل ترجمة للاحتياجات الصحية، وهي بمثابة الخطوط الرئيسية التي تسترشد بها الإدارة لتلبية هذه الاحتياجات.

¹ بن عامر عبد الكريم، مزيان التاج، تطبيق منهجية المقاربة متعددة المعايير لقياس مستوى جودة الخدمات في المؤسسة الصحية، مجلة اقتصاديات المال والاعمال، جامعة عين تموشنت، الجزائر، العدد 06، 2018، ص 3.

² ط.د. عبد الله حمادو، أ.د. احمد بن عيشاوي، أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة)، مجلة مراجعة الإصلاحات الاقتصادية والتكامل في الاقتصاد العالمي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 26، 2018، ص 7.

- **المدخلات:** تمثل العنصر الإنساني، العنصر المادي وعنصر المعلومات وهي عناصر لازمة لقيام المؤسسة بنشاطها.
- **النشاطات:** والتي يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات، وتشمل جميع العمليات التي تقوم بها مختلف الأقسام.
- **المخرجات:** وتتحصر المخرجات الأساسية بجودة الخدمات الطبية المقدمة المتعلقة بالأفراد عند خروجهم، والمخرجات المتعلقة بكفاءة المؤسسة.
- **التغذية المرتدة:** تعبر عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العالين وفقا للخطة المرسمة لها.
- **البيئة:** تمثل الظروف المؤثرة على المؤسسة وعلى نموها.¹

ثانيا: أنواع المؤسسات الصحية

إن وظائف المستشفيات هي التي تحدد طبيعتها وخصائصها، وهناك مجموعة من الأسس تستخدم غالبا لتصنيف ووصف أنواع المستشفيات، ومن أهمها: نمط الملكية والإشراف الربحية، مدة الإقامة، نوع الخدمة، حجم المستشفى، جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة.²

1- حسب التخصصات الطبية

مستشفيات عامة: وتتمثل في المستشفيات التي تضم تخصصات طبية مختلفة ومتعددة مثل أمراض الأطفال والأمراض الباطنية وأمراض النساء والتوليد والجراحة العامة وأمراض القلب... الخ

مستشفيات تخصصية: وهي تلك المستشفيات التي تقدم تخصص معين فقط كان تكون هذه المستشفيات متخصصة في مجال العيون أو القلب أو الأطفال. وما يميز هذا النوع من المستشفيات أنها تحاول إيجاد جميع الخدمات الطبية الممكنة والتي لها علاقة في مجال تخصص معين وبالتالي تكون الخدمة في ذلك التخصص أكثر تميزا وعمقا في نفس المجال.³

¹ ابن فرحات عبد المنعم، إنعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، رسالة دكتوراه، تخصص إقتصاد وتسيير المؤسسات، جامعة بسكرة، 2018، ص 31.

² كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 24.

³ بحدادة نجا، تحديات الامداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية)، رسالة ماجستير، تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، الجزائر، 2012، ص 47

المستشفى الحكومي: وهو المستشفى الذي يدار بواسطة جهة حكومية، قد تكون وزارة الصحة أو وزارة الدفاع أو وزارة الداخلية أو الجامعات، أو غيره. وهذا النوع من المستشفيات يطبق الأنظمة الحكومية في تنظيمها ولوائحها المالية والإدارية والإجرائية، وان كان تشغيل بعض هذه المستشفيات يتم عن طريق شركات خاصة، ويدار هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارة العامة، ولا يستهدف تحقيق الربح.

المستشفى التعليمي: وهو المستشفى الذي يرتبط بمؤسسة تعليمية طبية، وهدفه الأساسي التعليم الطبي، ويقوم في ذات الوقت بتقديم خدماته الطبية لفئات المجتمع المختلفة والمستشفى الحكومي يكون مملوكا للدولة قد تديره مباشرة أو عن طريق شركة متخصص.¹

المستشفيات الخاصة: تكون ملكا لأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال في القطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح، ومن أهم أنواعها:

(أ) **مؤسسات بأسماء أصحابها:** تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء أساتذة، يتولى هؤلاء إدارتها وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى، وهذا النوع بالدرجة الأولى يعتمد على خبرة أصحابها ومهارتهم وسمعهم، وجودة ما يقدمونه من خدمة صحية لمرضاهم.

(ب) **مؤسسات الجمعيات الغير الحكومية:** مثل الجمعيات الدينية والخيرية عم طريق الهبات والتبرعات التي تحصل عليها، وقد تأخذ شكل المؤسسات العامة أو المؤسسات التخصصية، من حيث خدماتها التشخيصية والعلاجية، ولا تسعى لتحقيق الربح، إنما إلى تقديم خدمات صحية بأسعار رمزية.

(ج) **مؤسسات صحية استشارية:** يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة؛ بهدف تحقيق أرباح من الخدمات المقدمة

تأخذ شكل شركات الإسهام أو ذات المسؤولية المحدودة، وتكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.²

¹ أفنان محمد أحمد حمدان، واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطور التخطيطي، رسالة ماجستير، تخصص تخطيط حضري واقليمي، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2008، ص 21.

² ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية، رسالة ماجستير، تخصص إدارة الاعمال، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين، 2016، ص 64.

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

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

3- تبعا للربحية:

بالرغم من أن الهدف العام من إنشاء المستشفيات هو تقديم الخدمات الصحية للأفراد، إلا أن هناك أهداف أخرى قد تكن أساسية، من بينها سعي المستشفيات لتحقيق الأرباح، في هذا السياق يمكن لان نميز بين ثلاثة أنواع من المستشفيات وهي كما يلي¹:

1. مستشفيات تهدف لربح: وهي مستشفيات التي تعود ملكيتها عادة لأفراد 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 مالكيها وعلى المشاركين فيها، ويكثر هذا النوع من المستشفيات في الدول الرأسمالية.

2. مستشفيات خيرية: وهي مستشفيات أنشأت 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 أدائها وهي وان كانت تهدف إلى الربح نسبياً، إلا انه يفضل أن تدرج ضمن النوع الثالث من المستشفيات.

3. مستشفيات لا تهدف إلى الربح: 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.²

¹شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 67.

²كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 26

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

منه يمكن تقسيم المستشفيات على هذا الأساس إلى قسمين هما:

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

2.مستشفيات طويلة الإقامة: ويصل متوسط إقامة المريض فيها إلى أكثر من ثلاثين يوماً مثل مستشفيات الحروق، مستشفيات الأمراض النفسية.¹

المطلب الثاني: وظائف المؤسسة الصحية:

انطلاقاً من التعريف المعطاة للمؤسسة الصحية الاستشفائية وبالأخص ذلك المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة، يمكن تفصيل الوظائف الأساسية للمستشفيات في الوظائف التالية:

أولاً: 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 كخدمات رعاية صحية جيدة بأقل كلفة ممكنة فلا بد للمستشفى من التركيز على الناحية الاقتصادية

¹شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 68.

للخدمات الاستشفائية على كفاءة العملية الاستشفائية سيما وان غالبية المستشفيات العامة منها والخاصة لا تهدف إلى تحقيق الربح كما أنها مقيدة بمحدودية الموارد.¹

(أ) **الرعاية الطبية:** ويقصد بها الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من فحوصات معملية مخبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية.²

(ب) **الرعاية الصحية:** تسعى المستشفيات بصفة عامة إلى رعاية المريض المصاب حتى تتقدم حالته إلى ما هو أحسن وأفضل، ولذلك فان تقديم خدمات الرعاية الصحية سواءا تمثلت هذه الرعاية في خدمات التشخيصية أو العلاجية يعد من أهم وظائف المستشفى وما يرتبط بها من خدمات مساعدة.³

ثانيا: الوظيفة الوقائية

طبيا الوقاية تعني أي نشاط يؤدي إلى إنقاص والحد من الوفاة واعتلال الصحة من المرض ويتم تقسيم هذا المفهوم إلى ثلاثة مستويات من الوقاية، وقاية أولية، ثانوية وقاية من الدرجة الثالثة.

- الوقاية الأولية: وتهدف إلى تجنب ظهور المرض، الأنشطة التي تعمل على تعزيز الصحة لغالبية السكان تعتمد على معايير وقائية أولية.
- الوقاية الثانوية: وتهدف إلى الاكتشاف المبكر للمرض، وهذا يزيد من فرص التدخل للوقاية من تطور المرض أعراضه.
- الوقاية من الدرجة الثالثة: وتحد من الأثر السلبي للمرض الموجود أصلا عن طريق إعادة الوظيفة للعضو أو الأعضاء والحد من المضاعفات المرتبطة بالمرض.⁴

تتمثل هذه الوظيفة في وقاية أفراد المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع، وتشجيعهم على فهم أهم المشكلات الصحية سعيا وراء القضاء عليها ويتطلب الأمر ضرورة قيام المؤسسات الصحية بدور فعال في مجالات التوعية الصحية.

¹شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 61.

²بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 32.

³بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص 43.

⁴د.غالب محمود سنجق، د.موسى احمد خير الدين، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2015، ص 225.

وتعد درجة تمتع المواطن بالحقوق الصحية في أي دولة من الدول، معياراً أساسياً للتقدم الدول، وقياس قدرة الدولة على الرفع من شأن مواطنيها، ومدى قدرتها على توفير الحياة الكريمة والرعاية الصحية السليمة لهم، لذلك يعد الحق في الصحة من الحقوق الأساسية لارتباطه المباشر بحق الإنسان في الحياة. لقد أولت المواثيق الدولية الحق في الصحة اهتماماً خاصاً لما يمثله من أهمية لحياة الإنسان، حيث جاء في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان: إن لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفل ضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل، والملبس، والسكن، والرعاية الطبية، والخدمات الاجتماعية الضرورية.¹

ثالثاً: البحوث الطبية والاجتماعية

تسهم المستشفيات بشكل كبير من خلال ما تحتويه من معالم أو مختبرات وأجهزة وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج وتطوير العقاقير الطبية ومكافحة الأمراض والعدوى والتطوير الذاتي لخدمات المستشفى وتنمية مهارات العاملين وأساليب العمل.²

نعتبر المستشفيات مكاناً خصباً لإجراء الدراسات والأبحاث التطبيقية في المجالات الطبية المختلفة لاسيما المستشفيات العامة التي تكثر فيها الحالات المرضية والفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية، ويساعد وجود نظام السجلات الطبية المنتظمة في المستشفيات تعزيز البحوث الطبية وإغنائها بالحالات الدراسية بكل سهولة ويسر، وكذلك يساعد وجود نظام إحصائي متكامل في دعم جهود البحث العلمي وتوفير الوقت والجهد على الباحث.

رابعاً: التعليم والتدريب

لقد اقتضت لمتغيرات الطبية والتقنية التي تتسم بسرعة التطور إلى وجود حاجة ماسة لمهارات وقدرات جديدة في الكوادر البشرية العاملة في المستشفيات، مراكز تعليمية تتوافر فيها الإمكانيات التدريبية والتعليمية اللازمة لإكساب الجيل الجديد من الطواقم الطبية بالمعلومات والمهارات الميدانية لإكسابهم القدرة على تسلم مراكزهم المستقبلية بكل كفاءة وإتقان.

ويتم تدريب طلبة كليات الطب ومعاهد التمريض في المستشفيات لإكسابهم الخبرات والمهارات الميدانية، ويكون ذلك أثناء فترة دراستهم، وكذلك يمضي طلبة الطب سنة كاملة من التدريب في المستشفيات بعد التخرج من

¹ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، مرجع سابق، ص 66.

²عامر عياد العتيبي، مرجع سابق، ص 113.

ثانيا: عناصر نظام تقييم الأداء:

يتكون أي نظام من عدة عناصر تعبر عنه وتفسره، ونظام تقييم الأداء أيضا له عدد من العناصر التي تعبر عنه، وهي كالاتي:

1. تحديد الغرض من تقييم الأداء.
2. من المسؤول عن تقييم الأداء.
3. التوقيت المناسب لتقييم الأداء.
4. المعايير المستخدمة في تقييم الأداء
5. الطريقة المناسبة لقياس الأداء.
6. إعلان نتائج تقييم الأداء.
7. الاستفادة من تقييم الأداء واستخدام النتائج في تطوير وتحسين العمل.¹

ثالثا: معايير تقييم وقياس أداء المؤسسات الصحية:

بداية من الضروري مراعاة جملة من الخصائص عند اعتماد معايير القياس، أهم هذه الخصائص:

- ضرورة تناغم مقاييس الأداء استراتيجيا مع غايات المؤسسة وأهدافها.
- تكاملية المقاييس المستخدمة وعدم تضاربها أو تناقضها.
- إن تحفز الأفراد العاملين على مساعدة المؤسسة لتحقيق الأهداف الطويلة والقصيرة الأجل.
- يجي أن تكون قادرة على التحرك عبر الحدود الوظيفية وتشجع التكامل الأفقي، فالفترة الزمنية بين مراجعة المريض للمؤسسة خروجه معافى منها هو مقياس يبين مشاركة العديد من الوظائف عبر سلسلة متكاملة.

وتتباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المؤسسات الصحية بتباين الجهات ذات العلاقة، فالمريض يبحث عن أفضل الخدمات والكادر العامل يقيس الأداء من خلال مقدار الأجر وعدد ساعات العمل وإدارة المؤسسة تنتظر إلى الموضوع من زاوية تحقيق مصالح جميع المرضى في حدود الموارد المتاحة، كما أن الغايات الجوهرية للمؤسسات الصحية تتصف بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية أكثر من الربح والمنافسة، يضاف

¹د.غالب محمود سنجق، د.موسى احمد خير الدين، مرجع سابق، ص 270.

إلى هذا تدر تضمين الجوانب النوعية في تقديم الخدمة فعند قياس أداء العاملين نجد العناصر الملموسة وغير الملموسة، إذ يمكن اعتماد المقياس الكمي لقياس أداء هيئة التمريض من خلال تحديد مستوى الرعاية التمريضية الملائمة (مثلا ممرضة واحدة لكل مريضين)، لكن مثل هذا المقياس الكمي يهمل القياس النوعي، كما أن أي محاولة للوصول إلى قياس أداء الأطباء عن طريق التركيز على ما هو ملموس ويمكن قياسه فقط تبقى ناقصة إذا لم تراعي العوامل الأخرى غير الملموسة في خضم هذه الصعوبات بذلت منظمة الصحة العالمية بصفتها الراعية الأولى للموضوع، وكذا الباحثون المتخصصون في إدارة المؤسسات الصحية جهودا حثيثة أثمرت عن إيجاد بعض المقاييس أهمها:¹

1. مؤشرات تقويم أداء الموارد البشرية وهي:

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

ويمكن إجمال هذه المؤشرات في أربع مجموعات رئيسية، والتي تتفرع منها مقاييس مختلفة كما يلي:

• المؤشرات الخاصة بالأطباء²

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

$$\frac{\text{عدد المراجعين للعيادة الخارجية}}{\text{عدد الأطباء}} = \text{مراجع / طبيب}$$

$$\frac{\text{عدد الأطباء المقيمين}}{\text{عدد الأطباء الكلي}} = \text{طبيب مقيم / إجمالي الأطباء}$$

• المؤشرات الخاصة بالفريق (الطاقم التمريضي أو الشبه طبي)³

¹ والة عائشة، أ مرجع سابق، ص 38.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 29.

³ امير جيلالي، تطبيق محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، رسالة دكتوراه، تخصص فرع التخطيط، جامعة الجزائر، 2009، ص 54، 55.

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

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

$$\frac{\text{عدد الاسرة خلال السنة}}{\text{عدد الطاقم التمريضي خلال سنة}} = \text{سرير / طاقم تمريضي (شبه طبي)}$$

2. مؤشرات الخاصة بالإداريين:

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

3. مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية والمالية وهي:

$$\frac{\text{عدد الاسرة في المستشفى X 360 يوما - مجموع أيام العلاج في المستشفى}}{\text{عدد حالات المرضى في المستشفى (بما فيهم الموتى)}} = \text{معدل خلو الاسرة}$$

ويقيس هذا المؤشر كفاءة استغلال أسرة المستشفى خلال مدة زمنية معينة.¹

$$\frac{\text{مجموع ساعات التوقف والتعطيلات في الأجهزة الطبية}}{\text{مجموع ساعات التشغيل الفعلية}} = \text{نسبة عدد ساعات التوقف عن التشغيل}$$

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

¹امير جيلالي، مرجع سابق، ص 54،55.

4. مؤشرات تقييم المستشفى:

$$\frac{\text{مجموع أيام الخدمة / العلاج خلال الفترة}}{\text{مجموع الخروج (بما فيهم الوفيات) خلال الفترة}} = \text{متوسط مدة الإقامة بالمستشفى}$$

$$\frac{\text{مجموع أيام الخدمة / العلاج خلال الفترة} \times 100}{\text{مجموع الاسرة الثابتة خلال الفترة}} = \text{نسبة اشغال الاسرة}$$

$$\frac{\text{مجموع حالات الخروج (بما فيها الدخول والخروج نفس اليوم والوفيات) خلال الفترة}}{\text{عدد الاسرة الثابتة بالمستشفى}} = \text{معدل دوران السرير}$$

$$\frac{\text{مجموع أيام الالة الشاغرة خلال الفترة}}{\text{مجموع حالات الخروج}} = \text{فترة فراغ السرير}$$

5. مؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية:

$$\frac{\text{عدد الوفيات من المرضى الراقدين}}{\text{عدد المرضى الراقدين}} = \text{نسبة وفيات الراقدين}$$

$$\frac{\text{مجمع أيام الرقود في المشفى}}{\text{عدد المرضى الراقدين}} = \text{معدل بقاء المريض في المشفى (يوم)}$$

$$\text{متوسط عدد أيام الانتظار على قائمة العمليات} = \frac{\text{مجموع أيام الانتظار للمرضى}}{\text{عدد المنتظرين للعلاج}}$$

وبطبيعة الحال فإن قائمة المؤشرات طويلة، لكن استعمال هذا المؤشر أو ذاك يعتمد على الرغبة الحقيقية لإدارة المؤسسة في الاستفادة من النتائج المتحققة من ذلك القياس.¹

رابعاً: معوقات تقييم الاداء:

يمكن تلخيص اهم معوقات الأداء في النقاط التالية:

- صعوبة تحديد ما يلزم من عاملين، لعدم جد معايير نموذجية لأداء العاملين لاستخدامها كمؤشر ارشادي في تحديد العمالة، وخلق وظائف جديدة دون ان تصاحبها زيادة في عبء العمل الوظيفي.
- الروتين في العمل نتيجة لغياب المعايير الكمية التي يمكن الاعتماد عليها في قياس الأداء.
- الضغوط السياسية حيث ان وزارة الصحة عادة ما تمارس اختصاصها في إطار من القرارات السياسية التي يصعب اخضاعها للقياس الكمي
- التداخل في تقديم الخدمة نفسها بين القطاعين (العام والخاص)، وهذا يتضح من عدم قابلية الأهداف للقياس الكمي إلى جانب عدم الاخذ بمعايير أخرى اجتماعية أو اقتصادية لقياس نتائج أداء القطاع الصحي.²

¹ والة عائشة، مرجع سابق، ص 39.

² ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، مرجع سابق، ص 48.

المطلب الرابع: الاهداف الاساسية للمؤسسات الصحية

يمكن القول ان هناك مجموعة من الأهداف العامة التي تعد القاسم المشترك بين مختلف المؤسسات الصحية والتي تتمثل في:

أولاً: الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات اعلى

وذلك يكون بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها، وقد اقترح هنريك بلوم (Henrik Blwm) اهداف تفصيلية لهذا الهدف هي:

- السعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر.
- خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الامراض.
- خفض مستوى القلق الناجم عن المرض.
- خفض مستوى الإعاقة ولا سيما حالات العجز.
- تحصين المجتمع ضد الامراض التي تتوافر لها لقاحات.
- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع افراد المجتمع.¹
- تأمين الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة التي تحتاج اليها برامج خدمات الرعاية الصحية بصفة دائمة، والاستغلال الأمثل لهذه الكفاءات ودعم البرامج التعليمية والتدريبية التي تعمل على تنمية قدرات هذه الكفاءات.
- تطوير نظام المعلومات الصحية بما يتيح توفير المعلومات عن الاوضاع والجهود الصحية وفي الوقت المناسب.
- تشجيع القطاع الخاص على المشاركة في تشغيل المرافق الصحية الحكومية الصحية الحكومية وعلى وضع المشروعات الصحية، مما يؤدي إلى تحقيق التنمية الصحية الوطنية.
- تأمين الموارد المالية اللازمة لتغطية نفقات انشاء المرافق الجديدة وتجهيزها وصيانة القائم منها والموارد المطلوبة لأنشطة التشغيل السليم لشبكة خدمات الرعاية الصحية.²

ثانياً- الجودة الخدماتية:

¹. طلال بن عايد الاحمدي، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة المالك فهد الوطنية، 2004 ص 20.
² دريدي احلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس)، رسالة ماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة بسكرة، 2014، ص 07.

في ميدان الصحة فإن المنظمة العالمية للصحة قدمت تعريفا للجودة أكثر تدقيقا، حيث تعرفها بانها: " العملية التي تسمح بضمان لكل مريض بتلقي الاعمال التشخيصية والعلاجية التي مؤمن له أفضل نتيجة صحية ممكنة بأقل تكلفة وبأدنى خطر متوقع مع تحقيق أكبر حالة رضائية، بكل ما له علاقة بالإجراءات، النتائج والروابط الإنسانية داخل نظام صحي ما "

ثالثا - النجاعة المالية:

العوائق التي يفرضها المحتوى الاقتصادي والاجتماعي للمحيط الاستشفائي، يجبر مسيري المؤسسات الصحية على تركيز افعالهم حول قيادة مؤسساتهم ورسم استراتيجيات متوافقة مع التخطيط الصحي. فقد اضحى من المعلوم تزايد النفقات الصحية وأهمية حصتها بالنسبة للنتاج الداخلي الخام في معظم دول العالم، ففي الولايات المتحدة الامريكية تصل نسبة نفقات الصحة إلى 15 % من الناتج الداخلي الخام للبلد وفي فرنسا تصل إلى 11 %، وضمن فاتورة الانفاق الصحي المتزايدة هذه، تبرز للمستشفيات كأهم المؤسسات المكونة للنسيج الصحي في معظم البلدان، حيث تعرف نشاطاتها زيادة متسارعة بحسب تسارع الاكتشافات العلمية وتطور المهن الطبية على وجه الخصوص وهو ما يرفع بالمقابل من حجم النفقات بها. وأهمية الاشكال الذي يطرح حجم نفقات المؤسسات الاستشفائية من جهة ومحاولة عقلنتها والتحكم فيها من جهة أخرى، تبرزه نماذج التمويل المختلفة والهادفة إلى إيجاد نمط متجانس يحقق الرغبة في تدنية تكاليف وعقلنة الانفاق وتحقيق الجودة في آن واحد.¹

- تحقيق التكامل والتنسيق بين الخدمات المعنية ببرامج الرعاية الصحية وخدماتها على المستوى الوطني.
- وضع الضوابط وأعاد المعايير وتحديد الإجراءات التي تكفل الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية.
- تشجيع البحوث والدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسية التي تواجه المؤسسات الصحية.

رابعا - التعليم والتدريب

حيث يتم تدريب العاملين في التخصصات المختلفة لاكتساب العاملين مهارات جديدة وهذا يتم بأسلوب نقل الخبرات من شخص لأخر وذلك ينطبق على معظم أنشطة الطب والتمريض، والمعامل والورش، المغاسل وكافة الاعمال الإدارية.

خامسا: اجراء البحوث

كالقيام بالبحوث الطبية مثل البحوث الاكلينيكية في المعامل وبعوث التسجيل الطبي، والبعوث الإدارية مثل البحوث المالية والخاصة بالعاملين، والبعوث السلوكية والعديد من البحوث الأخرى.

¹ بين فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 36،34.

سادسا: وقاية المجتمع من الامراض

يعتبر هذا الهدف من بين اهم اهداف المؤسسات الصحية، وذلك لان الوقاية اقل تكلفة من العلاج.¹

سابعا: الربحية:

يعتبر الهدف الثاني بعد تقديم الرعاية الصحية وخاصة في المستشفيات الخاصة، وان كان تحقيق الربح من خلال الإنسانية وعلاج المرضى وإنقاذ المصابين يبدو غريبا الا ان هناك مجموعة من المستشفيات في الأساس هي شركات ومشروعات فردية تسعى لتحقيق الربح وذلك من اجل البقاء والاستمرارية والتوسع، كما نجد أيضا ان المستشفيات العامة قد تسعى للربح من خلال تخصيص بعض الأقسام للعلاج باجر وتقديم بعض الخدمات التشخيصية باجر رمزي وذلك من اجل زيادة دخلها وتدعيم القدرة المالية.²

ثامنا -ضمان خدمة المرفق العام:

يعرف المرفق العام بانه مشروع يستهدف النفع العام بانتظام واضطراد ويخضع للإشراف الدولة، ويتميز المرفق العام بعدة خصائص، أهمها طابع اللافناء، عكس المرافق الخاصة، غير ان ادخال أو استجلاب أنماط التسيير الحديثة للمؤسسات الصناعية والخاصة ومحاولة تطبيقها على مؤسسات المرفق العام، يكاد يصيب هذه الخاصية في الصميم.

والمؤسسات العمومية للصحة تشكل واحد من المرافق العمومية، فان كانت ومن ناحية مطالبة بتعديل طرق تسييرها لتكون أكثر حيوية ومستجيبة لنماذج التسيير الحديثة، خصوصا ما تعلق بتحقيق الجودة الخدماتية والتحكم في التسيير المالي والميزاني لتحقيق نجاعة أكبر، فإنها ومن ناحية أخرى، يجب ان تسعى دائما إلى الحفاظ على استمرارية المرفق العام وضمان خدماته.

وتتميز مهام المرفق العام الصحي بعدة خصائص، أهمها:

مهام اخذة في الاتساع،

مهام تضمن بأشخاص معنوية من القانون العام أو الخاص،

وأي كانت مهام المرفق العام فهي تقوم على ثلاثة مبادئ رئيسية هي:

الاستمرارية: أي كان المرفق العام لا يجوز توقف نشاطاته لأي سبب من الأسباب وهذا للحالة المجتمعية اليه.

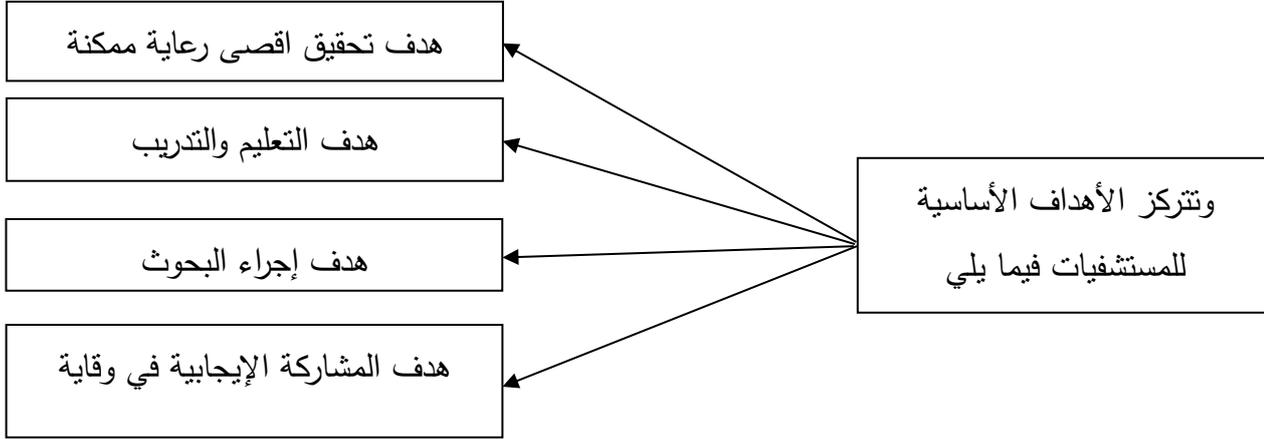
الحيادية: أي ان المرفق العام لا يخضع في تعاملاته إلى منطق التفرقة الاثنية أو الدينية أو اللغوية بين مرتفقيه، والذين هم عامة المجتمع أو جزء منه بطابع خاص يحوز صفة المرتفق العمومي.

¹ طلال بن عابد الاحمدي، مرجع سابق، ص 21.

² محمد ريجان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث 'الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنيات نظم المعلومات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2004 ص 35، 36.

المساواة: وذلك يعني سهولة الوصول إلى المرفق العام والاستفادة من خدماته من طرف الجميع وفق قواعد واليات وضوابط تضمن له تحقيق ذلك.¹

الشكل رقم (1-5) الأهداف الأساسية للمستشفيات



المصدر: سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 62.

¹بين فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 37.

المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية

سنتطرق في هذا المبحث إلى مفهوم الخدمات الصحية واهم خصائصها تم إلى أنواع الخدمات الصحية ومن ثم إلى جودة الخدمات الصحية أهدافها، ابعادها وخصائصها لننتهي عند قياس جودة الخدمة الصحية.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

تعتبر الخدمات الصحية عنصرا مهما لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونها مرتبطة بحياة الانسان وصحته، من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين، وتسابق الدول في تقديم أحسن الخدمات الصحية وأفضلها لمواطنيها، والعمل على تطوير المؤسسات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية الخبرات العلمية، والانفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات، ايمانا بأهمية الصحة كخطوة أولى في بناء المواطن القادر على الاسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات.

أولاً: مفهوم الخدمات الصحية

تعريف الخدمة:

عرفها كل من Binter & Zaithmal على انها تمثل اعمال وانجازات ونها جميع الاعمال والعمليات التي تقود إلى انتاج شيء غير ملموس.¹

تعريف الخدمات الصحية:

الرعاية الطبية تعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من افراد المجتمع.²

ان تعريف الخدمات الصحية تتبع من مفهوم عام للخدمات، ولهذا سوف نتطرق إلى مجموعة من تعاريف³:

¹ ابن تريح بن تريح، عيسى معزوزي، ابعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز (دراسة حالة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بن عجيله بالأغواط)، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد 01، 2018، ص 77.

² عتيق عائشة، مرجع سابق ص 35.

³ Kotler ،Philip ،Keller، Kevin(2006) ، " marketing management" ، édition12،prentice،hall،Newerse،p42

- الخدمات عبارة عن نشاط أو منفعة، يمكن لأي طرف من تقديمها لطرف آخر. وتكون في الأساس غير ملموسة، ولا ينتج عنها ملكية أي شيء.

تعرف الخدمات الصحية على أنها: " عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية.¹

إن الخدمة الصحية هي كل ما يؤدي إلى وقاية الناس من الأمراض ويؤدي إلى السرعة في تشخيص المرض وعلاجه وحسن متابعته بعد التشخيص والعلاج، فهي تمثل بذلك مجموعة من النشاطات المحددة للمحافظة على الصحة أو تحسينها أو لمنعها من التدهور.

إن فالخدمة الصحية ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق اشباعاً ورضاً معيناً للمستفيد.²

مما سبق يصبح من السهل علينا استنتاج صعوبة التوصل إلى تعريف مشترك وموحد حول مصطلح الصحة أو بالأحرى الخدمة الصحية فقد يرى البعض انه لا بد من اعتبار نوع معين من الخدمات كجزء من الرعاية الطبية بينما يرى البعض نقيض ذلك. وعموماً يمكن تعريف الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية على أنها:

النشاط الذي يقدم للمنتفعين، والذي يهدف إلى اشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط بيع سلعة أو خدمة أخرى...

-الخدمة العلاجية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق إلى فرد أو أكثر من افراد المجتمع، أو العناية التي تقدمها الممرضة للمريض أو التحاليل التشخيصية التي يقدمها في المختبر لشخص أو عدة اشخاص.³

ويتضح مما سبق صعوبة إعطاء تعريف شامل للخدمة الصحية، فهي في جانب تلك الخدمة التي يطلبها المتلقي بنفسه عند المؤسسات المانحة لها سواء كانت مراكز استشفائية عامة أو متخصصة أو هياكل التشخيص والعلاجات القاعدية وهي أيضا في الوقت ذاته تلك المنفعة التي تلمس جانب السلامة البدنية، العقلية والنفسية وان

¹ وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 5.

² بحدادة نجاة، مرجع سابق ص 29.

³ مزريان التاج، مرجع سابق، ص 126.

لم طلبها المستفيد بنفسه مباشرة. فعملية التوعية والاراد الصحي والنفسي التي تنفذها مؤسسات الدولة الصحية أو المنظمات والهيئات التطوعية تعتبر حسب ما تقدم من تعريف من الخدمة الصحية.¹

وانطلاقاً من التعاريف السابقة يمكن ان نصنف الخدمة الصحية إلى ثلاث مجموعات اساسية هي:

- **خدمة علاجية:** موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليمي (العيادات الخارجية)، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الاشعة والتحليل، والى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.
- **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الامراض المعدية والابوئة. ومثال على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.
- **خدمات إنتاجية:** وتتضمن انتاج الامصال واللقاحات والدم كما تتضمن انتاج الادوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.²

ثانياً: خصائص الخدمات الصحية

اللاملموسية: يقصد بها عدم القدرة على لمس الخدمة أو تجربتها، وهذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنياً، كما يؤدي في الغالب إلى المعرفة غير الدقيقة للنتيجة مسبقاً؛ ولهذا يعد قرار شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة، ولتلافي هذه الصعوبة يجب البحث عن علاجات أو مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة، مثل: مكان أدائها، ومقدمها، والأجهزة المقدمة.³

الخدمة الصحية سلعة عامة: السلع العامة تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية، وتتميز هذه السلع بانها حساسة للجمهور، وقد جدد كل من "ماسجريف" Musgrave و"بوسطن" Boston سنة 1976 خاصيتين للسلع العامة أو الخدمات العامة: أولهما حالة المنافسة، ثانيهما الإقصاء أو الابتعاد. والخاصية الأولى تعني ببساطة ان الفرد عندما يستهلك سلع أو خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع شخص اخر. اما الخاصية الثانية وهي خاصية الإقصاء، وهو احتمال فني لإقصاء البعض من فوائد الخدمة، ولاحظ هذا في سلع الجمهور في احتمال إقصاء بعض المستفيدين عندما تكون التكاليف مرتفعة.⁴

¹ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق ص 40.

² امير جيلالي، مرجع سابق، ص 35.

³ ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، مرجع سابق، ص 55.

⁴ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 21.

قلة التمييز والتوحيد للخدمة الصحية: إن الخدمة الصحية توجه نحو تواجد الجمهور المستفيد، ونظرا لاختلاف طبيعة أمراضهم وحالتهم الصحية فإن الخدمة تختلف من فرد لأخر وحتى لدى الفرد نفسه، وبنفس الشيء بالنسبة للخدمات التي تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، إلا أنه من الصعب الاحتفاظ بمستوى واحد من مخرجات الخدمة لكون هناك عوامل تؤثر في المواد التي تتطلبها الخدمة كالسرية في الإنجاز والوقت اللازم، بالإضافة للوسائل المستخدمة التي تنعكس على أداء الخدمة.¹

مشاركة المريض في إجراء الخدمة: يعد المرضى (أو حالاتهم المرضية) الذين يتلقون الرعاية مدخلات الخدمة، أما حالاتهم بعد التشخيص والعلاج فهي المخرجات، ومن ثم يتفاعل المريض والمؤسسة الصحية من خلال تقديم الرعاية.

الاختلاف وعدم التجانس: (التباين) تتصف الخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة أداء سلوك مقدم الخدمة والزمان والمكان وعلى المعلومات التي يقدمها المريض لمقدم الخدمة الصحية، فالمريض يختلف أيضا من حيث المزاج والسلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل، فقد يعالج الطبيب مرضاه بطرق مختلفة وقد لا يقدم نفس المستوى من الخدمات وهذا يعود إلى مدى استجابة المريض للطبيب وتعاونه معه وقت تقديم الخدمة، كما أن حالة الطبيب (متعب أو مرتاح، سعيد أو حزين) أثرا على الاختلاف وتباين الخدمة.²

التلازم: عدم الانفصال والتلازم بين إنتاجها واستهلاكها أي أن إنتاجها واستهلاكها يحدث في نفس الوقت.

التباين: التباين في مستوى أداءها من وقت إلى آخر ومن زبون إلى آخر ومن مؤسسة إلى أخرى.

الفناء: عدم قابليتها للتخزين.

الملكية: يعود عدم القدرة على امتلاك خدمة ما إلى عدم كنها ملموسة ففي السلع يكسب المشترون ملكية السلعة موضوع البحث ونتيجة لذلك يستطيعون أن يفعلوا ما يشاءون بها. ومن جهة أخرى عند تأدية خدمة لا يتم نقل الملكية من البائع إلى المشتري فالمشتري يشترط فقط الحق في عملية خدمة. بعبارة أخرى نقصد بعدم التملك أن الخدمة يمكن الانتفاع بها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها.³

¹ أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 36.

² دريدي أحلام، مرجع سابق ص 18.

³ دبون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، العدد 11، 2012، ص 216.

ويمكن ان نلخص بعض الخصائص الإضافية التي تتميز بها الخدمات الصحية، تتمثل في:

1. ان طالبوا الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي الخدمات الأخرى في كونهم اقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة وأساليب العلاج المطلوبة، وكيفية اشباعها لحاجاتهم فالحاجة والطلب على الخدمة يتأثران بالمستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للمستفيدين من الخدمة.
2. لا يعرف المريض أساليب مراحل العلاج المختلفة التي تعد من اختصاص طبيبه، فهو وحده من يحدد ويقرر الفعالية والكفاءة لتلك الأساليب.
3. الحاجة والطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض والطبيب ففي الوقت الذي يرى فيه المريض ان التوقف عن العلاج يعد بداية التحسن في صحته، فان الطبيب يرى عكس ذلك.
4. تذبذب الطلب على الخدمة الصحية وعدم استقراره وهذا استناد للظروف البيئية والكوارث والحروب، اذ يتميز مثلا موسم الشتاء بارتفاع الطلب على الخدمة الصحية بسبب اعراض الزكام.
5. نظرا لكون الخدمة الصحية مرتبط بالإنسان، فانه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المؤسسات الصحية ان تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في الخدمات الأخرى على عملها، فقد يتعارض أحيانا مع الرسالة التي اوجدت من اجلها.¹

المطلب الثاني: انواع الخدمات الصحية ودورة حياتها

رغم ان الخدمات الصحية تشترك في انها تسعى إلى تحسين الحالة الصحية للمريض الا انها قد تختلف في أنواعها وذلك بحسب هدفها وطبيعتها وبحسب حاجة المريض اليها، وسنعرض في هذا المطلب اهم أنواع الخدمات الصحية ودورة حياتها.

أولاً: أنواع الخدمات الصحية

هناك عدة اشكال للخدمات داخل المؤسسات الصحية فإما ان تصنف هذه الخدمات حسب طبيعتها وهذا ما ركزت عليه اغلب التصنيفات، أو على أساس التصنيف الذي تتبعه اغلب النظم الصحية العالمية انها موجهة للصحة الشخصية أو العامة.

التصنيف على أساس طبيعة الخدمات الصحية

¹والة عائشة، مرجع سابق، ص 19، 20.

تصنف الخدمات الصحية وفق هذا التصنيف الى:

- **الفحوصات والاستشارات:** تمثل واجهة المؤسسة الصحية، فهي دافع الالتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة وعارضها.
 - **الخدمات السريرية:** تؤمن الإقامة للمرضى، مكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية (التشخيصات الطبية، الرعاية التمريضية) وكذلك الاشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية (عمال الصيانة، النظافة)، وفي مكان التفاعل مع العائلات.
 - **الأرضية التقنية:** تضم الوسائل التكنولوجية التي تخص التشخيص والعلاج
 - **خدمات الامداد:** تتكون من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة مثل الترميم، الصيانة والنقل وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل إلى طرف خارجي (مقدم خدمات)
 - **الخدمات الإدارية:** تجمع مختلف الوظائف الإدارية (التخطيط، التوجيه، التنظيم، الرقابة) تضم مختلف الأقسام والإدارات المالية والمحاسبية، إدارة الافراد، إدارة المخزون.¹
- وتتقسم الخدمات الصحية حسب اغلب النظم الصحية العالمية إلى قسمين، هما:

1- الخدمات الصحية العلاجية: وتتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، وتشمل:

- خدمات التشخيص،
- خدمات العلاج، وتتمثل في العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، خدمات مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات والتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر،
- خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، هي عبارة عن خدمات صحية علاجية تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناته من الام المرض.

2- الخدمات الصحية الوقائية: تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها أيضا اسم "الخدمات الصحية البيئية أو العامة" ترتبط بالخدمات الموجهة للحماية من الامراض المعدية والابوئة، والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الافراد، وتشمل:

- خدمات التطعيم ضد الامراض والابوئة،
- خدمات رعاية الامومة والطفولة،

¹دريدي أحلام، مرجع سابق، ص 20، 21.

- خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض،
- خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء المشروبات وحلات الحلاقة والتجميل،
- خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي.¹

تصنف ايضا الخدمات الصحية حسب عدة معايير الى:

- 1- **الخدمات الصحية التعليمية:** ويقصد بذلك اكتساب المؤهل العلمي الذي يرخص لممارسة هذه المهنة النبيلة، اذ يعتبر متلقي الخدمة هنا شخص سليما يتمثل في طلبة الكليات الجامعات سواء تعلق ذلك بطلبة الطب، أو التكوين الشبه طبي ويمكن حتى إضافة المؤهلات العلمية الإدارية المتخصصة في تسيير المرافق الصحية.
- 2- **الخدمات الصحية المهنية:** وهي الخدمات الصحية الموجهة للقطاع المهني، أو ما يعرف بطب العمل، وفي إطار هذا النوع من الخدمات الصحية قد تلجا بعض المنظمات سواء كانت خاصة أو عمومية إلى انشاء مراكز أو اقسام صحية تابعة لها للتكفل بوضعية موظفيها وذويهم أو انها تقوم بالتعاقد مباشرة مع منظمات صحية ومستقلة بغية تقديم خدمات صحية لمصلحة موظفي المنظمة.
- 3- **الخدمات الصحية الصيدلانية:** ويتعلق هذا المستوى باستقبال المريض وتوفير الدواء اللازم لحالته المرضية، ويكون ذلك من طرف كبيب صيدلي مختص يقوم بالإشراف على المرضى، توعيتهم وتوجيههم بغض النظر عن تقديم الدواء. وتخضع هذه الخدمة دوما رغم الانتشار الوضح للقطاع الخاص فيها إلى وصاية ورقابة الدولة من خلال هيئاتها التي تتوب عنها مثل مديرية الصحة.²

ثانيا: دورة حياة الخدمة الطبية:

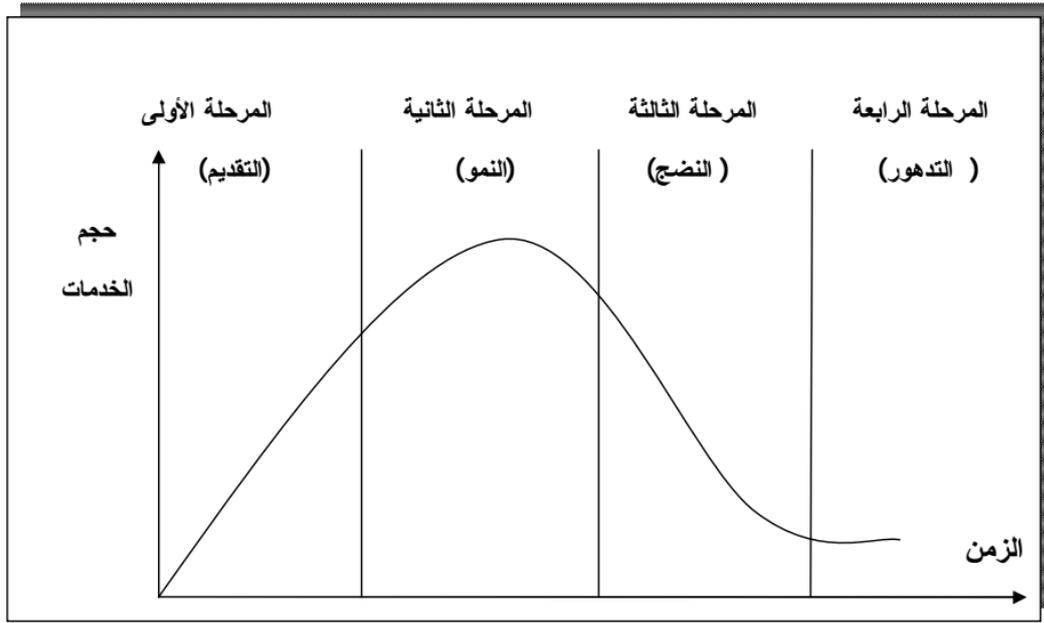
من الصعب تماما ان يبقى المنتج بخصائصه الرئيسية وطريقة تسويقه قائمة بذات الصورة على مدار الوقت، بسبب التغيرات الحاصلة في البيئية العامة (سكانية، اقتصادية، تكنولوجية وثقافية....) فضلا عن التغيرات الحاصلة في بيئة السوق (المشتركون، المنافسون، الوسطاء، المجهزون) والتي تنعكس جميعها على استمرارية المنتج في السوق بذات الخصائص، هذا ما يصلح عليه بدورة حياة المنتج، وكأي منتج اخر تمر الخدمة الصحية بأربعة مراحل تمثل دورة حياتها، سناتي على ذكرها بعد تمثيلها في الشكل الموالي³

¹نجاة صغيرو، مرجع سابق، ص 20، 21.

²وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 12.

³رالة عائشة، مرجع سابق، ص 28.

الشكل رقم (1-6): دورة حياة الخدمة الصحية



المصدر: والة عائشة، مرجع سابق، ص 29.

1- مرحلة التقديم introduction:

غالبا ما تكون إيرادات الخدمة في هذه المرحلة في حالة انخفاض لأنها غير معروفة، وعلى المشفى ان تسعى لتقصير هذه المرحلة عن طريق اعلام المستفيدين بالخدمة الجديدة والقيام بحملة إعلانية منظمة ومدروسة.¹

2-مرحلة النمو:

تتسم هذه المرحلة غالبا بارتفاع الأرباح وزيادة حدة المنافسة، فالمنتج(الخدمة) إذا ما نال رضا السوق فان المبيعات سوف تبدأ بالارتفاع التدريجي، وذلك عندما يبدأ المرضى بتبني هذا المنتج يعقبهم اخرون يكونون أقل اندفاعا في الغالب لتبني هذا الشراء، لكونهم يرغبون مشاهدة غيرهم اثناء تجربة المنتج، وخلال هذه الفترة التي تمثل المرحلة الاجدى اقتصاديا تعمل المؤسسة على إطالة عمر هذه المرحلة كونها في نمو مستمر وتحقق عوائد متزايدة.

¹علاء عادل درويش، دور تخطيط الموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية (دراسة ميدانية على المشافي العامة في الساحل السوري، رسالة ماجستير، تخصص ادارة الاعمال، جامعة تشرين، سوريا، 2013، ص 85.

3-مرحلة النضج:

تعتبر هذه المرحلة أطول مرحلة في دورة حياة الخدمة الصحية، إذ تسعى إدارة التسويق في المؤسسة الصحية للتعامل مع هذه المرحلة والدخول إليها رغم ما تحمله في طياتها من تحديات كبيرة، حيث تشهد خدماتها منافسة شديدة من قبل الخدمات الأخرى المشابهة أو البديلة من المقدمة قبل المؤسسات المنافسة، وهنا يباد مستوى الخدمات بالانخفاض ببطء قياسا بالمرحلة السابقة لذلك على المؤسسة التفكير جديا في كيفية إبقاء الخدمة الصحية أطول فترة ممكنة شريطة ان يكون بقاء ناجحا وان تتمكن بذات الوقت من استثمار الجوانب الموجبة في المنافسة.¹

3-مرحلة التدهور (الزوال) Decline stage:

تعتبر المرحلة الأخيرة في دورة المنتج والتي تتصف بالتراجع في كمية المبيعات، نظرا للتراجع في كمية الطلب على المنتجات الصحية، ووضوح ارتفاع في التكاليف، والتي تنعكس على الإيرادات المحققة بالرغم من الجهود التسويقية المبذولة ويكون هذا التراجع نتيجة:

- عدم إمكانية المنتج الصحي في تلبية حاجات المستهلكين وتحقيق الشفاء.
- اختلاف المنتج عن الواقع نتيجة لحول تطور تكنولوجي ومعرفي في المجال الطبي، الذي يادي إلى افراز منتجات طبية جديدة وتكون منافسة، وبعد ذلك تكون سبب في بروز هذه المرحلة فضلا عن التغير الحاصل في سلوك المستهلكين، وهنا تكون المنظمات الصحية امام اختيارين: الأول يتمثل في بقاء المنتج ومحاولة تطويره نحو الأفضل، مع إيقاف الحملات الاعلانية والعمل على تخفيض الأسعار بالإضافة إلى شطب المنتج الذي لا يوجد عليه طلب، والامر قد يؤدي إلى تأخير البحث عن منتج جديد، وقد يكون افضل منه أو قد يؤدي إلى خلق مزيج سلعي غير مناسب، مما يؤدي إلى التقليل في التدفقات النقدية. اما الثاني فيتمثل في تقديم منتج جديد يلبي حاجات المستهلكين، ومحاولة إيجاد أسواق جديدة يكون فيها الطلب على المنتج.²

المطلب الثالث: جودة الخدمات الصحية اهدافها، ابعادها وخصائصها

تسعى كل مؤسسة صحية إلى الوصول إلى جودة خدماتها الصحية ولكنها قد تحتاج إلى مجموعة من الموارد المادية والبشرية من اجل تحقيق ذلك وربما إلى توفر بعض الظروف أيضا ولكنها لن تصل إلى ذلك حتما

¹والة عائشة، مرجع سابق، ص 30.

²امير جيلالي، مرجع سابق، ص 72.

إذا لم تكن تعي المفهوم الحقيقي لجودة الخدمات الصحية، وستتطرق في هذا المطلب إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية وأهم أهدافها وإلى أبعادها وخصائصها.

أولاً: مفهوم جودة الخدمات الصحية¹:

الاهتمام بالجودة وتفعيل تطبيقها بالمنظمات بشكل عام والقطاع الصحي بشكل خاص أصبح من الأمور المهمة في النظم الحديثة وذلك لما لها من دور فعال في تحسين المخرجات وتقليل التكاليف واختصار الوقت والحد من الهدر. وضمان تقديم الخدمات الصحية بشكل يفوق توقعات المستفيدين من الخدمة وان تفوق المخرجات المدخلات بمعنى تقديم الخدمة الطبية بمستوى عال يعكس ما رصد لها من إمكانيات بشرية ومالية مع ضمان الاستمرار بالتطوير ومواكبة التقدم.

1. تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد مؤسسات الخدمات الصحية (JCAH) الجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة".

2. ويرى دونابيديان " donabedian " ان مفهوم الجودة يختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، فالجودة لدى المريض تعني تمكنه من الحصول على الرعاية متى احتاج إليها، بينما هي للطبيب تعني مدى تحقق النتائج المرغوبة، والالتزام بأسس ومعايير الممارسة المهنية، واستخدام العلم والتقنية المتاحة، اما بالنسبة للمؤسسة الصحية فالجودة تعني تحقيق رضا المستفيدين وبأقل تكلفة ممكنة".

كما يرى ان مفهوم الجودة يعني: "تعظيم رضا المريض مع الاخذ بعين الاعتبار كل المكاسب والخسائر التي ستواجهها إجراءات وانشطة الخدمة الصحية".

3. أما kotler فقد عرف جودة الخدمات الصحية على انها "مستوى الادراك المتحقق من نتائج الأداء عن الخدمة الصحية قياساً بما كان عليه من السابق"².

وتعرف جودة الخدمة كذلك أنها³ : " قدرة السلعة ا الخدمة على إرضاء حاجات المستهلكين".

¹ عامر عياد العتيبي، مرجع سابق، ص 141.

² ط.د. عبد الله حمادو، أ.د. احمد بن عيشاوي، مرجع سابق، ص 6.

³ Claude Demeure, "Marketing", 6eme édition, DUNOD, France, 2008, P 143.

4. تعرف جودة الخدمة في المستشفى على انها مدى مطابقة الخدمات التي تقدم للمريض سواء كان تشخيصية أو ارشادية أو اية خدمات أخرى للمواصفات الطبية المعتمدة وما ينتج عن ذلك رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرض بما يؤدي إلى تحسن حالته الصحية والتعريف يمكن ان يشير في مضمونه إلى ثلاثة ابعاد للخدمة المقدمة في المستشفى على النحو الآتي:

- رغبة إدارة المستشفى في زيادة كفاءة وفاعلية العمل.

- تخفيض التكاليف والاحتفاظ بالعملاء من المرضى عند مستوى الرضا عن الخدمات الطبية المقدمة.

- مواجهة المنافسة الحادة من المستشفيات الأخرى.¹

في سنة 1933، عرف لبي وجونس lee et jones جودة الخدمة الطبية على انها: تطبيق جميع أنواع الخدمات الطبية الحديثة، لتلبية احتياجات الناس اما بالمر، ودونايديان، وبوفار فقد عرفوا الرعاية الصحية على انها: نتاج تحسين الصحة وتلبية حاجة السكان في حدود التكنولوجيا المتوفرة، والموارد، وظروف المستهلك.

ووصفها ويليمسون بانها: قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة، مع بذل الجهود اللازمة لتعديل، وتحسين مستوى هذه الخدمة.

وحسب اللجنة الطبية في المعهد الأمريكي للطب فان الجودة الصحية هي: درجة الزيادة المحتملة للنتائج الصحية المرجوة من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان، والتي تتفق مع المعرفة المهنية الحالية وتعرف منظمة الصحة العالمية الجودة على أنها: التماسي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة امنة ومقبولة من المجتمع، ويتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى احداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية، ونسبة الوفيات، والاعاقة، وسوء التغذية.²

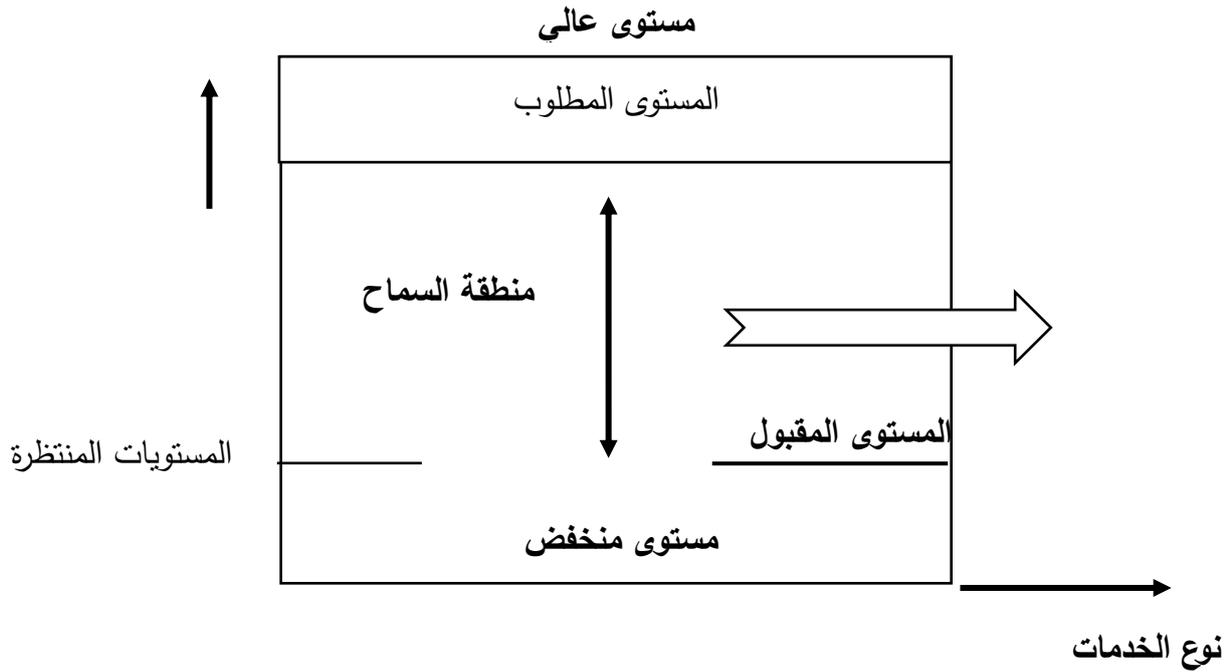
فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك اخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة اما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة المتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة اما من وجهة نظر المريض وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول

¹د.غالب محمود سنجق، د.موسى احمد خير الدين، مرجع سابق، ص 311.

²د. بودية بشير، أثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمعة بشار، مجلة البشائر الاقتصادية، جامعة بشار، الجزائر، العدد 02، 2017، ص 171.

عليها ونتيجتها النهائية. والجودة من جهة نظر الأطباء قد تعني توافر أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية وتقديمه لخدمة مرضاهم، في حين يرى المرضى جودة الخدمات الحية بانها مدى اهتمام العاملين ولطفهم مع المرضى ومهارة الطبيب في تشخيص الحالة وعلاجها.¹

الشكل رقم (1-7): مستوى جودة الخدمات



المصدر: عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 79.

ثانيا: ابعاد جودة الخدمات الصحية

إن الهدف النهائي للخدمات الصحية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض، وبما ان رضا المريض يعتبر عنصرا مهما من عناصر الصحة النفسية فان تحقق أعلى معدلات الرضا يكون أحد الابعاد الأساسية لجودة الخدمة الصحية، ورغم ذلك فان هذا لا يعد البعد الوحيد، حيث ان هناك ابعاد أخرى يجب اخذها في الحسبان عند قياس فعالية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، ومن ثم يمكن القول بصفة عامة بان جودة الخدمات الصحية تشمل الابعاد الرئيسية الآتية:

¹د. حمد فلاق، د. اسحاق خرشي، أ. سميرة أحلام حدو، تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية "نموذج مقترح"، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، جامعة الشلف، الجزائر، العدد 07، 2017، ص 624.

• الاعتمادية:

وهي تعبر عن درجة ثقة المستهلك في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقعها، يعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للمرضى، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات، وتتلخص هذه المجموعة في العناصر الخمسة الآتية:

- الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد،
- الحرص المخلص على حل مشكلات المستهلك (المريض)،
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص،
- تكامل الخدمة وتوافر التخصصات والثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.¹

الاستجابة: Responsivness

تمثل الاستجابة الرغبة في مساعدة العملاء وتوفير خدمة فورية، بمعنى سرعة الإنجاز مستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مورد الخدمة ويمثل هذا البعد 22 % كأهمية نسبية.

التأكد والتوكيد Assurance

يعكس التوكيد معرفة العاملين ولطفهم ومقدرتهم على الإيحاء بالثقة وهي السمات التي يتصف بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة الصحية. وتتسبب المواقف السلبية وسوء توجيه المرضى بتقديم معلومات غير دقيقة في فقدان الثقة بالمنظمة الصحية ككل. ويمثل ذا البعد 19 % كأهمية نسبية.

الملموسية: Tangibles

يتم تقييم جودة الخدمة من قبل المستفيد في ضوء مظهر التسهيلات المادية مثل المعدات والتجهيزات الطبية، الافراد، وسائل الاتصال، ويمثل هذا البعد 16 % كأهمية نسبية.²

¹ ط.د. عبد الله حمادو، أ.د. احمد بن عيشاوي، مرجع سابق، ص 7،

² حوالف رحيمة، مرجع سابق، ص 124.

درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمريض. ويمثل 16 % كأهمية نسبية.¹

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 المريض.²

بعد التعاطف: عرف "Shahril" التعاطف بأنه: الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها. وأوضح "Shaikh" ان بعد التعاطف (الجوانب النفسية) يمكن ان تدرك على شكل العناية الخاصة المعطاة للمرضى، ومناداته باسمه، وابداء صفة الانتباه تجاه المرضى، ام "Maher" فيرى بان التعاطف يشير اليك "الانتباه والرعاية الشخصية أو الفردية التي تقدمها المنظمة الصحية إلى زبائنهم. ومنه فالتعاطف يعني: "درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد"³

السهولة:

وتشير إلى سهولة الوصول إلى مقدمي الخدمة والاتصال بهم عند الضرورة وتتضمن:

- سهولة الاتصال بالخدمة عن طريق الهاتف.
- اختيار ساعات مناسبة للعمل.
- اختيار مكان مناسب لتقديم الخدمة.

المصادقة:

تعني توفر درجة عالية من الثقة لدى مقدمي الخدمة، وتتضمن:

¹بطاهر بختة، د. بوطلاعة محمد، اليات التسويق الصحي وأثرها على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية (دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية مستشفى شيق يفارا واحمد فرسيس والاخوات باج)، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، جامعة مستغانم، 2018، ص 59.

²شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 78.

³رفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 24.

- سمعة المؤسسة.
- اسم المؤسسة.
- السمات الشخصية لمقدمي الخدمة.¹

الفعالية والكفاءة:

فعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي ان هذا البعد يهتم بان يتم الاجراء بطريقة صحيحة، اما الكفاءة فتعني تقديم أفضل خدمة في ضل الموارد المتاحة، أي ان هذا البعد يهتم بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة.²

الأمان:

ويعني ان يشعر الفرد انه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج اليها، ويعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية، سواء تعلق الامر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها.³

ثالثا: أهداف جودة الخدمات الصحية

وتتمثل في:

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين (المرضى)
2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية.
3. تعد معرفة اراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) قياس مستوى رضاهم عن الخدمة الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
4. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدمها.⁴
5. تحقيق مستوى إنتاجية أفضل، اذ بعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.

¹ كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 91.

² ديبون عبد القادر، مرجع سابق، ص 219.

³ أ.زديرة شرف الدين، دراسة تحليلية لنوعية الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من جهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس قسنطينة، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، جامعة خنشلة، الجزائر، العدد 18، 2015، ص 151.

⁴ د. أكرم احمد الطويل واخرون، د. الاء حسيب الجليلي، ريش جميل وهاب، إمكانية إقامة ابعاد جودة الخدمات الصحية دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الادارية واقتصادية، جامعة تكريت، العراق، العدد 19، 2010، ص 14.

6. زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات العملاء.¹
7. كسب رضا المستفيد (المريض) اذ ان هنالك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد.
8. تحسين معنويات العاملين، اذ ان المنظمة الصحية هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.
9. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
10. زيادة قوس التنافس بين المنشآت الصحية المشابهة.²

رابعاً: خصائص جودة الخدمة الصحية

أهم ما يميز الخدمة الصحية من خصائص هي:

- تتميز خدمات المستشفيات بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف الجهات والاطراف المستفيدة،
- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الانسان وشفائه وليس باي شيء اخر يمكن تعويضه أو اعادة شرائه
- تتأثر المستشفيات بصفة خاصة بالقوانين والانظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص،
- في المنظمات الاعمال تكون قوة القرار بيد شخص واحد، أو مجموعة من الاشخاص يمثلون الادارة، في حين تتوزع قوة القرار في المستشفى بين مجموعة الادارة ومجموعة الاطباء،
- نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة الطبية في ساعات اليوم أو الاسبوع أو الموسم وبهدف سرعة الاستجابة ومساعدة العميل، يستوجب الاستعداد المبكر وحشد الطاقم الطبي والاداري والموارد المتوفرة لتقديم الخدمة الطبية اللازمة.³

¹ ابن تريح بن تريح، عيسى معزوي، مرجع سابق، ص 79.

² عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 97.

³ ابن تريح بن تريح، عيسى معزوي، مرجع سابق، ص 78.

المطلب الرابع: قياس الجودة في الخدمات الصحية.

إن نظام الاعتماد للجودة من أهم النظم العالمية التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية مما يعود بالنفع على صحة المواطن والمجتمع بالإضافة إلى بناء ثقة بين الجهاز الصحية والمواطن ومراعات حقوق المرضى وضمان رضاهم عن الخدمة الصحية، كما أن الالتزام بمعايير الأمان وسلامة المرضى تعتبر من أهم المعايير التي يركز عليها برنامج اعتماد جودة الخدمات الصحية، وبالتالي يمكن قياس جودة الخدمة الصحية باتباع العديد من الأساليب والمناهج.¹

أولاً: طرق القياس

1- الطرق التقليدية لقياس جودة الخدمات الصحية

أ - المقاييس الهيكلية (قياسات البنية): إن مقاييس الهيكل للرعاية الصحية مرتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريق التي تقدم بها، ولذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد، التسهيلات المتاحة في المستشفى.

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

- إن الرعاية الأحسن أو الأفضل يتم إمدادها حينما يكون هناك هيئة مؤهلة وعلى مستوى عالٍ، وتجهيزات مادية ممتازة وهيكل تنظيمي جيد وأموال متاحة.

- أنه يكون من الكاف التحديد لمت هو "جيد" بشرط وجود هيئة مؤهلة، هيكل مادي، تنظيم رسمي.

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

وتعتمد كل المداخل المتصلة بتقويم الإجراءات على إصدار معايير مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير على حالات من المرض. ومثال ذلك قياس إجراءات رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى.²

¹ زديرة شرف الدين، مرجع سابق، ص 153.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 53.

ج - مقياس النواتج: يعكس التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنواتج للرعاية الصحية ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي:

- الحالة الصحية العامة: والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثال معدلات الوفيات أو أحد الامراض كمقياس ويكمن ذلك في استخدام ملامح تأثير المرض.
- مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد: وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة أو وجود اعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة.¹

2- الطرق الحديثة لقياس جودة الخدمات الصحية

وفق هذه الطريقة لا يوجد فقط التركيز على الجودة ورقابتها في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل فقط ولكن في كل المؤسسة الصحية، كما يمكن قياس جودة الخدمة الصحية من خلال:

- دراسة وتحديد توقعات المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية.
- وضع مواصفات محددة ومعلنة ومدروسة على كل مستوى من مستويات المؤسسة الصحية وذلك كأداة رئيسية لتصميم الخدمات التي تتماشى مع توقعات المرضى والمتريدين على المؤسسة الصحية.
- تقييم الأداء الفعلي اولا بأول على مدى مقابلة الخدمة لتطلعات وتوقعات طالبي الخدمة الصحية.

وللإشارة فان قياس جودة الخدمة من الجوانب الغير قابلة للقياس يكون من خلال توجيه قوائم استقصاء للمرضى بحيث تكون اسئلتها سهلة وبسيطة ومحددة ووثيقة الصلة بموضوع الخدمة حيث يمكن تحليلها تحليلا ملائما، وقد تكن جودة الخدمة أو ضمان جودة الخدمة أكثر صعوبة من ضمان الجودة بالنسبة للسلع، وذلك راجع لخصائص الخدمات الموضحة سابقا.²

ثانيا: الغرض من قياس الجودة

1. تقييم الاداء.

2. تحسين الإجراءات.

¹دبون عبد القادر، مرجع سابق، ص 219.

²كريدي أحلام، مرجع سابق، ص 33،34.

3. ضبط الإجراءات.

ونود أن نشدد هنا على أنه رغم أن كل المقاييس تصلح للتقييم، فإنه هناك بعض المقاييس تفيد أكثر في تحسين الإجراءات أو ضبط الإجراءات.

ثالثا: أنواع القياسات

ومن المفيد أن نفرق هنا بين ثلاثة أنواع من القياسات:

1. قياسات للبنية مثل الموارد البشرية والأجهزة والإمدادات.

2. قياسات الإجراءات مثل قياس اجراءات رعاية الحوامل من تغطية بالخدمة وعدد الحوامل اللاتي راجعن أكثر من خمس زيارات اثناء فترة الحمل ومدة انتظار المريض في العيادة الخارجية وغيرها.

3. قياسات النتائج مثل الوفيات والمعدلات المرضية ودرجة رضاء العميل عن الخدمة وغيرها ولا بد ان نوضح هنا ان الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الاجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة ولذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الانواع الثلاثة من القياسات، وذلك حسب الغرض من القياسات فقياس النتائج يستخدم غالبا بغرض تقييم الاداء بينما قياس الاجراءات والبنية يستخدم بغرض تحسين وضبط الاجراءات.¹

رابعا: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

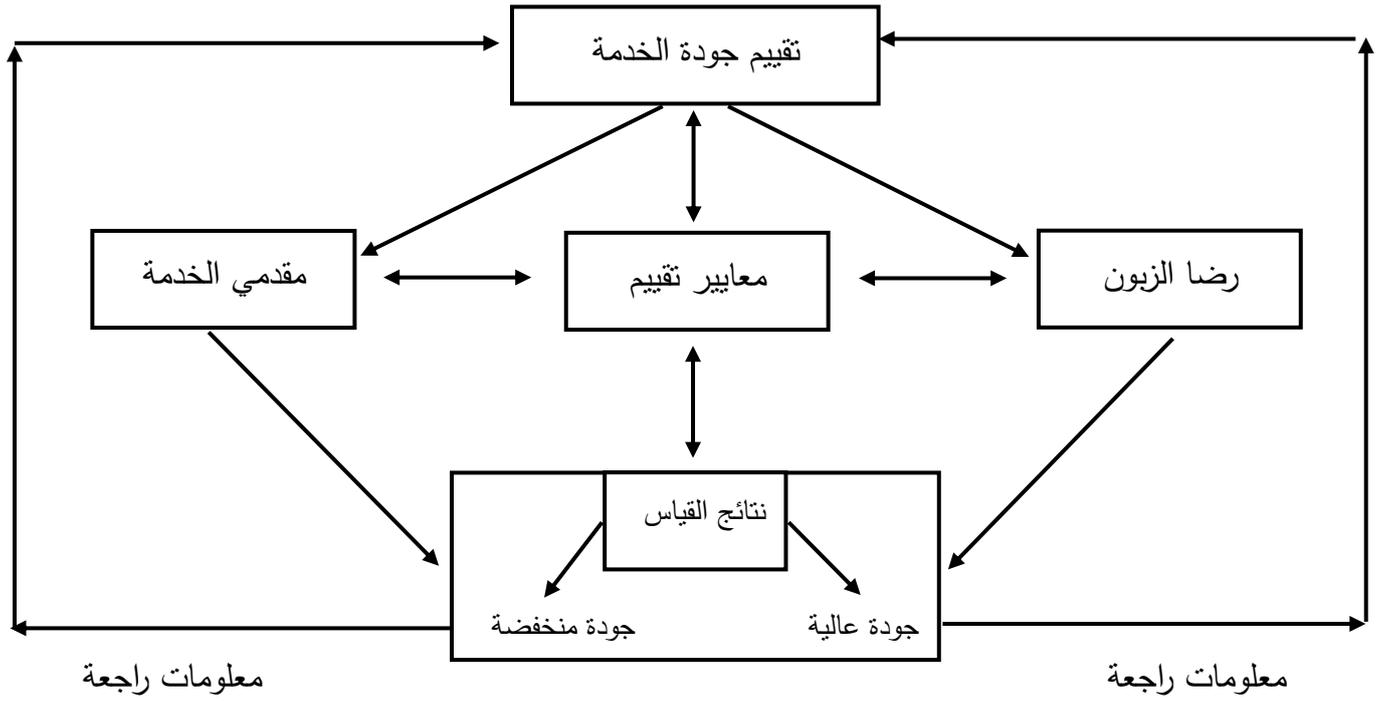
هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل هذه العناصر في التالي:

- اختيار الموقع المناسب للمنظمة الصحية وذلك بان يكون قريبا من المرضى الحاليين والمتوقعين وسهل الوصول اليه، وان يكن بيئة صحية ملائمة تتوافر فيه المرافق الأساسية كالطرق والمياه.
- تصميم مبنى المستشفى أو المركز الصحي بالطريقة المناسبة مع مراعات المساحات المناسبة للمرور وحرية الحركة والتصميم الجمالي من الداخل والخارج.
- تجهيز المستشفى بكل المعدات والأجهزة طبقا للمواصفات والنظم المعمول بها في مختلف المنظمات الصحية.

¹سيد احمد حاج عيسى، أثر تدريب الافراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية، رسالة دكتوراه، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2012، ص 78.

- تصميم وتحديد الهياكل التنظيمية المناسبة، وتحديد السلطات والمسؤوليات بما يسمح بتحقيق الأهداف المرجوة.¹
- تحليل توقعات الزبون (الجودة المتوقعة، الجودة المدركة، الجودة المعيارية).²

الشكل رقم (1-8) نموذج لتقييم جودة الخدمة



المصدر: عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 89.

¹د. محمد فلاق، د. اسحاق خريشي، أ. سميرة أحلام حدو، مرجع سابق، ص 625.

²د. بديسي فهيمة، أ. زويوش بلال، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة قسنطينة، الجزائر، العدد 07، 2011، ص 144.

خلاصة الفصل الأول:

في هذا الفصل تم التركيز على مختلف الجوانب النظرية في جودة الخدمات الصحية فقد تعرفنا في البداية على النظام الصحي الجزائري وتطوره التاريخي واهم المعوقات التي يواجهها مرورا إلى تقييم أدائه، ثم تناولنا المؤسسات الصحية بأنواعها ووظائفها وأهدافها وصولا إلى تقييم أدائها، وفي الأخير تعرفنا على جودة الخدمات الصحية بما في ذلك خصائصها وأهدافها وابعادها، كما وجدنا انه توجد عدة طرق لقياس الجودة منها من يهتم فقط بملامح محددة من الخرجات أو الهيكل اما الطريقة الحديثة فقد اهتمت بكل المؤسسة وبكل مستوياتها وعناصرها ونظرا لان الخدمات الصحية كباقي الخدمات قد يصعب قياسها من اجل معرفة موطن الخلل والنقص في الجودة ويهدف كسب رضى وثقة المريض بالدرجة الأولى وذلك لاعتباره الحكم الأساسي على جودة الخدمات المقدمة، ومن اجل وصول المؤسسة لمستوى الجودة المرجوة من قبل المريض يتم السعي لتحسين وتعديل الخدمات المقدمة في ضل تطبيق إدارة الجودة الشاملة وهذا ما سنحاول توضيحه في الفصل الثاني من خلال ربط جودة الخدمة الصحية بإدارة الجودة الشاملة.

**الفصل الثاني: الإطار
النظري لإدارة الجودة
الشاملة**

تمهيد:

يشهد العالم منذ سنوات تعاضم حدوث تحولات وتطورات هامة ومتعدد شملت جل الميادين والتي هي في الواقع افرزات ونتائج لأثار ظاهرة عظيمة سميت في الادبيات المعاصرة بظاهرة العولمة ذات الابعاد المتعددة السياسية الاقتصادية والتكنولوجية والثقافية وغيرها.

إن ظهور إدارة الجودة الشاملة حديث قد بدا فعلا خلال النصف الثاني من القرن العشرين وعلى الرغم من نشأته الامريكية الا ان تطبيقه كان في اليابان وقد بظا هذا النوع من الإدارة في القطاع الخاص لكن سرعان ما امتدت النظرة لتصل إلى جودة الخدمات العامة التي تقدم للمواطن والمستفيد. سواء قامت بأداء تلك الخدمات مؤسسات خاصة ام جهات حكومية وذلك من منطلق ان إدارة الجودة الشاملة قد اضحى ضرورة وهي مدخل متكامل يهدف إلى تطوير شامل ومستمر يشمل كافة مراحل الأداء وشكل مسؤولية تضامنية لإدارة العليا والإدارات والاقسام وفرق العمل والافراد سعيا لإشباع حاجات وتوقعات المستهلك.

يشهد قطاع الخدمات تحول في التوجه نحو الجودة بسبب التغير الحاصل في تفضيلات الزبائن، والتطور المعرفي والتكنولوجي الذي يشهده مما أدى إلى المطالبة بخدمات تلبى وتتعدى احتياجات وتوقعات الزبائن ولا يمكن التحدث عن التنمية سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية ما لم يتمتع المورد البشري الذي هو منطلق التنمية وغايتها بالصحة الجيدة اذ يمثل أساسها وعاملها المحوري، لذلك تعد الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي من اهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع كون تحسين الخدمات الصحية له فوائده الاقتصادية والاجتماعية على جميع شرائح المجتمع، من هذا المنطلق سعت العديد من الدول لإدخال مجموعة اصلاحات كان هدفها الأساسي تحسين أداء النظام الصحي في ضل تغير تفضيلات واحتياجات الزبائن وزيادة وعيهم واهتمامهم المتزايد بالجودة حيث كان التطور التقني السريع الذي تشهده العلوم الطبية يشكل ضغوطا وقوة دفع لبناء نظام يتأكد من خلاله المرضى ان المنظمات الصحية قد تحولت فعلا إلى منظمات اكثر استجابة لمتطلباتهم واقل تعقيدا واحسن أداء لرسالتها الإنسانية قبل كل شيء تهدف لتحسين جودة الخدمات الصحية.

من خلال هذا الفصل سنتطرق للمباحث التالية:

- المبحث الأول: نشأت وتطور مفهوم الجودة.
- المبحث الثاني: مدخل عام لإدارة الجودة الشاملة.
- المبحث الثالث: ادارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.

المبحث الأول: نشأت وتطور مفهوم الجودة

سنتناول في هذا المبحث نشأة الجودة تطور مفهومها ثم نتطرق إلى حلقات ضبط الجودة، اهدافها وآلية عملها ومتطلبات نجاحها ثم نتناول تكاليف الجودة واهميتها وصولاً إلى أدوات الجودة.

المطلب الأول: الجودة وتطور مفهومها

في هذا التحليل سنتطرق إلى مفهوم الجودة ثم إلى الخلفية التاريخية للجودة وفقاً لتطورها الزمني وما تتضمنه من مراحل.

أولاً: مفهوم الجودة¹

تعددت وتباينت التعريفات التي أوردها الباحثون والمهتمون بموضوع الجودة ونتناول تقسيم آخر:

أ - الجودة: درجة التفضيل SUPERLATIVE فالجودة تعني لمعظم الناس التفضيل لذلك تعد سيارة الجودة، و كذلك ساعة رولكس فهي ساعة الجودة ... الخ.

ب - الجودة: المطابقة للاستعمال FITNESS FOR USE

تعرف الجودة بانها « ملائمة للاستعمال"، وذلك لأهمية الجودة في تصميم الإنتاجية، من حيث المستلزمات الضرورية للعمل بما يحقق الأمان للعاملين عند انجز أعمالهم.

ج - الجودة: المطابقة مع المتطلبات CONFORMITY WITH THE REQUIREMENTS

استناداً إلى هذا التعريف فإن تحقيق يتم إذا كان المنتج أو الخدمة يشبع كل المتطلبات المحددة من قبل الزبائن سواء حددت في عقد الشراء أو حددت بموجب المواصفات المعلنة والمحددة أو حددت بموجب قانون أو غير ذلك.

د - الجودة: التركيز على العميل FOCUS A CUSTOMER

¹ محمود عبد الفتاح رضوان، إدارة الجودة الشاملة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، مصر، 2013، ص 14-15.

تتعدد استعمالات مصطلح "الجودة" ومدلولاته في الحياة اليومية. فقد تستعمل للإشارة إلى ما هو ممتاز. ويراهما البعض متحققة في السلع والخدمات مرتفعة السعر، وغائبة عما هو رخيص. وقد تستعمل لوصف السلع التي تحمل خصائص وصفات مرغوب بها أو للدلالة على دقة أداء السلعة للوظيفة المشتراه لأجلها. وقد يترادف استخدامها مع منتجات دولة معينة (مثلا انتاج اليابان) أو شركة معينة.¹

- اما الجودة حسب المعايير اليابانية فهي تعني: "تطور تصميم تصنيع السلع والخدمات الأكثر اقتصاديا والأكثر منفعة والأكثر ارضاء للمستهلك.

- عرفت الجمعية الفرنسية للتقنيين AFNOR على انها: " قدرة مجموعة من الخصائص والمميزات الجوهرية على إرضاء المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من العملاء ".

كما يمكن إعطاء مفهوم الجودة من روادها كما يلي:

- **جوران (Juran)** عرف الجودة بانها: " مدى ملائمة المنتج للاستخدام أي القدرة على تقديم أفضل أداء وصدق صفات ".²

- عرفت المنظمة الدولية للمقاييس وفقا للمواصفات (ISO 8402)، الجودة على انها: " مجموعة من المزايا والخصائص الخاصة بالمنتج أو الخدمة، والتي تساهم في اشباع الرغبات المعلنة أو الكامنة ". ففي هذا التعريف قسمت رغبات المستعملين إلى رغبات معلنة أي يعلمها الزبون قبل عملية الشراء، ورغبات كاملة تتكون لديه بعد عملية الشراء.

- وفي التعريف الحديث نسبيا وفقا للمواصفة (ISO 9000) اصدار 2000، عرفت الجودة بانها عبارة عن " قابلية مجموعة من الخصائص الباطنية لمنتج لإرضاء المتطلبات ".³

¹ د. رعد عبد الله الطائي، د. عيسى قدارة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2008، ص 28.
² يزيد قادة، واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم الجزائرية، دراسة تطبيقية على متوسطات ولاية سعيدة، رسالة الماجستير، تخصص حوكمة الشركات، جامعة تلمسان، 2012، ص 03.
³ نجاة صغيرو، مرجع سابق، ص 25.

ثانياً: التطور التاريخي لمفهوم الجودة¹

مر مفهوم إدارة الجودة بمراحل تاريخية متلاحقة، وذلك منذ فترة ما قبل الثورة الصناعية إلى يومنا هذا. وأهم ما يميز هذه المراحل هي الترابط الموجود فيما بينها، فمراقبة الجودة تتضمن الفحص، وتأكيد الجودة تتضمن مراقبة الجودة، وإدارة الجودة الشاملة تتضمن تأكيد الجودة. ويكون من الأنسب تقسيم مراحل التطور الأربعة السابقة إلى مدخلين لإدارة الجودة أولهما المدخل التقليدي لإدارة الجودة ويتضمن الفحص، ومراقبة الجودة وتأكيد الجودة، والمدخل الثاني إدارة الجودة الشاملة موضحة كالتالي:

1 - السيطرة على الجودة بالفحص²

مما لا شك فيه ان تاريخ الرقابة على الجودة قديم قدم الصناعة ذاتها. فخلال القرون الوسطى كانت مراقبة الجودة تتم، إلى حد كبير، عن طريق الفترات التدريبية الطويلة التي تتطلبها نقابات التجارة والصناعة في ذلك الوقت. وهذا التدريب يغرس في العاملين الفخر بجودة المنتج.

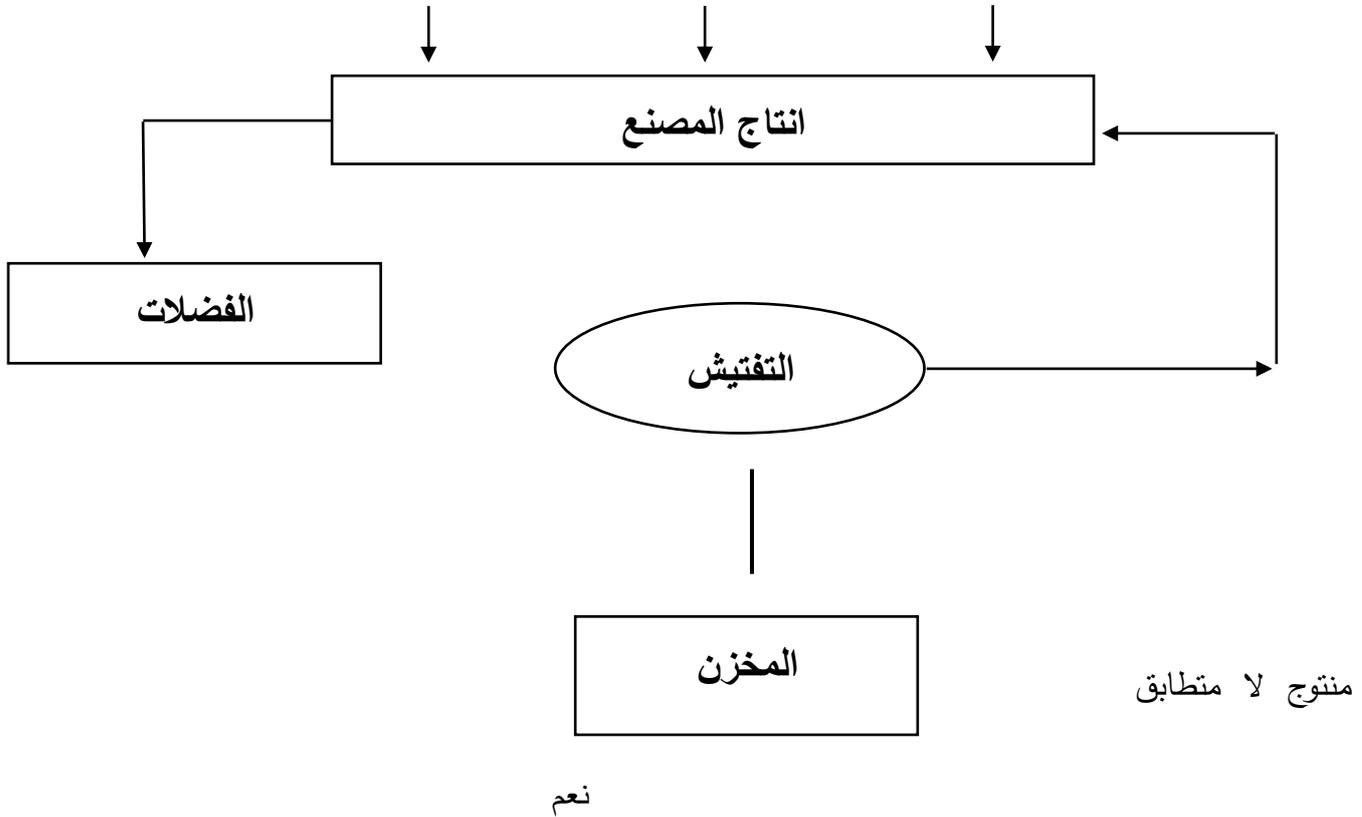
وقد ظهر مفهوم التخصص في العمل اثناء الثورة الصناعية la révolution industriel وطبقاً لذلك لم تعد مهمة العامل عمل منتج بكامله، وإنما يعد جزءاً صغيراً منه فقط وقد أدى هذا التغيير إلى تخفيض الأيدي العاملة، ونظراً لعدم تعقد المنتجات، لم يكن هناك تأثير كبير في الجودة. والواقع نظراً لوجود تحسين في الإنتاجية فقد أدى ذلك إلى انخفاض في التكلفة مما نتج عنه تدن في توقعات المستهلك، ونظراً للتعقيد الذي طرأ على المنتجات والتخصص في الوظائف، أصبح من الضروري فحص المنتج بعد عملية التصنيع.

¹ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 8.

² حريق خديجة، استراتيجية التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة من أجل تحقيق الميزة التنافسية مع دراسة حالة للشركة الوطنية لتوزيع الكهرباء والغاز فرغ الغرب سعيدة، رسالة الماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011، ص 43.

الشكل رقم (1-2): توضيح عملية الفحص / نظام الجودة المبني على أساس الفحص

المدخلات



المصدر: سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 9.

2 - مرحلة الضبط الإحصائي للجودة

كانت الجودة تهدف إلى تقليل نسبة المبيعات (العيب في المنتجات) مستخدمة بالإضافة للمرحلة الأولى تطبيق الأساليب الإحصائية في ضبط الجودة، والتحقق من مطابقة المنتج للمعايير الجيدة، وعلى الرغم من ان مراقبة الجودة أكثر تقدماً من مجرد مدخل الفحص، إلا ان التقدم في إدارة الجودة جعل الاعتماد على مراقبة الجودة غير كاف، بل وغير ملائم بمفرده لتحقيق التحسن المستمر.

3 - مرحلة تأكيد الجودة¹

كان اهتمام تأكيد الجودة كمدخل من مداخل إدارة الجودة أكثر بعدا وعمقا من المداخل السابقة له تاريخيا، فالأول مرة يقدم هذا المدخل مفهوم التكامل والتنسيق بين برامج الإدارة، ولأول مرة أيضا يؤكد ان كافة المستويات الإدارية لابد ان تشارك في تخطيط ومراقبة الجودة وفي هذه المرحلة تم الانتقال من جودة المنتج إلى جودة النظام واسباسه منع وقوع الخطأ، ويجب ملاحظة ان أي مرحلة تالية من المراحل لم تستبعد سابقتها بل استندت إليها ولاكن بمنظور أوسع وأعمق واشمل.

جدول رقم (2-1): دور ضمان الجودة

بالنسبة للإنتاج	بالنسبة للتخزين	بالنسبة للمستعمل/الزبون
دراسة وتحديد أساليب الرقابة المطبقة في الإنتاج.	التقييم عن طريق سحب العينات.	قياس أداء الجودة.
تحديد اهداف الجودة التي يجب بلوغها.	القيام بالتفتيش والاختبارات.	ضمان مستوى الجودة الاعتمادية.
إجازة الإمكانات المعتمدة وقدرات العمال.	اتخاذ قرار الادخال إلى المخزون.	استقبال ومعالجة الشكاوى.
التدقيق في الخطوط الإنتاجية.		

المصدر: جباري فادية، تأثير جودة الخدمة على رضا العميل دراسة حالة الوكالة التابعة للمديرية الجهوية للشركة الجزائرية للتأمينات Saa تلمسان، رسالة ماجستير، تخصص تسويق، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011، ص 15.

¹ بوحولة باديس، أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة المنتجات النفطية دراسة ميدانية في مؤسسة سونطراك - قسم التكرير، رسالة دكتوراه، تخصص إدارة الاعمال، جامعة ورقلة، الجزائر، 2016، ص 7.

4 - مرحلة ادارة الجودة الشاملة¹

بدا مفهوم إدارة الجودة الشاملة يسيطر منذ الثمانينيات من القرن العشرين، هذ بعد بزوغ معالمه بأكثر من عقدين في اليابان وهو يعني نظام شامل للقيادة والتشغيل للمؤسسة ككل ويعتمد أساسا على مشاركة الجميع العاملين واندماجهم، ومن خلال تلك المراحل لتطور مفهوم الجودة يمكننا القول ما يلي:

- 1- ان مفهوم الجودة انتقل من السيطرة على العيوب إلى منع العيوب وهو مبدا (الوقاية خير من العلاج)
- 2- ان مفهوم وضبط الجودة (السيطرة الإحصائية) تدرج من منظور المنتج إلى منظور العميل.
- 3- الانتقال من اهتمام المنتج إلى العمليات.
- 4- دور الإدارة انتقل من الحرفي ورئيس العمال وقسم الجودة في المؤسسة إلى الدور الاستراتيجي للجودة حيث تتولاه الإدارة العليا.

المطلب الثاني: حلقات ضبط الجودة.

يحاول هذا المطلب تناول أسلوب حلقات الجودة من مفهومها، أهدافها، وآلية عملها وصولا إلى متطلبات نجاحها باعتبارها أسلوبا إداريا حديثا يهدف إلى تطوير الجودة وتحسين الإنتاجية.

أولا: مفهوم دوائر الجودة:²

دوائر الجودة تعني مجموعة العاملين تتطور لدراسة وحل مشكلات العمل، وبالتالي فهي وسيلة للتعبير التنظيمي الاختياري من خلال المناقشات والمقترحات التي تهدف إلى رفع الجودة وتحقيق الإنتاجية عن طريق جمع المعلومات وتحديد العلاقات السببية واستخدام الأساليب الكمية وأساليب الابداع والابتكار.

وتمثل دوائر الجودة وحدات عمل ذاتية، تتكون من مجموعة صغيرة من الموظفين من 3 إلى 10 يديرها ويوجهها مشرف أو رئيس الوحدة الذي يقوم بتدريب أعضاء المجموعة على الأساليب الأساسية لحل المشكلات

¹ احمد بن عيشاوي، مرجع سابق، ص 6.

² أ.د.درواش رايح، أ. صبرينة خام الله، دور حلقات الجودة في إنجاح نظام إدارة الجودة الشاملة، مؤتمر دولي: المؤسسة بين الخدمة العمومية وإدارة الموارد البشرية، جامعة البليدة، العدد 03، 2015، ص 320.

وتتصف المجموعة بأنها تطوعية ينظم اليها العاملون في نشاط واحد بشكل اختياري مطابق، وتجتمع المجموعة أسبوعيا أو شهريا.

ثانيا: أهداف حلقات الجودة التي تدعم نظام إدارة الجودة الشاملة¹

وتهدف الى:

- المساهمة في تحسين مستوى الأداء وتطوير المنظمة.
- مراعات الجانب الإنساني، وإقامة ورش عمل مفعمة بالبهجة والغبطة يعطي العمل فيها قيمة ومعنى للحياة.
- الحرص التام على ابراز القدرات الإنسانية.

ويمكن تلخيص أهم الأهداف لدوائر الجودة في الجدول التالي:

جدول رقم (2-2): أهداف دوائر الجودة

الأهداف النوعية	الأهداف المادية (لكمية)
الروح المعنوية	زيادة المنتجات (المخرجات)
الحماس	الحد من التأخر في العمل
التطور الذاتي	معدل الغياب
التقدير المتبادل	عدد المتطوعين للمراكز القيادية
الاتجاهات	رفع معدلات الكفاءة الانتاجية
تحسين علاقات العمل	عدد العروض المقدمة امام الادارة
دعم الإدارة العليا	الجودة وانشاء دوائر الجودة
الاتصالات	شكاوى الزبائن (المستفيدين)
الحد من الصراعات بين الافراد	وفرات التكاليف والاعباء
دعم الإدارة الوسطة	تكاليف إعادة العمل

¹د.رعد عبد الله الطائي، د.عيسى قدارة، مرجع سابق، ص 263،264.

فارق الوقت بين اعتماد الحل وتنفيذه	طلبات تبني أساليب تقنية متقنة
عدد الاجتماعات التي تم عقدها	تحسين مهارة حل المشكلة
الأرباح	الانتماء والولاء التنظيمي
العائد من الاستثمار	جودة واستمرارية الدائرة

المصدر: أ.د.درواش رابح، أ. صبرينة خام الله، دور حلقات الجودة في إنجاح نظام إدارة الجودة الشاملة، مؤتمر دولي: المؤسسة بين الخدمة العمومية وإدارة الموارد البشرية، جامعة البليدة، العدد 03، 2015، ص 320.

ثالثا: الية عمل حلقات الجودة:¹

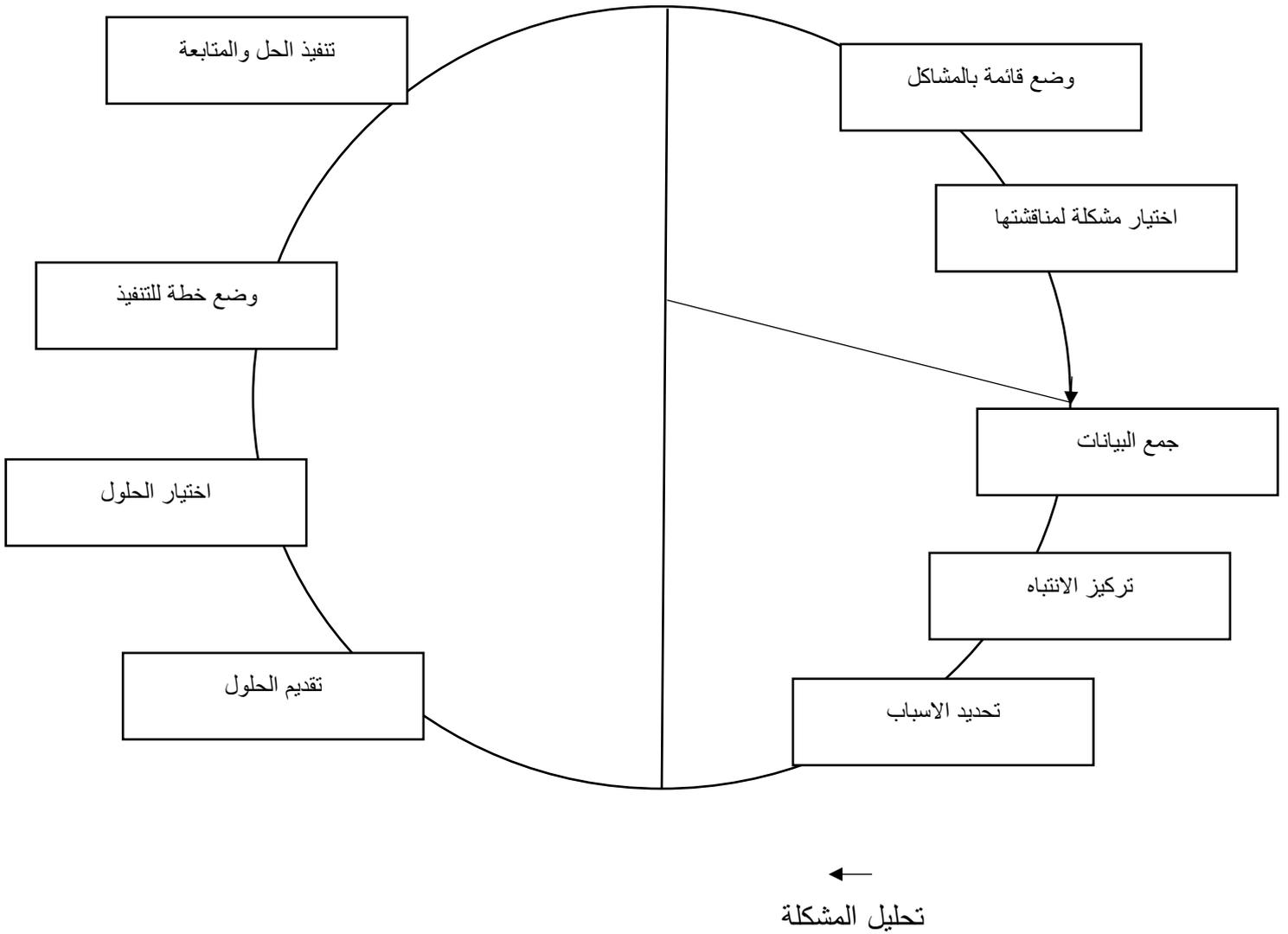
يتفق اغلب الباحثين على ان الية عمل حلقة الجودة تمر بالخطوات التالية:

- **الخطوة الأولى: تحديد المشكلة:** أي تشخيصها، وهذا يتطلب المعرفة الجيدة بحجم المشكلة ودرجة تأثرها وأسباب حدوثها، ففي هذه الخطة يتم وضع اهداف حل المشكلة، فضلا عن ضرورة استخدام الأساليب الكفيلة لتحديد المشكلة، أهمها أسلوب العفص الذهني الذي يعد وسيلة لتنمية القدرات الإبداعية ومهارات أعضاء الفريق لحل المشكلة.
- **الخطورة الثانية: جمع البيانات وتحليلها:** بعد تحديد المشكلة بوضوح، يتم جمع وتصنيف البيانات وتحليلها، وتحديد الأساليب المناسبة لحل المشكلة مثل: تحليل باريتو، مخطط السبب والنتيجة، مخططات السيطرة الإحصائية...
- **الخطوة الثالثة: تحديد البدائل الممكنة لحل المشكلة:** ففي هذه الخطوة، يتم تحديد الحلول أو مسارات العمل التي تساعد في حل المشكلة وبلوغ الهدف المحدد في المرحلة الأولى، ويفترض توفر بديلين على الأقل قبل اتخاذ القرار.
- **الخطوة الرابعة: اختيار البديل الأفضل:** من خلال طرح المقترحات المختارة لحل المشكلة اما أعضاء الحلقة لتحدي البديل الأفضل.

¹د.بوعزة عبد القادر، أ.عوماري فاطمة، دور حلقات الجودة في تنمية القدرات الإبداعية لحل مشكلات المنظمات (دراسة ميدانية بمؤسسة تمسلقوت لصناعة الاتاييب بولاية ادرار)، مجلة البشائر الاقتصادية، جامعة أدرار، الجزائر، 2018، ص 291.

- الخطوة الخامسة: تنفيذ الحل ومراقبته: يقوم الفريق بتنفيذ الحل الأفضل مع ضرورة المراقبة؛ وذلك من خلال جمع البيانات وتحليلها لمعرفة مدى تطابقها مع الأهداف المطلوب تحقيقها لحل المشكلة، فإذا كانت البيانات غير متطابقة فيجب على الفريق تقييم البدائل واختيار بديل آخر لحل المشكلة.

شكل رقم (2-2): طريقة عمل حلقات الجودة



المصدر: أ.خير الدين جمعة، أ. حسيني ابتسام، حلقات تحسين الجودة في المؤسسة-تجارب بعض الدول، مجلة ابحاث اقتصادية وادارية، جامعة بسكرة، الجزائر، العدد 09، 2011، ص 126.

رابعاً: متطلبات نجاح حلقات الجودة¹

يرتبط نجاح وفشل أسلوب حلقات الجودة في المنظمات بمجموعة من العوامل، بعضها يرتبط بالإدارة وبعضها الآخر يرتبط بالعاملين، فيما يلي أهم متطلبات نجاح هذا الأسلوب:

جدول رقم (2-3): متطلبات نجاح حلقات الجودة

المتطلبات المرتبطة بالعاملين	المتطلبات المرتبطة بالإدارة
<ul style="list-style-type: none"> -استيعاب كل فرد لطبيعة التزامه مع المجموعة وفي مرحلة مبكرة قبل تنفيذ البرنامج. -اعلام الإدارة الوسطى (والنقابة) بكل تفاصيل برنامج حلقات الجودة. -التأكيد على الرغبة الفردية والمشاركة التطوعية. -اختيار أوقات ملائمة لاجتماعات حلقات الجودة. -الاجتماعات يجب ان تكون محصلتها نتائج. 	<ul style="list-style-type: none"> -تحديد اهداف واضحة لنشاط حلقات الجودة. -دعم الإدارة في مختلف مستوياتها التنظيمية لعمل حلقات الجودة، والتنسيق معها. -التزام الإدارة بتوفير الوقت المناسب للالتقاء بأعضاء حلقات الجودة أو بممثلين عنهم. -اهتمام الإدارة بنتائج حلقات الجودة واعطائهم الفرصة لتطبيقها. -التدريب الدائم لأعضاء حلقات الجودة على أساليب تشخيص وتحليل المشاكل موضع التنفيذ

المصدر: د. زراولة رفيق، إدارة المعرفة كمدخل استراتيجي لتطبيق أسلوب حلقات الجودة في المنظمات: مساهمة نظرية، مجلة حوليات جامعة قلمة للعلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة قلمة، الجزائر، العدد 14، 2016، ص 268.

ويمكن تلخيص أهم العوائق التي تواجه حلقات الجودة في:

¹د. هيو كوش، إدارة الجودة الشاملة (تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، إدارة الطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة، المملكة المتحدة، 1992، ص 498.

- عدم كفاية دعم أو مساندة الإدارة العليا لأعمال فرق تحسين الجودة
- تنمية مهارات أعضاء فريق تحسين الجودة تعد غير كافية، للقيام بالواجبات المنوطة بهم.
- أما أهم الحلول فيمكن تلخيصها في:
- مساندة وتشجيع المديرين لتفعيل اعمالها
- عمل دورات وحلقات تدريبية لفرق تحسين الجودة.

المطلب الثالث: تكاليف الجودة

أولاً: تعريف تكاليف الجودة¹

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

عرف تكاليف الجودة بتعاريف مختلفة:

-عرفت تكاليف الجودة بأنها" التكاليف المتعلقة بمنع انتاج المنتجات المعيبة أو اكتشاف وتصحيح المنتجات المعيبة"

عرفت تكلفة الجودة حسب المواصفات البريطانية BS 6143 بأنها" التكلفة من أجل تأكيد وضمان الجودة، بالإضافة إلى الفقدان والخسارة الحاصلة عند عدم انجاز أو الحصول على الجودة.

يقصد بها تلك: "التكاليف المتعلقة بمنع انتاج المنتجات المعيبة أو اكتشاف المنتجات المعيبة."²

إذا "هناك علاقة مهمة بين مستوى الجودة وانخفاض التكاليف وبالتالي زيادة الإنتاج المتحقق بإنتاج منتجات على مستوى عالي من الجودة يؤدي إلى زيادة الأرباح بطرق مختلفة همنا تخفيض التكاليف وان من الأساليب الحديثة لإدارة التكاليف هو استعمال أساس الأنشطة.³

¹ كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 112.

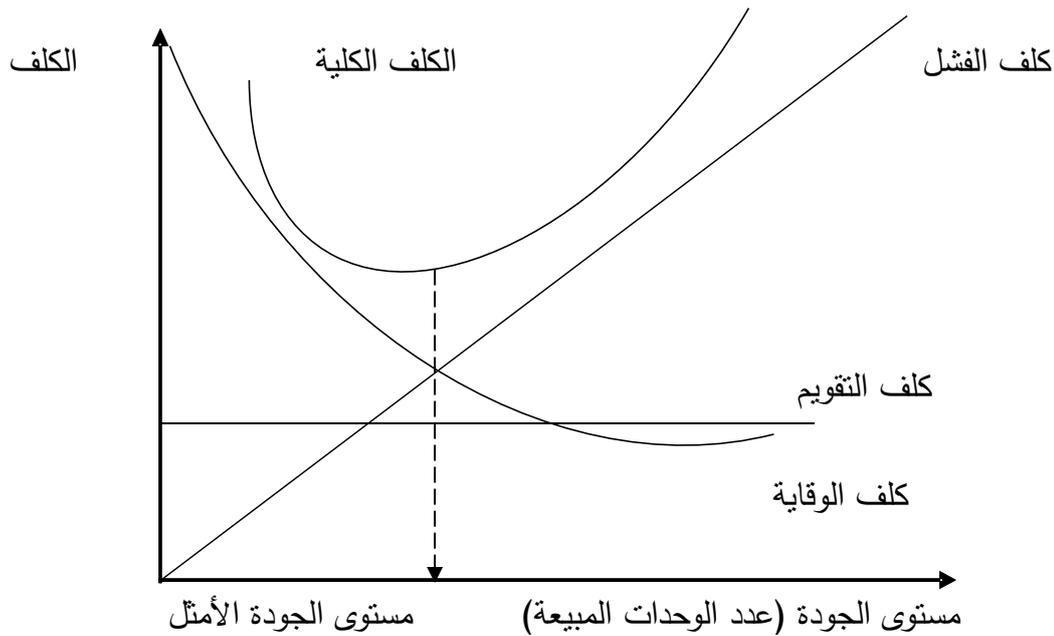
² محمد الهلة، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، رسالة دكتوراه، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة ورقلة، الجزائر، 2017، ص 08.

³ د. علاء جاسم سلمان، مازن كامل علوان، دور تحديد تكاليف الجودة على أساس الأنشطة في تحسين جودة المنتجات بالتطبيق في شركة مصافي الوسط، مجلة كلية الرافدين الجامعة للعلوم، جامعة بغداد، العدد 35، 2015، ص 85.

ثانيا: النظرة التقليدية والنظرة الحديثة لتكاليف الجودة:¹

يعد قياس تكاليف الجودة من أهم الجوانب المرتبطة بإدارة الجودة أو أي من برامجها، ففي ظل النظرة التقليدية، فإن هناك عدد أمثل من المبيعات الذي يجعل تكاليف الجودة الاجمالية بأصنافها الأربع المشار إليها سابقا اقل ما يمكن، حيث تتزايد تكاليف التقويم والمنع (الوقاية) مع تناقص عدد المبيعات والعكس بالعكس، وفي نفس الوقت فإن تكاليف الفشل تتزايد مع تزايد المبيعات، ويتحقق العدد الأمثل للمبيعات في المستوى الذي يحقق أقل ما يمكن من تكاليف الجودة الاجمالية. أما النظرة الحديثة فإنها تختلف عن النظرة التقليدية في أن تكاليف التقويم والمنع (الوقاية) ينبغي أن لا تزداد من أجل تخفيض المعيب وبالتالي ليست هناك عملية مبادلة بين تكاليف المعيب وتكاليف تقادي العيوب.

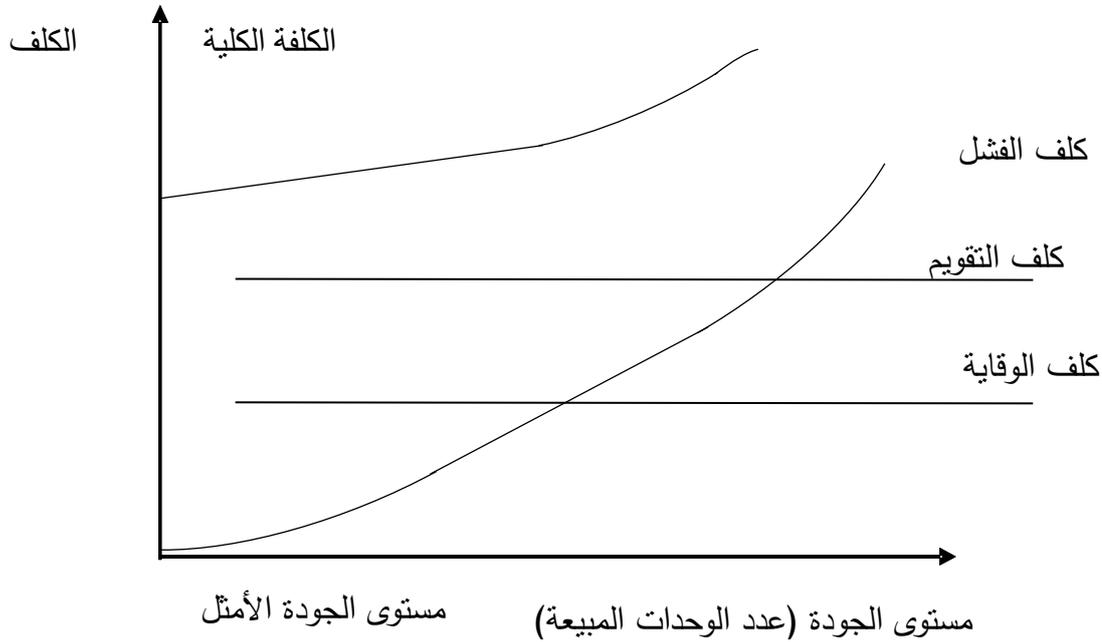
شكل رقم (2-3): العلاقة بين مستوى الجودة وكلف الجودة أ - النظرة التقليدية



المصدر: د. رعد عبد الله الطائي، مرجع سابق، ص 43.

¹شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية)، رسالة دكتوراه، تخصص مناجمت المنظمات، جامعة بسكرة، 2017، ص 29.

شكل رقم (2-4): العلاقة بين مستوى الجودة وكلف الجودة ب - النظرة الحديثة



المصدر: د. رعد عبد الله الطائي، مرجع سابق، ص 43.

ثالثاً: أنواع تكاليف الجودة

1 - تكاليف الوقاية:¹

وتشمل كافة الأنشطة المصممة لمنع وقوع الأخطاء

Yochio Kondo, La maîtrise de la qualité dans l'entreprise, Econmica, Paris, 1997, p121

وتشمل هذه المجموعة على:

- كلف تخطيط الجودة quality planning costs وهي تلك النفقات الموجهة على عمليات تطوير وتنفيذ برامج إدارة الجودة.
- كلف تصميم المنتج Product design costs وهي تلك النفقات الموجهة على تحقيق التصميم الجيد والخال من العيوب بالإضافة إلى تحديد خواص عملية السيطرة على الجودة.

د. عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الاردن، 2008، ص 56-57.¹

- كلف العمليات process costs وهي تلك الكلف المتعلقة بالعمليات التي تهدف إلى جعل الفعاليات الإنتاجية مطابقة لمواصفات الجودة المحددة مسبقاً.

- كلف التدريب training costs وهي كلف تطوير العاملين اعداد البرامج التدريبية لكافة العاملين.

- كلف المعلومات information costs وهي كلف بناء نظام المعلومات وادامته ذات الصلة بإدارة الجودة

2 - تكاليف التقييم Appraisal cost:¹ هي التكاليف التي تصرف على عمليات الاختبار والفحص لتقييم مستوى جودة المنتج وتحديد المشاكل الموجودة في العملية الإنتاجية. وهي تلك التكاليف المرتبطة بالقياس، وتقييم التدقيق وفحص المنتجات أو المواد للتأكد من توافقها لمتطلبات الجودة أو المعايير والمواصفات المتبعة، فهي القيمة لأي جهد مبذول لإيجاد وتحديد دقة الموافقة لمواصفات الجودة خلال الإنتاج لأول مرة.

3 - تكاليف الفشل الداخلي:² تتعلق بالفشل في توفير الخدمة المناسبة للمريض أو العميل الداخلي قبل حصولهم على الخدمة (ضياح السجلات الطبية الذي يقود إلى إلغاء مواعيد مرضى العيادات الخارجية مثلاً).

4 - تكاليف الفشل الخارجي:³ هي الكلف الناجمة عن الفشل، في بلوغ معايير جودة التصميم، الجاري اكتشافه بعد تسليم المنتج إلى الزبائن. وتشمل الكلف التالية:

- 1- كلف الإصلاح الخدمة: وتشمل كلف الإصلاح للمنتجات المعاد أو تلك المعابة لدى الزبون.
- 2- كلف الضمان: وتشمل كلفة استبدال المنتج في ظل التعهدات الواردة في الضمان.
- 3- كلف الشكاوى: وتشمل كل الكلف المرتبطة بالتعامل مع الشكاوى الزبائن الناجمة عن فشل المنتج.
- 4- كلف المردودات: وتشمل الكلف المرتبطة على التعامل البحث عن المنتجات المرفوضة من الزبائن.
- 5- كلف المسؤولية القانونية: وتشمل الكلف الناجمة عن المسؤولية القانونية عن المنتج أو الدعاوى.
- 6- فقدان السمعة: وتشمل الكلف الناجمة عن التأثير السلبي على سمعة وصورة المنظمة لدى الزبائن وما يترتب عليه من فقدان لمبيعات مستقبلية محتملة.

¹د.غالب محمود سنجق، د.موسى احمد خير الدين، مرجع سابق، ص 323.

²د.هيو كوش، مرجع سابق، ص 223.

³د. رعد عبد الله الطائي، د. عيسى قداد، مرجع سابق، ص 41، 42.

رابعاً: أهمية تكاليف الجودة¹

يمكن اختصار تكاليف الجودة في الأمور الآتية:

- 1- التميز على المستوى العالي: أكد معهد المحاسبين الإداريين الأمريكي IMA في دراسة له ان المؤسسات التي تهتم بإدارة تكلفة الجودة والمحاسبة عنها لديها ميزة تنافسية عن غيرها من المؤسسات.
- 2- كبر حجم التكاليف المتعلقة بالجودة: اذ قدرت الدراسات ان هذه التكاليف تمثل نسبة 10 إلى 25 بالمائة من قيمة المبيعات الاجمالية للمنظمات.
- 3- تستعمل الإدارة في مساعيها لتحسين الجودة ورضا الزبون والحصة السوقية وتحسين الربح تكاليف الجودة كقاسم مشترك اقتصادي.
- 4- تستعمل المقاييس المالية لتكاليف الجودة كأساس عام لتقييم المبادلات بين تكاليف الوقاية والفشل.

المطلب الرابع: أدوات الجودة²

إن أدوات الجودة هي الأدوات التي تستعمل لقياس درجات الجودة والتي تسمح باكتشاف الأخطاء وتصنيف المعطيات وتحليل الأسباب واتخاذ الإجراءات من أجل التصحيح وتطبيق التحسينات ووضع المؤشرات لقياس الإنتاج. وغيره من تلك الإجراءات التي تساعد فرق العمل ومجلس الجودة ومنسق الجودة وكل الاطراف المعنية بتطبيق ادارة الجودة الشاملة بالمؤسسة على النحو الصحيح. ولقد تم تطوير العديد من الأدوات لهذا الغرض ومن بين اهماه ما يلي:

أولاً: إستمارة التأكد

أداة لتسجيل وجمع البيانات الخاصة بوقوع احداث معينة (جيدة أو غير جيدة، سلبية أو إيجابية، مرغوب بها ا غير مرغوب بها) لأية عملية تتكرر خلال فترة زمنية، والغرض الرئيسي منها هو التأكد من أن البيانات معت بعناية ودقة، ويجري اتباع الخطوات التالية لاستخدام هذه الأداة:

- تحديد أنواع الاحداث الممكنة لحالة موضوع البحث.

¹بوخلوة باديس، مرجع سابق، ص 85.

²حريق خديجة، مرجع سابق، ص 53.

- تحديد وحدة القياس لكل مشاهدة.

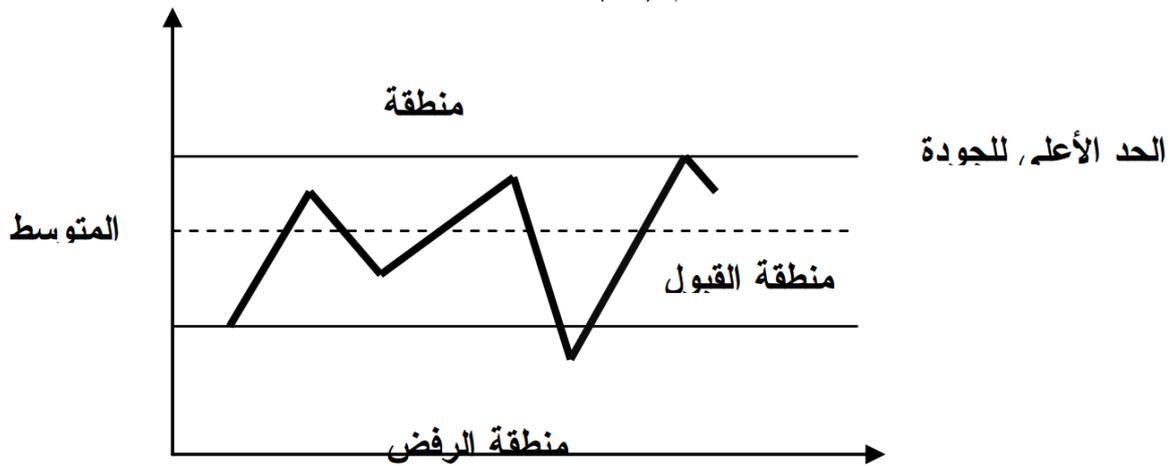
- تحديد توقيتات المشاهدة.

- تصميم شكل الاستمارة واختباره.

ثانياً: خرائط التدفق¹

وهي عبارة عن تمثيل بياني للعملية يوضح العلاقة بين الخطوات المختلفة للعملية وتسلسلها، وتعد من الوسائل الجيدة التي تحدد الأداء عبر الوقت، كما تستخدم لفهم المشكلة وتحليل العلاقة بين الأنشطة المختلفة، حيث يتم تنفيذها عادة باستدعاء ممثلين للإدارة المختصة بالعملية، ثم تحديد العملية المطلوبة وخطواتها الرئيسية، وتمثل الخطوات باستخدام رموز نمطية متفق عليها حتى يتم الانتهاء من تنفيذ كل عملية، وبعد ذلك يتم عمل خرائط تدفق تفصيلية على عمليات مختلفة حسب الحاجة إلى التفصيل.

الشكل رقم (2-5): تخطيط رقابة الجودة



المصدر: أ.خير الدين جمعة، أ.حسيني ابتسام، مرجع سابق، ص 131.

¹بوخلوة باديس، مرجع سابق، ص 29

ثالثا: المدرج التكراري¹

شكل بياني يحتوي مجموعة من المستطيلات يمثل كل منها تكرارا حدوث فئة معينة للمتغير أو خاصية معينة من مجموعة الخصائص (الصفات) المبحوثة فيه، ويستخدم لعرض وتمثيل البيانات المتعلقة بحالة معينة لإعطاء تصور واضح عنها لا يمكن ان تعطيه البيانات الرقمية، يستخدم المحور الافقي في الشكل البياني لتمثيل الفئات (للمتغير) والخصائص اما المحور العمودي فيمثل التكرارات. ويتم اعداد المدرج التكراري لحالة معينة تجري دراستها كما يلي:

1- جمع البيانات عن الحالة المبحوثة ثم تحديد عدد المستطيلات (او الأنشطة) التي سيتم اعتمادها.

2- احسب مجموع التكرارات لكل صفة (او خاصية) أو لكل فئة من فئات البيانات للمتغير.

3- ارسم المستطيل الممثل لكل خاصية أو فئة بحيث يكون عرضه مساويا لطول الفئة وارتفاعه مساويا للتكرارات.

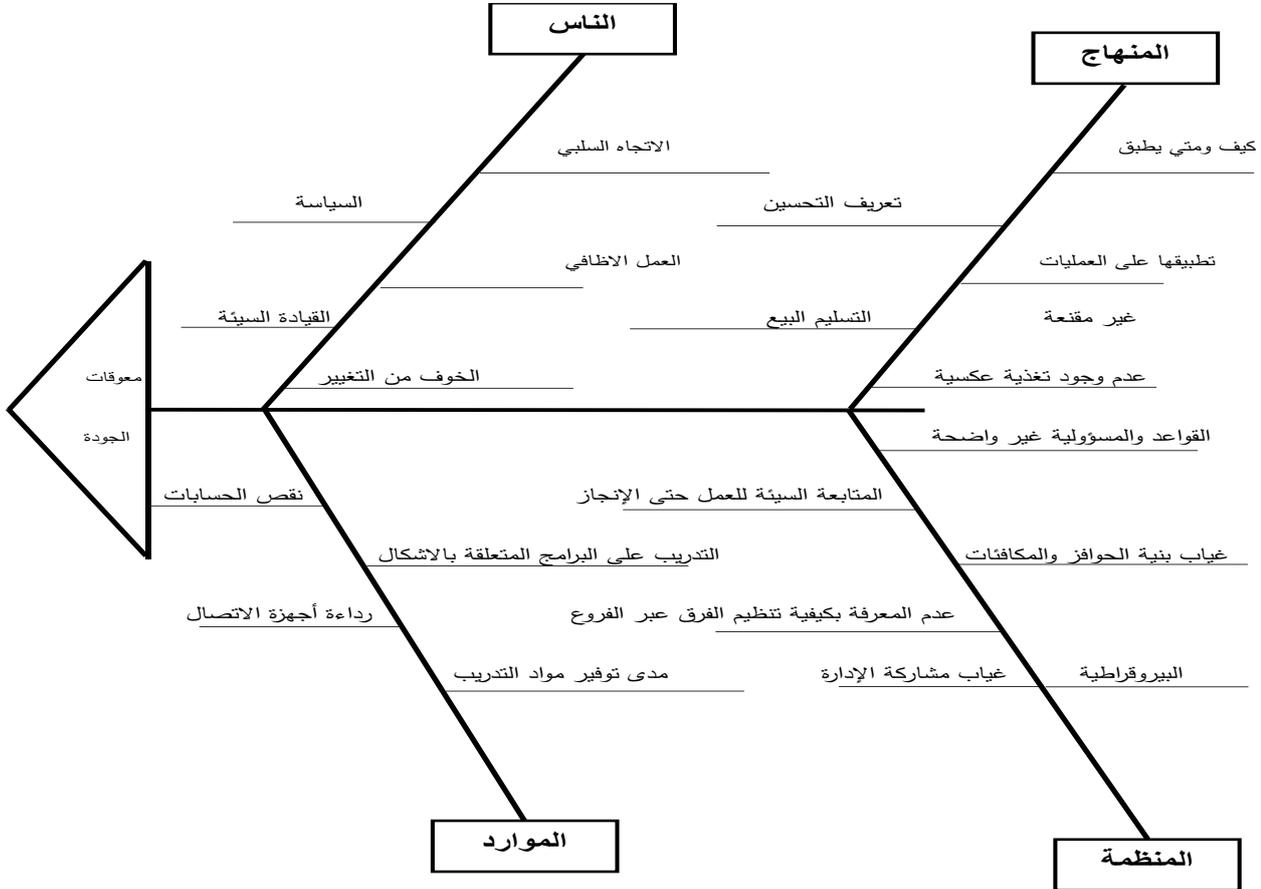
رابعا: العلاقة بين السبب والنتيجة / تحليل عظمة السمكة:²

يتم حاليا استخدام شكل ايشيكاوا ISHIKAWA بصورة واسعة للتقصي عن الأسباب المتعددة التي تؤدي مجتمعة لإنتاج أثر محددة (حسنا كان ام سيئا). ان استخدام النقاش الجماعي وأسلوب عصف الأفكار يسهل الوصول إلى الأفكار الخلاقة والمبدعة باستخدام النموذج في الشكل رقم (2-6) والمسمى بنموذج تحليل عظمة السمكة:

¹ عبد الله الطائي، مرجع سابق، ص 277، 278

² هيوكوش، مرجع سابق، ص 333

الشكل رقم (2-6): مخطط هيكل السمكة



المصدر: بوخلوة باديس، مرجع سابق، ص 30.

خامسا: العصف الذهني¹ BRAINSTORMING

يعتبر العصف الذهني من الأساليب الشائعة لتوليد الأفكار الإبداعية، فهو استخدام قدرة التفكير الجماعي لعدد من الأفراد بهدف اقتراح أفكار إبداعية خلاقة قد لا يتمكن كل منهم من الوصول إليها منفردا، يعتمد على الإبداع الحماس وذلك تطبيقا لفكرة العمل الجماعي التي تستند إلى ان طاقة المجموعة أكبر من مجموعة طاقات أفرادها، ويتم من خلاله فتح باب الاقتراحات وتقبل جميع الآراء وعرضها على جميع الأعضاء للبدء بتحليلها.

¹ريمة أوشن، مرجع سابق، ص 119.

ويعرف العصف الذهني بأنه: "وسيلة للحصول أو توليد أكبر كم من الاقتراحات من جميع أعضاء الحلقة في فترة معينة حول المشكلات التي تعترض نجاح العمل ضمن مجال عملهم".

سادسا: تقنية ستة انحراف معياري "Six sigma"¹

تعتبر "Six sigma" عن مصطلح احصائي الهدف منه قياس مدى انحراف الإنتاج عن القيمة المثلى. والتي ينظر لها على انها تقنية جد متطورة في إدارة الجودة الشاملة تستهدف ما يقرب من الكمال في دقة الالتزام لمعايير الجودة وتجنب الأخطاء في العمليات الإنتاجية، حيث تعني انه "في كل مليون عملية هناك احتمالا للخطأ لا يزيد عن 3.4 من العمليات " بمعنى ان الجودة وفق هذه التقنية ان تسعى الإدارة إلى تخفيض التباين وحالات عدم التطابق في العمليات ومن ثم في المخرجات، بحيث تكون المواصفات المحددة التي تحقق متطلبات المستفيد (العميل) محصورة في المساحة المحددة بستة انحراف معياري.

سابعا: أسلوب تحليل " باريتو (abc) pareto analysis " :²

تحليل "باريتو" أو ما يسمى في الكثير من الأحيان ABC – Analysis، عبارة عن شكل من اشكال المخططات التي تستخدم في تحديد معظم المشاكل ...، وتتلخص فكرة هذا الأسلوب في فصل (او عزل) نسبة قليلة الا انها غاية في الأهمية عن بقية عناصر المشكلة والتي تستند على مفهوم بان (20%) من عدد المفردات تمثل قيمتها (او كلفتها) حوالي (80) من مجموع القيمة الكلية (او الكلف). وتطبيق هذا الأسلوب يحقق فائدة كبيرة في تحليل العوامل المؤثرة على الجودة بهدف احكام السيطرة عليها، وذلك بسبب تأشيرها وتركيزها على المسببات القليلة العدد الا انها ذات الأهمية القصوى التي تؤدي إلى ظهور حالات عدم المطابقة أو الوحدات والمفردات المعابة وترك مسببات الأقل أهمية في بداية الامر.

يستخدم تحليل باريتو لتحديد أولوية حل المشكلات حيث يساعد الإدارة على التركيز على المشكلات التي لها أهمية نسبية أكبر وحلها³

¹ احمد بن عيشاوي، مرجع سابق، ص 39.

² عبد الستار العلي، مرجع سابق، ص 131

³ Henri Hosotani, Le guide qualité de résolution de problème, édition Dunod, Paris, 1997, P 129

المبحث الثاني: مدخل عام لإدارة الجودة الشاملة

لقد تزايد اهتمام المؤسسات بمفهوم الجودة في الآونة الأخيرة هذا لما لها من تأثير على نجاحها أو فشلها وما توفره الجودة من تخفيض للتكاليف وتحسين في نوعية السلع والخدمات في ظل عالم يشهد فيه التنافس نحو كسب اتباع استراتيجية تسمح بكسب مكانة سوقية والحفاظ على النجاح والاستمرارية في بيئة متغيرة يصعب التعامل معها، هذا ما دفع بالمنظمات إلى تبني مفهوم الجودة ولدفع بجهودها نحو تحسين جودة منتجاتها وخدماتها.

المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة (الأهمية والأهداف)¹

لعل مفهوم إدارة الجودة الشاملة من أحد المفاهيم التي يصعب على الباحثين الاتفاق على تعريف واحد، كون ان كل باحث قد يعرفها من زاويته الخاصة ومن وجهة نظره الا ان كل التعاريف قد تشترك في اهم اجزاء تعريفها ولا يخرج عن كونه يفسر كل ابعادها ومبادئها الأساسية، ويمكن عرض جملة من التعاريف أهمها:

أولاً: مفهوم إدارة الجودة الشاملة²

لقد أصبح مفهوم إدارة الجودة الشاملة (TQM) يحمل معان كثيرة بالنسبة للباحثين، حيث ان لكل باحث في هذا المجال مصطلحاته الخاصة بهذا المفهوم.

ويمكن تعريف إدارة الجودة الشاملة على انها: " نظام متكامل موجه نحو تحقيق احتياجات المستهلكين وإعطاء صلاحيات أكبر للموظفين تساعدهم في اتخاذ القرار، والتأكيد على التحسين المستمر لعمليات انتاج السلع والخدمات.

ويرى فيليب كروسبي Crosby بانها: الطريقة المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقاً، كما انها الأسلوب الأمثل الذي يساعد على منع وتجنب حدوث المشكلات.

¹د.محمد عوض الترتوري، د. اغادير عرفات جويحات، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات"، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الاردن، 2006، ص 29.

²د. بودية بشير، مرجع سابق، ص 168.

تعتبر إدارة الجودة الشاملة طريقة حديثة لإدارة المؤسسة وهي مبنية على تعاون كل أقسام المؤسسة لتحسين الحفاظ على جودة المنتج وباقل تكلفة من أجل إرضاء العميل.¹

– تعريف W.Edwards Deming²

عرف **وليم ادوارد ديمينج** إدارة الجودة الشاملة بأنها طريقة لإدارة المنظمة، تهدف إلى تحقيق التعاون والمشاركة المستمرة من العاملين بالمنظمة من أجل تحسين السلعة أو الخدمة والأنشطة التي تحقق رضا العملاء وسعادة العاملين ومتطلبات المجتمع.

ويمكن تعريف إدارة الجودة الشاملة³ 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.

ويمكن القول بأن إدارة الجودة الشاملة تمثل بصفة عامة فلسفة إدارية مبنية على أساس رضا المستفيد، وهي بذلك تضمن التصميم المتفق للمنتجات المقدمة من المؤسسة.

ومن وجهة نظر **(CROSBY)**⁴ فإن إدارة الجودة الشاملة هي الطريقة المنهجية للمنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقاً، وهي الأسلوب الأمثل لمنع وتجنب المشكلات من خلال التشجيع على السلوكيات الجيدة والاستخدام الأمثل لأساليب التحكم

و يتضح بأن نظام إدارة الجودة الشاملة (TQM) عبارة عن توليفة (أو تركيبة) الفلسفة الإدارية الشاملة مع مجموعة من الأدوات والمداخل ولأغراض التطبيق. وتعتمد هذه الفلسفة على المبادئ الأساسية الثلاثة وهي⁵:

أ – التركيز على رضا الزبائن افراد ومنظمات من المخرجات الملموسة وغير الملموسة.

ب – المساهمة الجماعية وفرق العمل.

ج – التحسينات المستمرة على نوعية العمليات والمخرجات.

¹ K.Ishikawa, *Manuel pratique de gestion*, Afnor, Paris, 1986, p : 10.

² مدحت أبو النصر، مرجع سابق، ص 64.

³ محمد عوض الترتوري، د.اغدير عرفات جويحات، مرجع سابق، ص 29.

⁴ بوخلوة باديس، مرجع سابق، ص 9.

⁵ عبد الستار العلي، مرجع سابق، ص 23.

يتضح من التعاريف السابقة انه على الرغم من اختلاف وجهات نظر الباحثين حول إعطاء مفهوم واضح وموحد لإدارة الجودة الشاملة الا ان هناك تقارب توجهين حددا انها فلسفة ونظام اداري متكامل يركز على احداث تغييرات جذرية وتدرجية على مختلف مستويات المنظمة وثقافتها ونظم اجراء الاعمال، من أجل تحسين العمليات في كل انحاء المنظمة للوصول بها إلى اعلى جودة.¹

ثانيا: أهمية إدارة الجودة الشاملة²

ترجع أهمية إدارة الجودة الشاملة إلى كونها تدخل في العديد من الظواهر الإنتاجية والخدمة التي تهدف إلى تحقيق اهداف المنظمات الأساسية في تطوير ابعادها والسير في ميادين سبل تحسينها، فإدارة الجودة الشاملة تعد بمثابة استراتيجية وقائية تحل محل تكرار أداء العمل مرة ثانية، ومقاومة الحرائق وإدارة الازمات بأسلوب علمي في التخطيط والتنسيق والرقابة، فالجودة الشاملة عبارة عن مجموعة من المبادئ التي يتم ترسيخها في المنظمة وتنعكس بالتالي على منتجاتها وتجعلها قادرة على المنافسة.

أ - أهمية إدارة الجودة الشاملة بالنسبة للزبون³: أصبح الزبون في الوقت الحاضر يؤكد ضرورة توفر الجودة في المنتجات والخدمات عند اتخاذه قرار الشراء، فقد يعزف الزبائن عن شراء السلع المحلية رغم انخفاض أسعارها ويرغبون بالمنتجات الأجنبية لارتفاع مستوى الجودة فيها وانخفاضه في السلع المحلية، فالزبون الأمريكي مثلا يفضل العديد من السلع اليابانية لاسيما السيارات والالكترونيات على مثيلاتها من السلع الامريكية. ولعل ضرورة توفر مطلب الجودة في السلع والخدمات المقدمة للزبائن، هو السبب في ظهور جمعيات متخصصة لحماية الزبائن وارشادهم إلى السلع والخدمات الأكثر جودة وامنا.

الجودة تؤدي إلى تحقيق رضا المستهلك وتقديم الأفضل من السلع والخدمات وتغيير سلوكيات افراد المؤسسة تجاه مفهوم الجودة.⁴

¹ريمة اوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، رسالة دكتوراه، تخصص تدبير المنظمات جامعة باتنة، الجزائر، 2018، ص 23.

² محمد فلاق، د. إسحاق خرشي، أ. سميرة أحلام حدو، مرجع سابق، ص 622.

³ رابح قميحة، أ. محمد شرايطية، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين أداء الإدارات العمومية، مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات، الجزائر، العدد 01، 2013، ص 179.

⁴ محمد عوض الترتوري، د. اغادير عرفات جويحات، مرجع سابق، ص 38.

ب- أهمية إدارة الجودة الشاملة بالنسبة إلى المنظمة المنتجة¹: تظهر أهمية توفر الجودة في السلع والخدمات بالنسبة إلى المنظمة المنتجة، من خلال الاستخدام الهادف لإدارة الجودة الشاملة في تحقيق العديد من افاق النجاح المتمثلة فيما يلي:

- تقليص شكاوى الزبائن من خلال الفهم الكامل لحاجاتهم ورغباتهم والعمل على تحقيقها.
- رفع مستوى الرضا الوظيفي لدى العاملين وتنمية روح الفريق والعمل الجماعي لديهم.
- العمل على تحسين وتطوير طرق وأساليب العمل.
- زيادة كفاءة المنظمة في تحقيق رضا الزبائن من خلال تقديم منتجات ذات جودة مقبولة.
- تخفيض التكلفة وزيادة الربحية.²
- ارضا المستهلك، وتحقيق ميزة تنافسية.
- زيادة الوقت المقرر للعمليات، وزيادة عمليات المراقبة.
- زيادة عدد الاجتماعات بين الإدارة والعاملين، إضافة إلى كثرة حالات القاء اللوم على الآخرين.

جدول رقم (2-4): الفروق الأساسية بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة

البند	الإدارة	المنظمات التقليدية	إدارة الجودة الشاملة
الهدف الاساسي	أرباح قصيرة المدى	تلبية توقعات الزبائن	
الموظفون	مورد باهض الثمن	موجودات استراتيجية	
الجودة	التعامل مع الجودة كتكلفة	التعامل مع الجودة كريح	
هدف الإدارة	النتائج	تحسين العمليات والنتائج	
الاسلوب	تقليل التكلفة	تحسين الجودة (المحافظة على الزبائن وزيادة عددهم)	

المصدر : بوخلوة باديس، مرجع سابق، ص 10.

¹أ. رابح قميحة، أ. محمد شرايطية، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين أداء الإدارات العمومية، مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات، الجزائر، العدد 01، 2013، ص 179.

²محمد الهلة، مرجع سابق، ص 14.

ثالثاً: اهداف إدارة الجودة الشاملة¹:

- تهدف إدارة الجودة الشاملة إلى تطوير جودة المنتجات أو الخدمات مع تخفيض التكاليف مما يحسن خدمة العملاء وتلبية حاجاتهم وتخلص من اهداف إدارة الجودة الشاملة فيما يلي:
- خفض التكاليف بتقليل الأخطاء ونسبة تكرار العمل والعمل الإضافي.
- زيادة العوائد والارباح.
- رضا وسرور العملاء حيث يشتررون أكثر من مرة ويقومون بالدعاية.
- تمكين الموظفين ومنحهم السلطة وبذلك تتجنب الشركة المشاكل المستقبلية.
- فهم حاجيات ورتب العميل وتوفير السلع وفق متطلباته.
- التميز في أداء والخدمة ذلك بالتطوير المستمر للخدمة.
- زيادة القدرة التنافسية للمنظمات وزيادة كفاءة المنظمة في إرضاء الزبائن والتميز على المنافسين²
- زيادة إنتاجية كل عناصر المنظمة ورفع مستوى الأداء
- زيادة ولاء العاملين للمنظمة
- التكيف مع تلك المتغيرات البيئية المختلفة، (تقنية، اقتصادية، اجتماعية، سياسية) وذلك وفق متطلبات الجودة الشاملة.

وبصفة عامة فان إدارة الجودة الشاملة تهدف إلى تحقيق الجودة في أربعة مكونات رئيسية للمنظمة، هي كالتالي³:

- جودة الموارد البشرية (العاملين بالمنظمة).

¹احمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، الجزائر، العدد 04، 2006، ص 319.

²بوخلوة باديس، مرجع سابق، ص 12.

³د.مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، 2008، ص 31.

- جودة التكنولوجيا المستخدمة.
- جودة البيئة الداخلية للمنظمة.
- جودة البيئة الخارجية للمنظمة.

المطلب الثاني: اهم اسهامات رواد الحركة الفكرية لإدارة الجودة الشاملة

اعتمدت إدارة الجودة الشاملة في ظهورها على العديد من الرواد والمفكرين البارزين الذين أسهموا في ابراز هذا المفهوم وشكلوا المرجعية الفكرية لأسلوبه الإداري المتطور وسنتطرق إلى أبرزهم من خلال ما يلي

أولاً: ادوارد ديمينج: EDWARD DEMING

هو مهندس امريكي و يعتبر الاب الروحي لإدارة الجودة، قد ادرك ديمينج ان الموظفين هم الذين يتحكمون بالفعل في عملية الإنتاج و ابتكر ما يسمى بدائرة ديمينج: خطط، نفذ، افحص، تصرف، و تحدث عن الجودة في أمريكا في أوائل الاربعينات و لكن أمريكا تجاهلته، و من ثم قام ايشيكاوا (رئيس الاتحاد الياباني للمنظمات الاقتصادية) بدعوة ديمينج لإلقاء سلسلة محاضرات في منتصف الخمسينات في القرن الماضي.

المبادئ الأربعة عشر لنظرية ديمينج¹: ركز على الأدوات التقنيات والتدريب وفلسفة إدارية متميزة:

1- وضع هدف دائم يتمثل في تحسين جودة الإنتاج و الخدمات

2 - انشاء مراكز للتدريب الفعال (واصل التدريب)

3 - انتاج فلسفة جديدة (TQM)

4 - إزالة الحواجز بين الإدارة

5 - الغاء تقييم العمل على أساس السعر

¹د.احمد يوسف دودين، إدارة الجودة الشاملة، الاكاديميون للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2014، ص 17.

6- بناء الجودة في المنتج والتوقف عن الفحص الشامل¹

7- اعداد لائحة لغيات واهداف المؤسسة ونشر هذه اللائحة للعاملين والتزام الإدارة بها.

8- تعليم وتطور القدرة على القيادة لدى المشرفين.

9- العمل على إزالة الخوف لدى فريق العمل وخلق مناخ للابتكار.

10- تحقيق التكامل والتنسيق بين الأقسام والوحدات الإدارية بالمؤسسة.

11- الاعتماد على سياسات اكثر واقعية في تحقيق اهداف العاملين.

12- تجنب تحديد اهداف رقمية للعاملين والتركيز على اكتشاف قدرات العمليات وتحسينها.

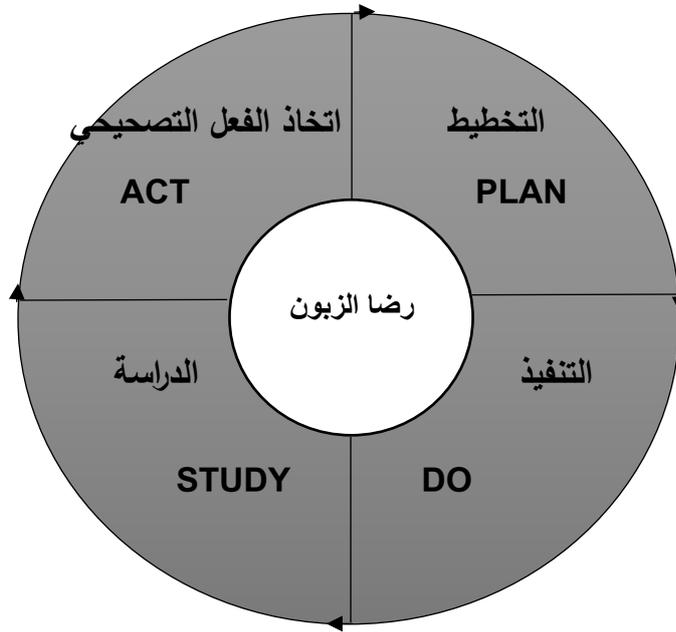
13- تشجيع التعليم والتحسين الذاتي لكل شخص.

14- احداث التغيير الدائم لدفع عملية التحويل.

وأوضح ديمنج ان العمل على وضع هذه المبادئ الإدارية الجديدة موضع التطبيق الفعلي يستلزم من المؤسسات ان تعمل على ادخال العديد من التغييرات على العديد من الأساليب والمفاهيم التنظيمية خاصة ما تعلق منها بوضع الأهداف وتصميم الحوافز، وأساليب التعامل مع الموردين، والتدريب وعليه هذه التغييرات ستمكن المؤسسة من تحقيق التميز في جودة منتجاتها وهذا ما ينعكس إيجابيا على مزاياها التنافسية وقدراتها على مواجهة المؤسسات المنافسة لها.

¹خالد شريفي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإعلامية جريدة الخبر نمونجا، رسالة ماجستير، تخصص تسيير مؤسسات الاعلامية، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2010/2011، ص 26.

الشكل رقم (2-7): دورة دومينك للجودة



المصدر: عبد الستار العلي، مرجع سابق، ص 85.

أما الأمراض القاتلة التي تحدث عنها فهي¹:

- غياب الغاية الثابتة والهدف المستقر لتحسين الخدمة والمنتج؛
- التركيز على الأهداف والمكاسب القصيرة الاجل؛
- تقييم أداء العاملين السنوي والتقييمات السنوية الأخرى؛
- التغيير الإداري السريع وعدم الثبات في مكان واحد؛
- الإدارة بالأرقام؛
- مصاريف علاجية عالية جدا؛
- مصاريف قانونية عالية جدا؛

ثانيا: نموذج جوزيف م. جوران Joseph M. Juran²

¹ربيع المسعود، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في ظل قيادة إبداعية دراسة حالة بنك البركة، رسالة دكتوراه، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، جامعة بسكرة، الجزائر، 2013/2014، ص 23.

²عبد الستار العلي، مرجع سابق، ص 67.

يعتبر جوران واحد من المهندسين الأوائل الذين ساهموا في بناء ثورة الجودة QUALITY REVOLUTION باليابان. لقد التحق جوران بعد تخرجه من الجامعة في العام 1924 بالعمل في شركة WEST HAWTHORNE بوظيفة التحقق من الجودة. وفي عام 1951 استطاع جوران من نشر مؤلفه الأول QUALITY CONTROL HANDBOOK الذي اعتبر فيما بعد بناءاً في هذا المجال. وقد وصل إلى اليابان بعد مضي أربعة أعوام من وصول دومينيك إليها. وقد أسس معهد جوران في عام 1979 وقد عرض جوران فلسفته فيما يخص الجودة على شكل ما يسمى بثلاثية الجودة QUALITY TRILOGY .

ولقد قدم جوران نموذج تطبيقي لإدارة الجودة الشاملة يتكون من عشر نقاط على شكل خطوات متسلسلة لإحداث عملية تغيير تنظيمية شاملة والنقاط هي¹:

- تحديد اهداف خاصة لعملية التحسين الدائم
- تدريب جميع الموارد البشرية في المنظمة
- تبني أساليب لحل المشكلات وتنفيذها
- خلق وعي بالحاجة لتحسين الجودة ووجود فرص التحسين²
- بناء التنظيم لتحقيق الأهداف عن طريق تشكيل مجلس للجودة، تحديد المشاكل، اختيار المشاريع تعيين فرق العمل، اختيار المدراء.
- رقابة التنفيذ وتقديم التقارير عن تقدم العمل.
- تشخيص التميز
- ابلاغ النتائج ونشرها.
- مسك سجلات لإثبات النجاح المحقق
- دمج التحسينات السنوية في الأنظمة والعمليات الاعتيادية للشركة والحفاظ على الاستمرارية.

ثلاثية جوران لإدارة الجودة: وضع (JURAN) خطوات لتحسين الجودة عرفت ب (ثالوث الجودة) هي:

¹سيد حمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 43.

²د.رعد عبد الله الطائي، مرجع سابق، ص 62.

1- تخطيط الجودة¹

- تحديد زبائن المنظمة الداخليين والخارجيين؛

- تحديد حاجات لزبائن؛

- تطوير خصائص المنتج بما يلي احتياجات الزبائن؛

- تطوير عمليات قادرة على انتاج خصائص المنتج؛

- إيصال الخطط لجميع العاملين في المنظمة؛

2- الرقابة على الجودة

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

3- تحسين الجودة²

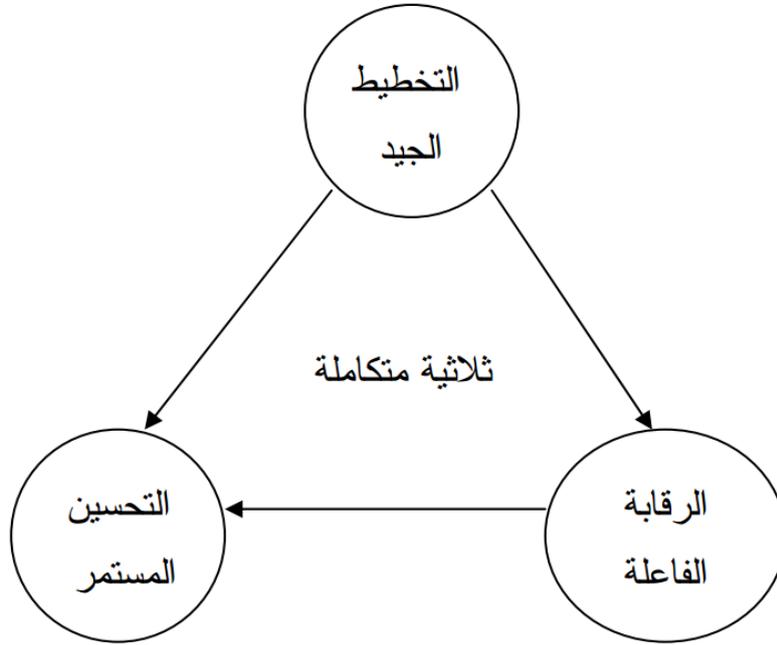
وذلك من خلال:

- إيجاد وتطوير بنية هيكلية لعمل تحسينات الجودة؛
- التعرف على المجالات التي تحتاج إلى تحسين وتطبيق مشاريع التحسين؛
- إيجاد 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؛

¹يزيد قادة، مرجع سابق، ص 34.

²شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 20.

شكل رقم (2-8): ثلاثية جوران لإدارة الجودة الشاملة



المصدر: خالد شريقي، مرجع سابق، ص 29.

ثالثاً: فلسفة فيجنوم:

التحق ارmond فيجنوم بعمله في شركة جنرال الكتريك (GE) بمدينة نيويورك في عام 1944، وبينما كان يعمل على صنع المحركات النفاذة اكتشف بان الأساليب الإحصائية قد ساعدته كثيرا في عملية تحسين أداء هذه المحركات، وكنتيجة لذلك فقد قررت الشركة تنصيبه مسؤولا عن برنامج لتحسين الجودة، وبعد ذلك فقد استطاع من خلال عمله في جامعة ماساشوتس التكنولوجية من تطور مفهوم السيطرة التامة على الجودة. وفي عام 1968 قام فيجنوم بتأسيس شركة استشارية خاصة في مجال الجودة.

وخلص فيجنوم إلى وضع عشر نقاط تمثل فلسفته الخاصة برفع مستوى الجودة وهي¹:

- جعل الجودة عملية واسعة النقاط تتبناها المنظمة؛
- ان تكون الجودة والتكلفة كلا متكامل لا يوجد بينهما تضارب؛
- ان تعني الجودة ما يفهمه ويتقبله المستفيد؛

¹بوخلوه باديس، مرجع سابق، ص 17، 18.

- توافر الحماس لدى كل الافراد ومجموعات العمل تجاه مسالة الجودة؛
- ان تصبح الجودة أسلوبا للإدارة؛
- ان تعتمد الجودة والابداع كل منهما على الاخر؛
- ان تصبح الجودة عملية أخلاقية؛
- ان يكون هناك تطوير متواصل للجودة؛

رابعا: اسهامات فيليب كروسبي "Philip Crosby":¹

يعد فيليب كروسبي PHILP CROSBY من اشهر الرواد في مجال الجودة وأساليب تطويرها وهو صاحب فكرة صناعة بلا عيوب أو العيوب الصفرية "zero defects" وتلخصت اهم أفكاره حول الجودة فيما يلي:

وهو صاحب فكرة صناعة بلا عيوب أو العيوب الصفرية "Zero defects". وتلخصت اهم أفكاره حول الجودة فيما يلي:

منهج كروسبي للجودة ويتكون كروسبي للجودة من أربعة عشر نقطة وهي:

- الالتزام الثابت من قبل الإدارة العليا بالجودة؛
- استخدام القياس كأداة موضوعية؛
- نشر الوعي فيما يتعلق بأهمية الجودة؛
- اتخاذ الإجراءات التصحيحية؛
- التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج أو في الخدمة؛
- التخلص من أسباب الأخطاء وإزالة معوقات الاتصال الفعال؛
- تشكيل لجنة لبرنامج " خلو المنتج من العيوب "؛²
- إيجاد فرق لتحسين الجودة تتكون من ممثلين من كل قسم داخل المؤسسة؛
- تحديد تكلفة تقييم الجودة وتوضيح كيفية استعمالها كأداة في الإدارة؛
- تشكيل مجالس للجودة تلتقي بشكل دوري؛
- تدريب كل المديرين بشكل فعال لأداء دورهم في عملية تحسين الجودة؛

¹ احمد بن عيساوي، مرجع سابق، ص 16.

² محمد عوض الترنوري، مرجع سابق، ص 46.

- تخصيص يوم " خلو المنتج من العيوب " لتعريف كافة موظفي المؤسسة بوجود إدارة الجودة الشاملة وان هناك تغييرا حدث في المؤسسة؛
- تشجيع الاراد والجماعات داخل المؤسسة على وضع اهداف لهم لتحسين الجودة؛
- تكرار كل الخطوات السابقة والتأكيد على ان عملية تحسين الجودة يجب ان تكون مستمرة ولا تنتهي ابدا؛

المطلب الثالث: مبادئ إدارة الجودة الشاملة وخطوات تطبيقها

يعتقد رواد منهج إدارة الجودة الشاملة ان تحقيق هذا النظام الإداري الجديد يركز على مجموعة من العناصر الاساسية والى جملة من المبادئ الأساسية المتكاملة ويعتمد أيضا على خطوات متتالية وثابتة للوصول إلى التطبيق الصحيح لهذا الأخير.

أولا: مبادئ إدارة الجودة الشاملة¹

تعد إدارة الجودة الشاملة احدى أنواع التفكير المنظوماتي، ولفهمها عميقا لابد من تحليل وتشخيص جوانبها المختلفة للوصول إلى الرؤيا الكلية الشاملة لها في إطار بيئة ديناميكية متغيرة تسعى للتطور والتحسين المستمر. ولإدارة الجودة الشاملة مبادئ تكمن في:

1. الاهتمام بالزبون:²

من البديهي ان الزبائن يمثلون محور عمل المؤسسة والقوى الدافعة لها، سواء كانت إنتاجية أو خدمية لاعتماد تثبيت وجودها وتقدمها بشكل أساسي من منطلق " لا انتاج بدون زبائن "، ويقسم الزبون في إطار مفاهيم إدارة الجودة الشاملة إلى نوعين هما:

- **الزبون الخارجي:** وهو ذلك المستهلك الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود من أجل تحقيق رغباته اذ يتطلب منهج إدارة الجودة الشاملة الوفاء بحاجات ورغبات المستفيدين بالشكل الذي يشعرون بالرضا التام عن المؤسسة وخدماتها.
- **الزبون الداخلي:** وتشمل الافراد والعاملين في جميع إدارات واقسام المؤسسة الذين يتعامل بعضهم مع البعض الاخر لإنجاز الاعمال.

¹د. محمد فلاق، د. اسحاق خرشي، أ. سميرة أحلام حدو، مرجع سابق، ص 623.

²والدة عائشة، مرجع سابق، ص 56.

2. اتخاذ القرار بناء على الحقائق¹: تمتاز المنشآت التي تطبق نظام إدارة الجودة الشاملة بان قراراتها مبنية على حقائق وبيانات صحيحة وليست تكهنات فردية وان القرارات التي يتم التوصل اليها يجب ان تكون سريعة ودقيقة.

3. توفر الرؤيا والالتزام لدى الإدارة العليا: ان تكون إدارة الجودة الشاملة جانبيا من الرؤيا والعقيدة التي تؤمن بها الإدارة العليا تعمل على تحقيقها، أي ان إدارة الجودة الشاملة ماثلة في صورة المنظمة التي تتطلع الإدارة العليا لتحقيقها وأنها جادة ومتحمسة لتحقيق تلك الصورة.

4. التركيز على العمليات:²

يعد مبدا التركيز على العملية الإنتاجية أحد الاستراتيجيات المهمة التي تعتمد عليها المؤسسات الصناعية والخدمية على حد سواء حيث تقوم هذه الاستراتيجية علة تنظيم الأجهزة والمعدات وقوة العمل التي بإمكانها تقليل تكاليف التلف والضياع والاختفاء، لأجل الارتقاء بجودة منتج المؤسسة مقارنة مع المنتجات المنافسة في السوق، والاستجابة لرغبات الزبائن المختلفة.

5. الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها **prévention versus in spection**³

إذا طبق المبدأ الثاني يكون قد تحقق مبدأ الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، ويستلزم تطبيق مبدأ الوقاية من الأخطاء استخدام مجموعة من المعايير القياس المقبولة للجودة أثناء العمليات، بدلا من استخدام هذه المعايير بعد وقوع الأخطاء (النتائج).

6. التغذية العكسية: **feed back**

إذا كان الأداء الجماعي ضروريا لتحقيق هدف معين يجب إن تعطي التغذية المرتدة للجماعة، لا يمكن بحال من الأحوال إن تحقق المبادئ الخمسة السابقة نتائجها المطلوبة إلا بحصول على التغذية العطية وهنا يتضح الدور الرئيسي للاتصال، وعليه فانه يمكن القول إن التغذية العكسية للمعلومات الأمنية عامل أساسي لنجاح إدارة الجودة الشاملة.

بينما يرى فيليب كروسبي Philip Crosby في كتابه "الجودة بلا معاناة"

¹أ.د. درواش رابح، أ. صبرينة خام الله، مرجع سابق ، ص 318.

²جباري فادية، مرجع سابق، ص 23.

³د. حوالم رحيمة، أ. بوفاتح كلتومة، اثر تبني الحكومة على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، العدد 04، 2018، ص 222، 223.

إن مبادئ الجودة أربع هي كالتالي¹:

المبدأ الأول: تعريف الجودة هو التطابق مع المتطلبات.

المبدأ الثاني: نظام الجودة هو منع حدوث الخطأ.

المبدأ الثالث: معيار الأداء هو انعدام العيوب.

المبدأ الرابع: مقياس الجودة هو ثمن عدم التطابق.

ثانياً: خطوات ومراحل تطبيق ادارة الجودة الشاملة

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يمر بجملة من المراحل والخطوات وتتمثل في:

1-خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

هناك مجموعة من الخطوات العامة التي يمكن للإدارة اتباعها في تطبيق هذا البرنامج في المؤسسة وهي كالتالي²:

-الخطوة الأولى: التزام وتعهد الإدارة العليا بتنفيذ البرامج وهو من الخطوات المهمة، إذ أنه من الضرورة توعية وتدريب القادة المسؤولين 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 الثالثة³: تشكيل مجلس الجودة والذي ينبغي أن يضم عضويته أعضاء من مجلس المنظمة لزيادة قدرته وفعاليتها على تحقيق الأهداف المتوخى بلوغها.

الخطوة الرابعة: اتخاذ القرار حول مجال تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة.

¹د.مدحت أبو النصر، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2008، ص 70.

²شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 31.

³جباري فادية، مرجع سابق، ص 35.

الخطوة الخامسة: تحديد أنواع برامج التدريب الازمة، وتحليل احتياجات المدربين التنفيذيين ورؤساء الدوائر والموظفين على مفاهيم إدارة الجودة الشاملة.

الخطوة السادسة: مطابقة المعايير والقياس، تطوير معايير القياس في المؤسسة لتلبية احتياجات ورغبات المنتفعين.

الخطوة السابعة: الدعاية والاعلان والتقدير.

الخطوة الثامنة¹: تقييم النتائج باستمرار واستعمال التغذية الراجعة في تعديل برنامج إدارة الجودة الشاملة.

2- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

ذكر (J.Jablonski) ان هناك خمسة مراحل لإنجاز نجاح لأسلوب إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات:

-المرحلة الصفرية الاعداد:

تحتوي هذه المرحلة على مجموعة من الخطوات وهي:

-قرار تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- تدريب المدربين على إدارة الجودة الشاملة.

- صياغة رؤية المؤسسة.

-مرحلة التخطيط: ويتم في هذه المرحلة ما يلي²:

-اختيار أعضاء لجنة الجودة

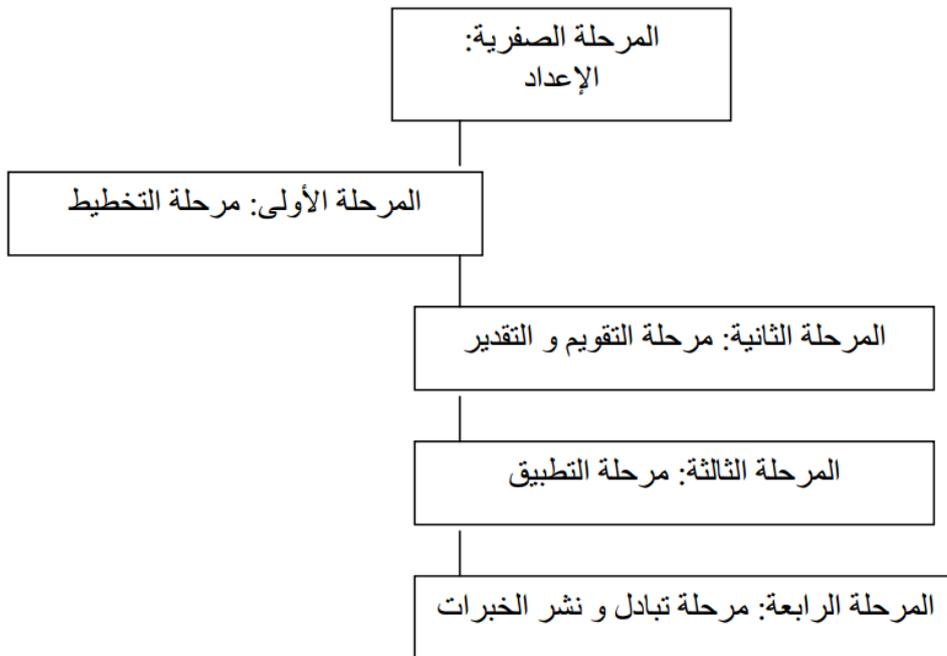
- اختيار مستشار للجودة

¹محمد عوض الترتوري، مرجع سابق، ص 36-37.

²احمد بن عشاوي، مرجع سابق، ص12.

- تدريب لجنة توجيه الجودة والمستشار
- الموافقة على خطة التطبيق وتخصيص الموارد اللازمة
- مرحلة التقييم والتقدير¹: تقوم على تهيئة الأرضية لبدء تطبيق النظام على ارض الواقع.
- مرحلة التطبيق: تعني التطبيق الفعلي للمبادئ في المجال الذي تنشط فيه المنظمة.
- مرحلة التنوع: يتم فيها استثمار الخبرات التي تم تحقيقها من تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

الشكل رقم (2-9): المراحل الخمس لتطبيق إدارة الجودة الشاملة



المصدر: جباري فادية، مرجع سابق، ص 37.

المطلب الرابع: المواصفات القياسية iso 9000 وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة

للتعرف أكثر على طبيعة العلاقة بين مدخلي إدارة الجودة و iso9000 يتعين علينا التعريف بعض الشيء بهذا الأخير كونه يمثل نموذج لنظام إدارة الجودة، الذي يؤكد من جهته لإدارة المؤسسة وعملائها على ان أنشطة الجودة تتم وفق المعايير المتفق عليها دولياً.

¹محمد الهلة، مرجع سابق، ص 18.

أولاً: المفهوم والنشأة: ¹

ان مصحح ISO يمثل اختصار لاسم المنظمة الدولية للمواصفات (international standardisation organisation) التي تأسست في سنة 1942، ومقر هذه المنظمة جنيف بسويسرا، حيث انها تضم في عضويتها أكثر من مئة دولة وتهتم هذه المنظمة بتوحيد المواصفات والمقاييس في العالم، فهي تصدر المواصفات والمعايير التي يتم اعتمادها في مختلف انحاء العالم وفي شتى انصاف الصناعة والتجارة والخدمات، باستثناء المواصفات التي تتعلق بالإلكترونيات والكهرباء.

1-تعريف الايزو:

يمكن تعريف الايزو 9000 على انه سلسلة من المواصفات المكتوبة التي أصدرتها المنظمة العالمية للمواصفات عام 1987، حيث تحدد هذه السلسلة العناصر الرئيسية المطلوب توافرها في نظام إدارة الجودة، والذي يتعين ان تصممه وتتبناه إدارة المنظمة للتأكد من ان منتجاتها متوافقة مع حاجات ورغبات العملاء أو تفوقها.

كما يعرف أيضا بانه: ² " سلسلة من المواصفات المكتوبة التي نظمتها المنظمة العامية ISO سنة 1987 والتي توفر العناصر الرئيسية المطلوب تحدد وتصف العناصر الرئيسية المطلوب توفرها في نظام إدارة الجودة التي يتعين ان تصممه وتتبناه إدارة المنظمة للتأكد من ان منتجاتها (سلع أو خدمات) تتوافق أو تفوق حاجات ورغبات وتوقعات الزبون".

ومما سبق يمكن تعريف سلسلة ISO 9000 على انها 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 ووضع من طرف منظمة ISO الدولية، وتمنح هذه الشهادة للمنظمة التي تطبق هذه السلسلة بفعالية.

¹ بخولة باديس، مرجع سابق، ص 60.

² شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 39.

2-النشأة¹

ان اصدار المنظمة العالمية للتقييس (ISO) لسلسلة المواصفات العالمية للجودة (ISO 9000) كان نتيجة لتفاعل العديد من العوامل الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والقانونية والعلمية والتاريخية.

ولما كان هدف المنظمة العالمية للتقييس (ISO) هو تسهيل التبادل التجاري الدولي للسلع والخدمات فكان لا بد عليها اصدار مواصفات عالية للجودة تعني بتوحيد تطبيقات الجودة خدمة للغرض لتي أصدرت من اجله واستنادا للمواصفة البريطانية (BS5750) التي أصدرتها هيئة التقييس البريطاني (BSI) سنة 1979 والتي قدمت في نفس السنة من خلال عضويتها في منظمة (ISO) بطلب رسمي لتطوير مواصفات عالمية لتقنيات وممارسات ضمان الجودة بعد النجاح الكبير التي لاقت هذه المواصفات، وادراكا من منظمة (ISO) للحاجة الماسة لوضع مثل تلك المواصفات، تم تشكيل لجنة فنية سميت (ISO/TC 176) التي حددت مهامها بوضع مسودة مواصفات لإدارة وضمان الجودة التي نشرت للمناقشة سنة 1985 من طرف الدول الأعضاء والذي بلغ حوالي 90 بلد عضو في المنظمة آنذاك، وتمت المصادقة عليها للنشر النهائي سنة 1987 لتكون اول مواصفة عالمية لأنظمة إدارة الجودة سميت ISO9000.

ثانيا: علاقة إدارة الجودة الشاملة بالايزو 9000²

إن اغلب الباحثين في إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000، يرون ان العلاقة بين المفهومين هي علاقة تكامل وانسجام، حيث ان إدارة الجودة الشاملة هي إدارة للجودة من منظور شامل، في حين ان ISO 9000 هي نظام لإدارة الجودة وتقوم على مواصفات عالمية موثقة.

1-أوجه التكامل بين إدارة الجودة الشاملة و ISO 9000

لو دققنا في إدارة الجودة الشاملة لوجدنا بين طياته مواصفات الايزو، فالمؤسسة يمكن لها الحصول على شهادة الايزو بدون استكمال متطلبات إدارة الجودة الشاملة.

¹احمد بن عيشاوي، مرجع سابق، ص 42.

²جباري فادية، مرجع سابق، ص 49.

وعليه مواصفات الايزو تمثل نظاما للجودة يقوم على مواصفات معينة ويرتكز على أساس مطابقة هذه المواصفات، في حين إدارة الجودة الشاملة تمثل إدارة الجودة من منظور شامل حيث تغطي وتهتم بتحقيق الجودة في جميع مؤسسات المؤسسة فهما نظامان متكاملان وليس بديلان أو متعارضان رغم الاختلافات الموجودة بينهما. وهكذا فإن الايزو يمثل نظاما للجودة يقوم على مواصفات موثقة، بينما إدارة الجودة الشاملة هي إدارة للجودة من منظور شامل، انهما ليستا متعارضتين بل هما متكاملتين ومن نسيج واحد، ويؤكد هذا ما ذهب اليه دراسة مؤسسة "لويدز" لتأكيد الجودة عن المكاتب التي تسجل المؤسسات للحصول على شهادة الايزو، حيث اتفقت اغلبية المكاتب المبحوثة على ان إدارة الجودة الشاملة مكمله للايزو ولكنها ليست بديلة عنه.¹

والجدول التالي يوضح طبيعة التكامل بين إدارة الجودة الشاملة و ISO 9001

جدول رقم (2-5): 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 مراجعتها 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 لتثبيتته انه قد تمت تلبية متطلبات المنتج والمحافظة على المطابقة لمعايير القبول

المصدر: شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 43.

¹خالد شريفي، مرجع سابق، ص 51.

فوائد الحصول على شهادة ISO 9000¹:

قدم الباحثون قوائم مطولة للفوائد التي تجنيها المؤسسة من تطبيق لشهادة ISO 9000 ، ومنها:

- تحقيق الاستقرار للمؤسسة والثقة بإنتاجها وخدماتها، وتحقيق الانخفاض المستمر في التكاليف.

- إطالة عمر المؤسسة لزيادة الثقة بإنتاجها وخدماتها.

- تعزيز قدرة المؤسسة في تحقيق صور النجاح والتفوق النوعي في الأداء.

- التحسين المستمر وذلك من خلال منع حدوث الأخطاء بدلا من اكتشافها بعد حدوثها.

2- أوجه الاختلاف بين إدارة الجودة الشاملة و ISO 9000²

فالاختلاف بين مواصفات أنظمة إدارة الجودة ISO 9000 وإدارة الجودة الشاملة تبرز في دافعية المنظمة لتطبيق كل منهما الـ ISO 9000 هو مواصفة يمكن الالتزام بها من قبل هيئة معتمدة يمنح على أساسها شهادة مطابقة، لذا فالمنظمة التي يكون هدفها الشهادة فقط سوف تنتهج مدخلا يختلف جوهريا عن تلك الشركات التي تتبنى مدخلا لإدارة الجودة الشاملة، التي هدفها الوحيد هو إرضاء الزبون على رغم من ان مواصفات ISO 9000 تهدف إلى الزبون أيضا لكن عندما تكون الشهادة أكثر من خلال سعي خلق بيئة يكون فيها رضا الزبون في المنزلة الأولى، والاختلاف في التعامل مع الزبائن حيث بالنسبة للنظام ISO تعامل غير مباشر، وكذلك بتطبيق مواصفات المعايير الدولية للجودة في منتجاتها.

ويمكن توضيح أبرز أوجه الاختلاف من خلال الجدول التالي:

¹محمد الهلة، مرجع سابق، ص27.

²لعشعاشي مصطفى، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاقتصادية: فاق وتحديات (دراسة حالة المؤسسة الوطنية للمواد الكاشطة والزجاج(enava) بسعيدة)، رسالة ماجستير، تخصص مالية دولية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011، ص 67.

جدول رقم (2-6): مقارنة بين إدارة الجودة الشاملة ونظام الايزو

إدارة الجودة الشاملة	المواصفات القياسية للإيزو 9000
موجهة للزبائن.	ليس ضروريا أن تكون موجهة للزبائن.
تمثل المحور الأساسي لإستراتيجية المؤسسة.	قد لا تمثل جزءا من إستراتيجية المؤسسة.
موجهة بفلسفة ، أدوات ، و أساليب شاملة.	موجهة بالإجراءات التشغيلية للنظام الفني.
التحسين و التطوير المستمر أحد المحاور الأساسية في فلسفة المؤسسة.	التحسين و التطوير المستمر غير وارد فالمعايير محددة بإجراءات و طرق العمل.
يتولى مسؤوليتها كل فرد في المؤسسة و ليس قسم محدد.	يمكن تطبيقها على أقسام أو إدارات محددة.
تحتاج إلى تغيير شامل في المفاهيم و النظم و مراحل العمل.	قد لا تتطلب إجراء تعديلات جوهرية في الأوضاع الحالية.
يتولى مسؤوليتها كل فرد في المؤسسة وليس قسم	يتولى مسؤوليتها قسم أو إدارة مراقبة الجودة.

المصدر: خالد شريقي، مرجع سابق، ص 50.

ثالثا: مراحل الحصول على شهادة الايزو¹

إن منهجية الحصول على شهادة iso9000/2000 ممثلة في الشهادة الوحيدة المخصصة للمطابقة ضمن اصدار سنة 2000 وهي iso9000/2000 ، والت تتطلب اتباع خطوات معينة لتحقيق ذلك .

ويمكن تلخيص الخطوات في الاتي²:

- 1-تأمين الالتزام التام من قبل الإدارة العليا top management commitment.
- 2-تدريب الافراد العاملين.
- 3-اعداد دليل سياسة الجودة quality policy manual.
- 4-تحضير إجراءات العمليات operating procedures.
- 5-الحصول التدقيق الداخلي internal audit.
- 6-اختيار المسجل select registrar.

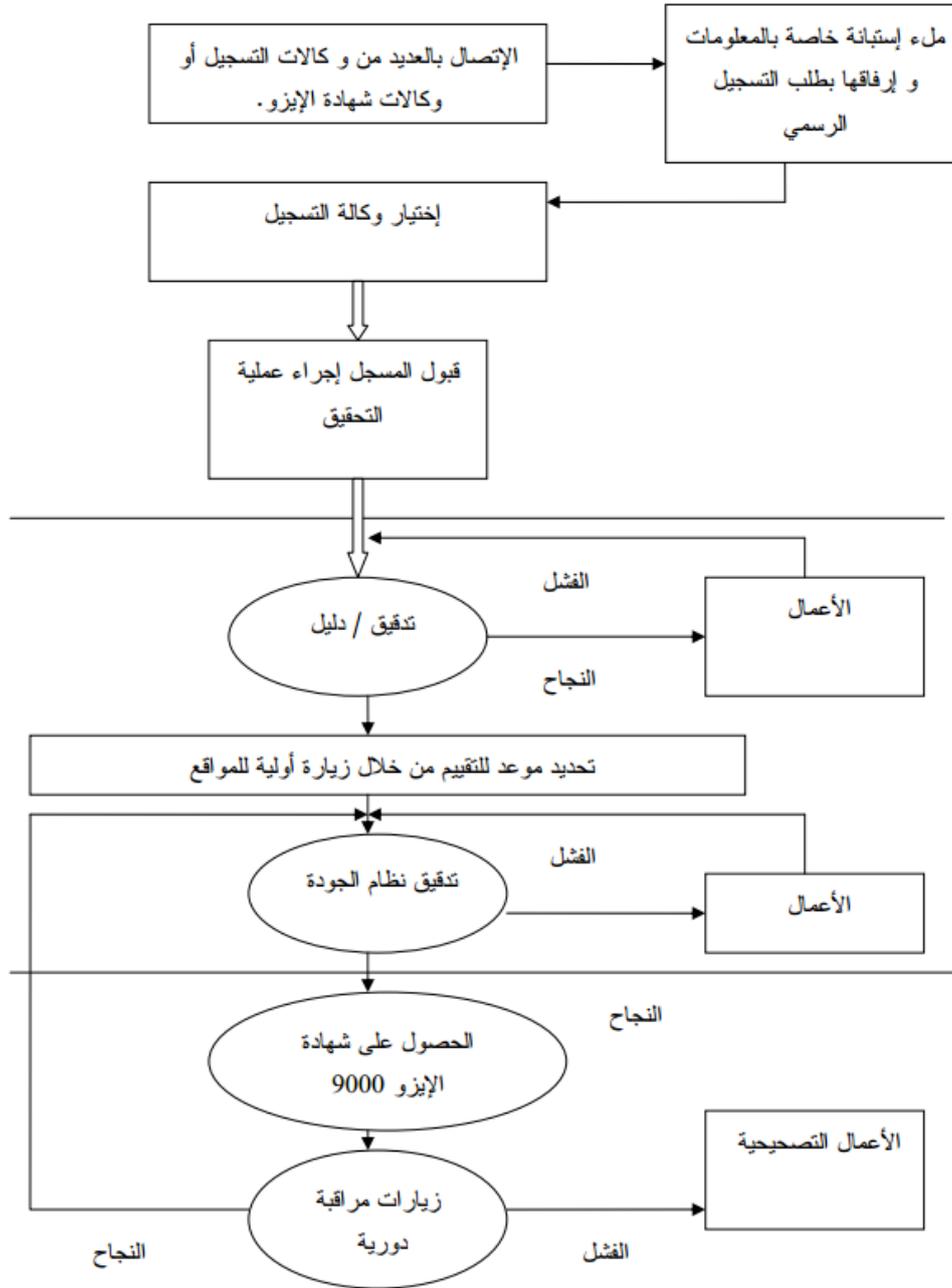
¹ Ammer yahia Hocine, Certification d'entreprise, Séminaire régional sur la qualité, Ministère de l'industrie et de la restructuration, GHARDIA, 30/01/2002, proceding, p 23.

² عبد الستار العلي، مرجع سابق، ص333،334.

7- البدء بعملية التسجيل Registration process.

8- الحصول على التسجيل للشهادة الدولية للمعايير الايزو 9000.

الشكل رقم (2-10): خطوات الحصول على شهادة الايزو



المصدر: خالد شريقي، مرجع سابق، ص 56.

رابعاً: أجزاء سلسلة المواصفات العالمية ¹ iso 9000

لقد مر نظام إدارة الجودة الايزو 9001 بعدة تطورات، حيث قامت المنظمة العالمية للتقييس في البداية بإصدار المواصفات القياسية في شكل نظام ضبط الجودة سنة 1987، ثم تم تعديلها في شكل نظام ضمان الجودة سنة 1994، بعدها تم تعديلها لتصبح في شكل نظام إدارة الجودة سنة 2000، ثم تطورت لتصبح الايزو 9001:2008 وهو المطبق حالياً.

وهو يحتوي على خمسة أجزاء هي²:

- **ايزو 9000:** يوضح الخطوط العريضة لكيفية اختيار المواصفة التي تتناسب مع المؤسسة، الأساليب اللازمة للتنفيذ وشرح العقود بين الأطراف المختلفة، وهو المرشد الذي يوضح ويحدد مجالات تطبيق نماذج ايزو الأخرى.
- **iso 9001 :** تتعلق بنظام الجودة في المنظمات الإنتاجية أو الخدمية التي يشمل عملها القيام بالتصميم إضافة إلى الإنتاج وخدمات ما بعد البيع.
- **iso 9002 :** تتعلق بنظام الجودة في المنظمات الإنتاجية أو الخدمية التي يقتصر عملها على الإنتاج والتركيب دون القيام بالتصميم أو خدمة أو ما بعد البيع.
- **iso 9003 :** تتعلق بنظام الجودة في مجال الفحص النهائي للسلع واختبار جودتها.
- **iso 9004 :** تتضمن التعليمات الإرشادية التي يجب اتباعها للحصول على شهادة iso 9001 أو iso 9002 وiso 9003 .

¹نجاح صغيرو، مرجع سابق، ص 59.

². رعد عبد الله الطائي، مرجع سابق، ص 352-353.

المبحث الثالث: ادارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية

تهدف العديد من المؤسسات إلى تحسين منتجاتها، وتوفير الوقت والامكانيات المادية من أجل دراسة طرق الوصول إلى الجودة بما يتناسب مع تطورات العصر، والمؤسسات الصحية كغيرها من المؤسسات الأخرى تسعى هي أيضا إلى تحسين جودة خدماتها وتحقيق رضا المريض، ولعل اهم التحديات التي تواجهها هذه المؤسسات هي خفض التكاليف وارضاء الزبون.

وتعتبر إدارة الجودة الشاملة أحد الاتجاهات الحديثة، التي وجدت اهتماما كبيرا من قبل العديد من المنظمات بغية تحسين مستوى الخدمات التي تقدمها والقضاء على الفجوة بين مستوى الخدمات المحققة والمرغوبة من طرف المريض.

المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية وأهميتها

تسعى المؤسسات الصحية إلى تبني إدارة الجودة الشاملة عند تقديمها للخدمات الصحية، من أجل رفع مستوى الأداء في الرعاية الصحية وكسب رضا المريض، وكذا إمكانية التعامل مع هيئات التأمين الصحي.

أولاً: تعريف إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية¹

يذكر انه منذ ان ظهر وانتشر فكر وادبيات أسلوب إدارة الجودة الشاملة، وهو يطبق على كافة أنواع المنظمات إنتاجية أو خدمية، وقد اصبح حالياً احد السمات الرئيسية في منظمات الاعمال المعاصرة التي تهتم بتحقيق مركزا تنافسيا مميذا على غيرها من المنظمات، ولم تكن المستشفيات استثناء في ذلك، فقد كان تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات على نطاق واسع، فطبيعة الخدمة تتعلق بصحة وحياة البشر وهم اغلى الأشياء لدى الانسان، فالاهتمام بجودة الأداء والخدمة المقدمة من المستشفيات هو احد الأهداف الأساسية، وهذا يتوافق مع أسلوب إدارة الجودة الشاملة وعمليات التحسين المستمر للجودة، وقد حققت العديد من المستشفيات مزايا كبيرة من تطبيقها لهذا الفكر الجديد. من الجدير بالذكر ان المؤسسات الصحية يجب ان تنظر إلى المرضى على أساس انهم زبائنهم وهذا لوحده يجعل هذه المؤسسات تعمل على تشخيص حاجات ورغبات مثل هؤلاء الزبائن

¹د. حمد فلاق، د. اسحاق خرشي، أ.سميرة أحلام حدو، مرجع سابق، ص 623.

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.¹

تشكل إدارة الجودة الشاملة مجموعة من العمليات الاستراتيجية التي تساعد على التحسين المستمر للخدمة، ان من الأهداف المهمة لفكرة إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مفهوم الشمولية. الشمولية من منظور صحي تعني التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية الصحية، إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المستشفى الصحية والإدارية، وتعتمد عملية البحث عن الجودة ليس فقط لتقديم الخدمات الصحية والعلاجية بل تشمل وضع توازن بين المجالات المختلفة والمتعددة في المستشفى.²

وهي فلسفة إدارية تعتمد على التزاما لقيادات العليا بالمنظمات الصحية والتي تعطي الدافع والمصادقية لتطبيق عملية التحسين المستمر للجودة ضمن استراتيجية واسعة تغطي كل المنشآت التي تقدم الخدمات الصحية.³

ثانيا: أهمية ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أهمية كبيرة تظهر فيما يلي⁴:

- نمو مجال الخدمة: تزايدت اعداد المنظمات الصحية التي تقدم الخدمات أكثر من أي وقت مضى، فعلى سبيل المثال يتعلق نشاط نصف منظمات الاعمال التجارية الامريكية بالخدمات، بالإضافة إلى ان نمو المنظمات المتصلة بالخدمات الصحية سريعا مزال مستمرا بالتوسع.

- ازدياد المنافسة: ان بقاء المنظمات الصحية، يعتمد على حصولها على القدر الكافي من المنافسة، لذلك فان توفر جودة عالية للخدمة الصحية في هذه المنظمات يوفر لها العديد من المزايا التنافسية.

¹ شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 86.

²ريمة اوشن، مرجع سابق، ص 74.

³عامر عياد العتيبي، مرجع سابق، ص 143.

⁴شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 88.

- **الفهم الأكبر للزبائن:** ان 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.

- **تبسيط الاجراء¹:** يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة "متشيجن" بالولايات المتحدة الامريكية من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة واجور العاملين بما قيمته 500 000 دولار سنويا نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل ان يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

- **تحسين الاجراء:** يهدف تطبيق إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي لتقصي فرص تحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى "وست باسن فيري" من تقليص معدل العمليات القيصرية البالغ 22 % من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى اقل من 10 % باستخدام أسلوب المعايرة.

- **كفاءة التشغيل:** تعتبر كفاءة التشغيل من اهم الفوائد التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين.

- **الحد من تكرار العمليات :** يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لاداء العمل ومن ثم الحد من التكرار، وما له من تاثير لبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضا المرضى.

مجلة جودة 356

¹د. سعيدان رشيد، د.روشام بن زيان، جودة الخدمات الصحية من خلال اراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بولاية بشار، مجلة البشائر الاقتصادية، جامعة بشار، الجزائر، العدد 02، 2018، ص 356.

المطلب الثاني: متطلبات تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية واهميتها

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب توفر مناخ عمل معين وظروف معينة وقد يتطلب تغيير في أسلوب عمل المنظمة وتعديل في هيكلها التنظيمي أو حتى أساليب التسيير فيها بالشكل الذي يتناسب مع متطلبات تطبيقها.

أولاً: متطلبات تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يعتمد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية على جملة من الشروط والمتطلبات التي يجب توفرها والقيام بها قبل الشروع في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بما في ذلك من إمكانيات مادية وبشرية وبرامج ولعل من اهم الخطوات الضرورية هي تحضير العمال لقبول الفكرة ثم تطبيقها والوصول إلى النتائج المرجوة. يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية فيما يلي:

-الاعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة¹:

يبدأ الإنجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الاعداد، والتهيئة لتطبيقها. وفي هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمؤسسة الصحية، ورؤساء الأقسام الطبية، والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة، بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمؤسسة الصحية، وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار، والحلول المثلى لها، ورغم انه لا توجد الية محددة لكيفية انجاز هذه المرحلة فان هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات، والأفكار، والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والابعاد الرئيسية، والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمؤسسة الصحية، والخطط التشغيلي، والبرامج التنفيذية، والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات، وما تسعى إلى تحقيقه من غايات.

¹ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 65.

-ثقافة الجودة الشاملة¹:

تستهدف هذه المرحلة زيادة درجة الوعي لدى كافة فئات العاملين بالمستشفى بأهمية فرص التحسن والتطوير في نظم وأساليب العمل وجودة الخدمات الطبية والفنية والإدارية ذلك ان الجودة الشاملة ذاتها ثقافة عامة تقوم على الاقتناع والرغبة في تغيير النظم والإجراءات والسلوكيات. ومن اهم الأساليب التي يمكن الاستعانة بها في تغيير وتطوير ثقافة العاملين بالمستشفى ما يلي:

- 1- نشر الإعلانات والملصقات الخاصة بمفاهيم الجودة في لوحات الاعلانية ومختلف مراكز العمل بالمستشفى.
- 2- تنظيم حلقات نقاشية وندوات يتم فيها إيضاح مفاهيم الجودة الشاملة ومبادئها واساليبها وادواتها من خلال امثلة عملية لوحداث العمل بالمستشفى.
- 3- عرض الأفلام والشرائح المصورة عن تجارب المنشآت المماثلة ذات الأداء المتميز سواء على المستوى المحلي أو العالمي.

-التركيز على العمل الجماعي وتشكيل فرق العمل²:

وهي تشكيل فرق عمل في المنظمة تضم كل واحدة منها ما بين عدد من العاملين الذين تتوافر لديهم الرغبة في العمل الجماعي والتفاعل والاستعداد لبذل جهود لتحسين الجودة في المؤسسة الصحية من خلال تحليل عمليات العمل، والتعرف على المشكلات والتعاون في إيجاد الحلول المناسبة لها.

-توفير قواعد معلومات وبيانات واضحة ومفصلة:

وهو نظام يتألف من مجموعة من العناصر البشرية والالية لجمع وتخزين وتحليل وتوزيع وتصنيف معلومات عن الجودة تتعلق باحتياجات المستفيدين من الخدمة.

¹ احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 82.

² وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 113.

-قياس أداء الجودة والإنتاجية¹:

إن قياس أداء الجودة والإنتاجية، يمثل أحد متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهو ما يستلزم وجود نظام مبني على أساليب إحصائية مناسبة قادرة على القياس الدقيق، وتحديد الانحرافات السلبية في الأداء ثم العمل على علاجها بشكل فوري.

-الإدارة الفعالة للمورد البشري:

لم تعد قضية تحديد مفهوم الإدارة وبيان أهميتها موضوع جدل بين الباحثين والممارسين بقدر ما يتركز الاهتمام حالياً حول مساهمتها في حل المشكلات المعاصرة التي تواجه المنظمة، ومن هنا تطورت نظريات التنمية البشرية التي دعا إليها العديد من المفكرين ومن بينهم فرانس كاركا الذي أكد أن "تطور ونمو الفرد لا يكون من الأسفل إلى الأعلى ولكن يكون من الداخل إلى الخارج".

-التوجه بالعميل والعمل على تحقيق رضاه²: ويشمل ذلك العملاء الخارجيين (المستهدفين)، والداخليين (عمال المؤسسة)، فالعميل هو مرتكز كل المجهودات في فلسفة إدارة الجودة الشاملة.

-التعليم والتدريب المستمر: ان المتفحص بعناية لمختلف معايير إدارة الجودة الشاملة يتضح له أهمية تنمية وتدريب العنصر البشري، والحرص على ان يكون ذلك باستمرار من أجل الوفاء بمتطلبات تلك المعايير التي الهدف منها ضمان القدرة على انتاج الجودة.

-تبني الأنماط القيادية المناسبة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة³: ان القيادة الملائمة لأعمال إدارة الجودة الشاملة داخل المنظمة وخارجها هي القيادة الخلاقة والقادرة على العمل بروح الفريق أي انها أنماط قيادية ديمقراطية مشاركة والتي تجاهد من أجل توفير ودعم مناخ يسود فيه العمل الجماعي المنسق، وتولي اهتماما متوازنا بالعنصر البشري والجانب الهيكلي في التنظيم.

¹حوالف رحيمة، مرجع سابق، ص 116.

²احمد بن عيشاوي، مرجع سابق، ص 11.

³احمد محمد المالكي، مرجع سابق، ص 224.

-التشجيع والتحفيز¹: ان تقدير الافراد نظير قيامهم بعمل جيد سيؤدي حتما إلى تشجيعهم، وزرع الثقة، تدعيم الأداء المرغوب. وهذا التشجيع والتحفيز له دور كبير في تطوير برنامج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة واستمراريته. وحيث ان استمرارية البرنامج في المؤسسة يعتمد اعتمادا كليا على حماس المشاركين في التحسين.

-الإشراف والمتابعة: من ضروريات تطبيق برنامج الجودة والإشراف على فرق العمل بتعديل أي مسار خاطئ ومتابعة انجازاتهم وتقويمها إذا تطلب الامر. وكذلك فان من المستلزمات للجنة الإشراف والمتابعة هو التنسيق بين مختلف الافراد والإدارات في المؤسسة وتذليل الصعوبات التي تعترض فرق العمل مع الاخذ في الاعتبار المصلحة العامة.

ثانيا: أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

من الأسباب التي تدفع بالمؤسسة الصحية إلى تبني إدارة الجودة الشاملة هو القدرة على تخفيض التكاليف وتحسين العمليات وجودة الخدمة الصحية بما يحقق رضا المريض والوصول بالمؤسسة الصحية إلى مستويات مرموقة تساعدها على الحفاظ على مكانة تنافسية والحصول على شهادات دولية.

وتحقق المؤسسات الصحية بعض الفوائد نتيجة تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن ان نعرضها فيما يلي²:

1- تبسيط الإجراءات: يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها وتحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة "مينشجن" بالولايات المتحدة الامريكية من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة واجور العاملين.

2- تحسين الإجراءات: يهدف تطبيق إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى "وست باسن فيري" من تقليص معدل العمليات القيصرية البالغ (22%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى اقل من (10%) باستخدام أسلوب المعايير.

3- كفاءة التشغيل: تعتبر كفاءة التشغيل من اهم الفوائد التي يحققها تطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين.

¹ رؤوف بوقفة، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دار الزنبقة للنشر الالكتروني الحر والترجمة، الجزائر، 2017، ص 16.

² كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 105.

4- نمو مجال الخدمة¹: تزايدت اعداد المنظمات الصحية التي تقدم الخدمات أكثر من أي وقت مضى، فعلى سبيل المثال يتعلق نشاط نصف منظمات الاعمال التجارية الامريكية بالخدمات، إضافة إلى ان نمو المنظمات المتصلة بالخدمات الصحية سريعا مازال مستمرا بالتوسع

5- ازدياد المنافسة: ان بقاء المنظمات الصحية، يعتمد على حصولها على القدر الكافي من المنافسة، لذلك فان توفر جودة عالية للخدمة الصحية في هذه المنظمات يوفر لها العديد من المزايا التنافسية.

6- الفهم الأكبر للزبائن: ان تتم معاملة الزبائن بصورة جيدة فهم لا يرغبون بالتعامل من المنظمات التي تركز على الخدمة فقط ولا يكفي تقديم خدمات ذات جودة وسعر معقول بدن توفر المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للزبائن وسلوكياتهم.

7- القضاء على اختلافات الممارسة السريرية²: ويسهم تطبيق مفهوم الجودة في القضاء على اختلافات الممارسة السريرية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية.

8- الحد من تكرار العمليات: يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء.

9- القضاء على اختلافات الممارسة الاكلينيكية العيادية³: يسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة في القضاء على اختلافات الممارسات الاكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية

. ويسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الاكلينيكية واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية. وفي أربعة مستشفيات تابعة لمركز "انترماونتن" وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحا تابعين للمركز، تراوحت مدة العملية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الانسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى (45) غراما، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين (2،7) إلى (4،9) يوما، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الاكلينيكي المتبع، وقد تمكن فريق التحسين المكون من مجموعة من الجراحين المعنيين في دراسة هذه الاختلافات، ومن تم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية، وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.⁴

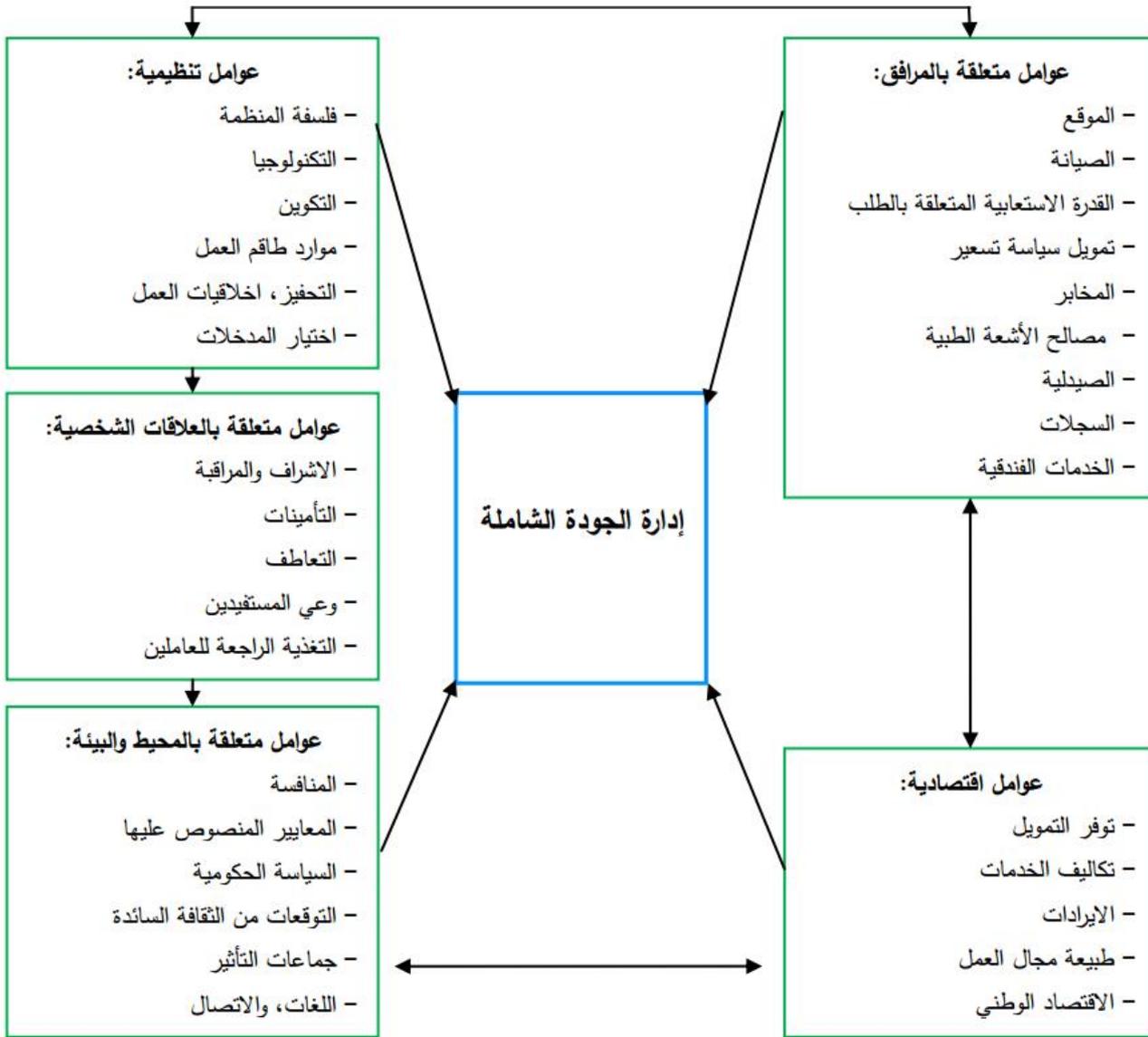
¹شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 88.

²مجلة محمد المالكي، مرجع سابق، ص 223.

³د. سعيدان رشيد، د.روشام بن زيان، مرجع سابق، ص 356.

⁴عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 41.

الشكل رقم (2-11): عوامل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات



المصدر: ريمة اوثن، مرجع سابق، ص 84.

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

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يعود بفوائد عديدة على المؤسسات الصحية بما في ذلك من تحسن جودة الخدمة الصحية المقدمة وتخفيض في التكاليف وكسب الوقت وتحقيق رضا المريض ولكن نجاح تطبيق هذا الأخير مرهون بجملة من العوامل التي يجب توفرها ليتم تطبيق هذا الأخير على أحسن وجه.

أولاً: العوامل الأساسية لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

أصبح من الضروري على المؤسسات الصحية تبني إدارة الجودة الشاملة وذلك لما فيه من تخفيض للتكاليف والقضاء على الاعمال الروتينية وكسب الوقت وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة وهي تسعى إلى تحقيق متطلعات المرضى وكسب رضاهم وذلك للمكانة الكبيرة التي أصبح المستشفى يشغلها في المجتمع بالوقت الراهن وما تستدعيه التطورات والتكنولوجية والتسارع نحو تحقيق الميزة التنافسية ومن أجل الوصول بالمؤسسات الصحية إلى المستوى الذي تصبو إليه.

لذا فان نجاح تحقيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يتطلب عوامل محددة تتمثل في:

- يجب على المستشفى ان تحدد مهمتها الأساسية والجوهرية، وما هي قدرتها الأساسية كي تركز عليها من أجل التبنى الناجح لإدارة الجودة الشاملة؛
- يجب توضيح المكاسب من تقديم الخدمات الصحية، وكذا المقابل الذي سيكسبه المريض؛
- يجب ان تقتنع الإدارة العليا في المستشفى بأهمية مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
- يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغييرا في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل؛
- يحتاج هذا النظام قبل تطبيقه إلى دورات مكثفة والى الاستفادة من تجارب المستشفيات التي نجحت في هذا المجال؛¹
- التركيز على أهمية البحث والتطوير؛
- على المديرين ان يرشدوا الموظفين والعمال منذ لحظة تعيينهم إلى كيفية تقويم الموظف أو العامل لعمله، مما يؤدي إلى مبدا التقويم الذاتي الذي يقوم بدوره إلى تحسين جودة أعمالهم؛
- ان يكون جو العمل مريحا وان يكون الموظفين الذين يزاولون فيه واجباتهم متكاتفين، وان تكون هناك ثقة بينهم وبين رؤسائهم؛
- ربط القيم والمبادئ التنظيمية بعملية إدارة تطبيق الجودة الشاملة؛²
- عمل خطة تفصيلية للعمل؛
- وضع النظم والإجراءات والتجهيزات اللازمة للتطبيق؛
- التوعية والنشر المفهوم ورفع عي العاملين بأهمية تطبيق الجودة؛

¹ريمة اوشن، مرجع سابق، ص 83.

²د. محمد فلاق، د. إسحاق خرشي، أ. سميرة أحلام حدو، مرجع سابق، ص 626.

- توفير جميع الوثائق في أماكن التطبيق وشرحها للعاملين؛
- اشراك جميع العاملين ببرنامج الجودة للحد من مقاومة التغيير؛
- الاحتفال ببدء التطبيق؛
- عمل تدقيق ومراجعة داخلية؛
- عمل متابعة دورية للتحسين المستمر بعد دراسة نتائج التدقيق والمراجعة؛¹

يلخصها سيد محمد جاد الرب، كما يلي:²

- 1- يجب ان تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة.
 - 2- يجب ان تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا هذا النظام.
 - 3- يجب ان تتوقع الإدارة في المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الافراد لتطبيق هذا النظام.
 - 4- ترتفع تكاليف تطبيق النظام في اول الامر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين.
- 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.
 - نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية.
 - فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات.
 - نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.³
 - تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المؤسسات حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة المناخ الملائم وحرية اتخاذ القرارات.

¹ عامر عياد العتيبي، مرجع سابق، ص 151.

² مريزق محمد عدنان، مرجع سابق، ص 69.

³ عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 103.

- يحتاج النظام قبل تطبيقه إلى دورات مكثفة وإلى الاستفادة من تجارب المؤسسات التي نجحت في هذا المجال.¹

ثانياً: فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات:

يترتب على تطبيق إدارة الجودة الشاملة مجموعة من الفوائد أهمها:²

- 1- **جودة الرعاية المقدمة:** الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المستشفيات والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات والاستخدام وتقويم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.
- 2- **رضا العملاء:** تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة بما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها وذلك من خلال عملية تستهدف تحسيناً مستمراً للجودة بما يتفوق ويتفوق على توقعات العملاء.
- 3- **رفع معنويات العاملين:** تعد مشاركة العاملين مع صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضاءهم.
- 4- **تحسين مستوى الإنتاجية³:**

ان 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.

كما يركز نظام إدارة الجودة الشاملة على توفير مجموعة من المبادئ التوجيهية والقواعد الإرشادية المتعلقة بضمان الجودة إدارة 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 ان المنظمة التي تطبق نظام الجودة الشاملة تسعى إلى تقليل الأخطاء وانخفاض تكرار العمل وتقليل الوقت والجهد الضائع وتقليل تكلفة المخزون، وفي النهاية حصولها على مستويات إنتاجية احسن من الناحية الادارية و المالية والاكاديمية.

¹ والة عائشة، مرجع سابق، ص84.

² مجلة محمد المالكي، مرجع سابق، ص 223.

³ شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 95.

ثالثا: خصائص إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية

تقوم خصوصية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات لصحية على مجموعة من الابعاد لعل أبرزها يكمن في النقاط التالية¹:

- جعل المريض هو المركز الذي تدور حوله أنشطة المستشفى تسعى في جميع اعمالها على كسب رضاه
- يعتبر التركيز على الجودة في الخدمات الصحية المقدمة الحلقة الأساسية التي تسعى كافة المستشفيات إلى تحقيقها مسخرة في ذلك كل مواردها وامكانياتها
- لا تقتصر الجودة على المخرجات النهائية للخدمات الصحية، وانما تبنى على كل خطوة من خطوات المنجزة أو المحققة في سبيل الوصول إلى الهدف المنشود، كما تعتبر كل خطوة مدخلا لما بعدها من خطوات تليها
- الاعتماد على الحقائق والأرقام في تقديم الخدمة الصحية
- مساهمة جميع العاملين في المستشفى في تطوير خطط العمل وتحسين مستوى الخدمات الصحية بشكل مستمر .

المطلب الرابع: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

على الرغم من مجموع المكاسب التي يمكن تحقيقها من تطبيق TQM، الا انها قد تواجه بعض المعوقات والصعوبات التي تظهر عند التطبيق، أهمها:

- 1- عامل الوقت: فقد يحتاج تطبيق هذا النظام إلى وقت كبير نسبيا مقارنة بالمفاهيم والنظم الأخرى (اذ يحتاج التدريب وتطبيق النظام إلى فترة تتراوح ما بين 18 إلى 20 شهرا)
- 2- عامل الثقة: فالنظام يستمد حيويته وكفاءته من ثقة العاملين والإدارة فيه، فاذا انعدمت أو انخفضت الثقة يفشل النظام امام اول عقبة تعترضه.
- 3- الاستقرار التنظيمي: يحتاج النظام إلى درجة عالية من الاستقرار التنظيمي، لذلك فتغير القيادات والمسؤولين عن تطبيق النظام قد يجعل بانتهائه خاصة في المؤسسات الصحية الحكومية بالدول النامية.²

¹مزيان التاج، مرجع سابق، ص 159.

²والة عائشة، مرجع سابق، ص 84.

4- الأعباء التنظيمية: يحتاج إلى اعمال وإجراءات كثيرة كما يحتاج إلى بعض التغييرات في هياكل المستشفى.

5- عامل التقييم: صعوبة وضع مواصفات ومعايير ومقاييس للأداء الطبي يمكن من خلالها تقييم الأداء، وتدخل التقديرات الشخصية وعدم الموضوعية عند وضع هذه المعايير.

6-الفضل: فقد يصبح النظام شماعة لتعليق الأخطاء عليها بدلا من ان يصبح أداة رئيسية للتحسين والتطور.¹

ولخصتها حميدة محمد النجار على النحو التالي:

• دراسة بارديت : تشير هذه الدراسة إلى ان ثلث المؤسسات التي طبقت إدارة الجودة الشاملة فقط راضية عن نتائجها، ويرجع ذلك إلى المنهج الذي تعتمد عليه لحل المشكلات والذي يبدا بتقسيم المشكلة إلى أجزاء صغيرة ودراسة كل جزء وتعديل ما يلزم فيه وإعادة تجميع الأجزاء بعد تحسينها، ويتجاهل هذا المنهج الحركة الديناميكية بين الأجزاء ويقلل من أهمية التفكير في المشكلة كنظام، مما يقصر فاعليتها على حالات التحسين التدريجي، ويضيف انه بدلا من التساؤل حول كيفية تطوير عمل معين من الأفضل التساؤل حول جدي هذا العمل أساسا ومدى ما يضيفه من قيمة.

• دراسة بيموسكي: تقترح هذه الدراسة أسباب لفشل إدارة الجودة الشاملة تتمثل في: ضعف التركيز وعدم كفاءة القيادة وعدم وضوح الفرق بين أساليب الجودة الشاملة وفلسفة الجودة الشاملة، وهذا إلى جانب عدم وجود هدف محدد وقيادة ملتزمة وغياب التخطيط الاستراتيجي لقنوات الاتصال وتكوين مجموعات عمل لتحسين الجودة، بالإضافة إلى غياب الالتزام بالفلسفة ذاتها وعدم إعطاء الافراد التفويض الكافي اللازم لنجاح الجودة الشاملة.

• دراسة دال وزملاؤه: توجز هذه الدراسة عوائق النجاح التي اشارت اليها الدراسات في عدم توافر العوامل التي تدعم وتساند الفلسفة وتخلق البيئة المناسبة لنجاحها، والتي تتمثل في قيادة غير ملتزمة بالفلسفة والخوف من التغيير، ونقص المهارات والتدريب على حل المشكلات، والفشل في استكمال مشروع الجودة الشاملة، وتفكك وعدم استمرارية مجموعات تحسين الأداء، ونقص الموارد المخصصة، وعدم كفاية المعلومات وطرق تحليلها.²

-عدم ملاءمة الثقافة السائدة في المؤسسات الصحية مع متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

-عدم وجود معايير وابعاد جودة الخدمات الصحية.

¹ريمة اوشن، مرجع سابق، ص 86.

²احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص85.

-عدم الاستعانة بخبراء الجودة في عقد اللقاءات والاجتماعات الدورية مع العاملين.

-عدم وجود دورات تدريبية لجميع العاملين في كل المستويات الإدارية للتدريب على مفاهيم وأساليب الجودة.

-غياب الأساليب والطرق الإحصائية التي يعتمد عليها لقياس أداء المؤسسات الصحية.¹

- عدم وجود نظام معلومات فعال لدعم جهود تحسين الجودة بالبيانات والمعلومات المتعلقة بجودة الأداء لقصر فترة تطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين في اغلب منظمات الرعاية الصحية. لذا يرى انه ينبغي ان تستجيب هذه النظم لتزويد فرق تحسين الجودة والمهتمين الاخرين بها بالمعلومات الضرورية والمتكاملة عن الجودة من مصادرها المختلفة في المنظمة.

وفي ضوء ما سبق، يمكننا ان نقول ان تطبيق إدارة لجودة والتحسين في منظمات الرعاية الصحية، تكتفه في العادة صعوبات وعوائق يغلب ان تكون عادية أو طبيعية. ويمكن لهذه الصعوبات والعوائق ان تختفي إذا تم التصدي لها بروية وحزم وتوافرت الإدارة الصادقة لمواجهتها.²

¹ كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص 110.

² د.مدحت محمد أبو النصر، مرجع سابق، ص 223.

الخلاصة:

تيفقت اغلب المؤسسات أهمية اعتماد إدارة الجودة الشاملة في تنمية وتطوير أدائها، وذلك عن طريق التفاعل الكامل لجميع افراد المؤسسة، إذ أصبحت إدارة الجودة الشاملة من اهم الأساليب الإدارية الحديثة التي تستخدمها المؤسسات لتحقيق مكانة سوقية افضل وزيادة الحصة السوقية، إضافة إلى هذا تحسين مستوى الجودة وتقوية المركز التنافسي من خلال تعبئة خبرات مهارات موظفيها، مع ضرورة مقابلة جهودهم بالحوافز والمكافئات، واشعارهم بأهميتهم في المؤسسة وكذا السعي إلى تنمية روح الفريق ومنحهم الفرصة لتطوير أدائهم من خلال اشراكهم في عملية اتخاذ القرار.

بدأ الاهتمام بموضوع الجودة منذ العصور القديمة من طرف الكتاب والباحثين، لذلك فهي ليست مفهوما حديثا، وتتوافق الجودة مع مجموعة من الابعاد التي تساعد المؤسسة الصحية على قياس مدى تطابق الاداء مع المواصفات القياسية، وهذا لا يتم الا عن طريق دراسة وتحليل متطلبات ورغبات المرضى المتغيرة بصورة مستمرة.

وتسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، بهدف تحسين الجودة، ويتطلب تطبيقها توفر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، كما تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة، بالإضافة إلى ذلك يتطلب تبني إدارة الجودة الشاملة التحكم في تكاليف الجودة.

وحتى يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالشكل الصحيح، يمكن تحديد إطار تطبيقها في عدة مراحل أساسية تشمل الاعاد والتهيئة لبرامج الجودة الشاملة، نشر ثقافة الجودة وتكوين فريق عمل الجودة.

إن تطبيق إدارة الجودة لشاملة يحقق العديد من المزايا، تتمثل أساسا في تبسيط الإجراءات وتحسينها، تحقيق كفاءة التشغيل، القضاء على اختلافات الممارسة العيادية والحد من تكرار العمليات.

لكن بالرغم ما تحققه إدارة الجودة الشاملة من مزايا الا انها تواجه جملة من المعوقات خاصة الثقافية منها اثناء عمليات التطبيق.

الفصل الثالث: الإطار

التطبيقي لإدارة الجودة على

جودة الخدمات الصحية

تعرض المؤسسات الصحية بالجزائر مجموعة من العراقيل والمشاكل التي تعيق عملها وتحول دون تحقيق جودة الخدمة الصحية المرغوب فيها ولعل من اهم الأسباب المؤدية لذلك هو تخلي بعض المؤسسات الصحية عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة ولما له من دور على أداء المؤسسة وعلى المرضى بحد سواء ومن خلال هذا الفصل سنحاول الربط بين الجانب النظري للدراسة والذي يناقش فكرة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بالجانب التطبيقي والمتمثل في الدراسة التطبيقية التي تمت على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة "العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي" وذلك من اجل مناقشة الفرضيات واثبات مدى صحتها واستخلاص النتائج وتقديم الاقتراحات والتوصيات والتي سيتم عرضها في ثلاث مباحث كالتالي:

المبحث الأول: تقديم المؤسسة وهيكلها التنظيمي

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية

المبحث الثالث: عرض وتفسير نتائج اختبار الفرضيات

المبحث الأول: تقديم المؤسسة وهيكلها التنظيمي.

يتكون القطاع الصحي في الجزائر على نوعين من المؤسسات، مؤسسات عمومية استشفائية، وأخرى للصحة الجوارية، وقد تم فصل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في الجزائر في السنوات الأخيرة عن المؤسسات العمومية الاستشفائية، كبديل لتنظيم القطاع الصحي والذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهياكل خارج الاستشفائية، حيث يتمثل الهدف الجوهري من التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الاستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن وتخفيف الضغط وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

حيث كانت تتميز المؤسسة العمومية للصحة ببعض الاختلالات الشيء الذي أدى إلى إعادة التفكير في تنظيمها حيث كان تركز المؤسسة مواردها للخدمات الاستشفائية وهذا نجم عنه إهمال للخدمات الوقائية والعلاجات القاعدية فتوجه المريض إلى المستشفيات العمومية التي كانت تقوم بتأمين خدمات العيادات مما أدى إلى اكتظاظ على مستوى المستشفيات بما فيها الجامعية والمتخصصة، ولذلك تم الفصل بين المؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تعمل على تقريب الخدمة الوقائية والعلاجات القاعدية للمواطن عن المؤسسات الاستشفائية.

سيتم في هذا المبحث تقديم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة ومكوناتها وهيكلها التنظيمي وأهم المهام والخدمات التي تقدمها.

المطلب الأول: تقديم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة.

تعد المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة أحد أهم المؤسسات العمومية في الولاية التي تساهم في تحقيق الرعاية الصحية من وقاية وعلاج وذلك من خلال التغطية الصحية التي توفرها العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج التابعة لها.

أولاً: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري لها شخصية معنوية، واستقلال مالي تحت وصاية الوالي أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في: 02 جمادى الأولى 1428 هـ

الموافق ل: 19 ماي 2007 المتضمن انشائها وكيفية سير تنظيمها، يقع مقرها الإداري بقسم الامراض العقلية سابقا لمستشفى بشير بن ناصر بالعالية وقد تم تحويلها الى المقر القديم لمديرية الصحة والسكان "الحوزة" في شهر جوان 2019 وهي تتكون من مجموعة من العيادات المتعددة الخدمات، وقاعات العلاج موزعة على اغلب مناطق الولاية.

ثانيا: الهياكل التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة.

تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة من العيادات وقاعات العلاج التابعة لها وسيتم عرض القائمة الاسمية لكل منها كما يلي:

1- القائمة الاسمية للعيادات المتعددة الخدمات التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة:

- العيادة المتعددة الخدمات سالم عبد الرحمان "البوخاري"

- العيادة المتعددة الخدمات رزيق يونس "العالية"

- العيادة المتعددة الخدمات ابن باديس "726 مسكن"

- العيادة المتعددة الخدمات شكري بوزيان "الضلعة"

- العيادة المتعددة الخدمات المنطقة الغربية

- العيادة المتعددة الخدمات زكيري عبد الحفيظ "بسكرة القديمة"

- العيادة المتعددة الخدمات "الحاجب"

- العيادة المتعددة الخدمات رويق يونس "العالية":

- العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي "العمارات"

2- القائمة الاسمية لقاعات العلاج التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة:

- مصلحة طب العمل

- مركز الكشف الطوعي

- المركز الوسيطي لمعالجة الإدمان

- دار داء السكري

- قاعة العلاج قاضي احمد بن محمد " العالية الجديدة"

- مصلحة دراسة الأوبئة والطب الوقائي

- قاعة العلاج بوريالة بولعراس "ديار السعادة"

- قاعة العلاج حملاوي السعيد "المسيد"

- قاعة العلاج العلمي العربي "فلياش"

- قاعة العلاج عمار سبع "قداشة"

- قاعة العلاج عمار بلعايش "لبشاش"

- قاعة العلاج عبدلي بلقاسم "الرامايش"

- قاعة العلاج حمادي الزاوي "عين بن نوي"

- قاعة العلاج تومي بن صالح "عين الكرمة"

- قاعة العلاج رجوح حسين "برج النص"

ثالثا: مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة في: تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من

عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج ويمكن تلخيص اهم الخدمات التي تقدمها في:

الوقاية والعلاج القاعدي

تشخيص المرض

العلاج الجوّاري

الفحوصات العامة والمتخصصة

التدابير التتاسلية والتخطيط العائلي

تنفيذ البرامج الصحية لمصلحة السكان

تساهم في حماية البيئة

تحسين معارف المستخدمين ورفع مستواهم

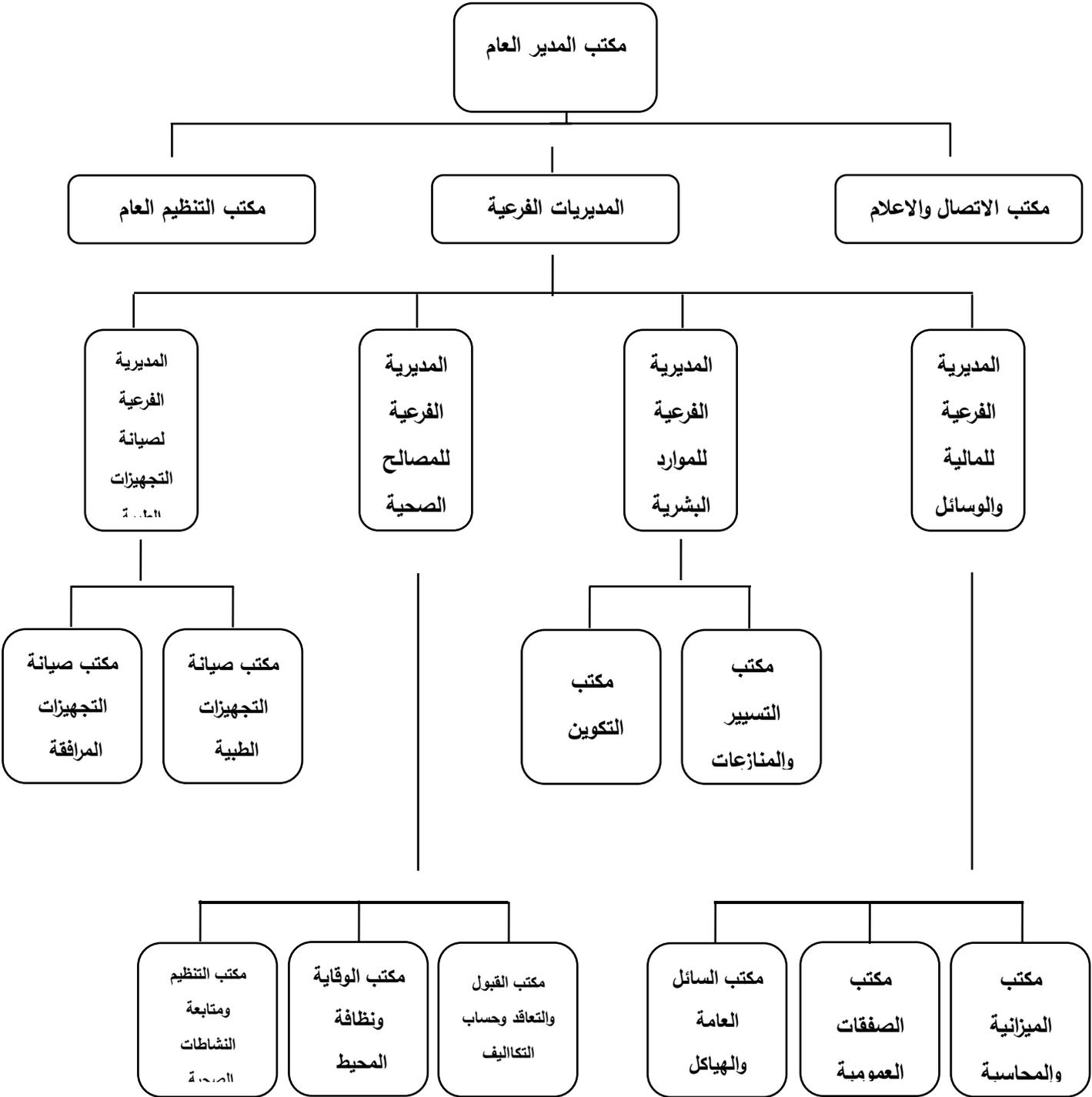
المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي وتسيير المؤسسة العمومية للصحة الجوّارية بسكرة.

من خلال هذا المطلب سنعرض الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوّارية بسكرة وطريقة تسييرها.

أولاً: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوّارية بسكرة.

حدد شكل الهيكل التنظيمي استناداً إلى القرار الوزاري المشترك بين وزارتي المالية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الذي يتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسة وطرق تسييرها.

الشكل رقم (3-1): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة



المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية (المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة).

حسب شكل الهيكل التنظيمي للمؤسسة فإنها تتكون من:

أولاً: مكتب المدير العام

يتم تعيين المدير بقرار وزاري وتسنده له مهمة تسيير المؤسسة ماليا وإداريا، كما له سلطة الرقابة على مستخدميه في الإطار القانوني الذي يخول له الصلاحيات، كما تنهى مهامه بقرار وزاري وفقا للأشكال القانونية التي تم تعيينه بها.

ثانياً: مكتب الأمانة العامة

يقوم هذا المكتب بالأعمال الموكلة اليه والمباشرة بمكتب المدير من استلام الرسائل والرد عليها، ويقوم بحفظ جميع الوثائق الصادرة والواردة من والى الإدارة، كما يلعب دور الوسيط بين مكتب المدير وباقي المديريات الفرعية التابعة للمؤسسة داخليا وخارجيا وهو بمثابة الجهة ذات الصلة الدائمة او المؤقتة للمؤسسة، كما ينبغي على القائمين عليه صفة حفظ الاسرار المهنية.

ثالثاً: مكتب الاتصال والاعلام

يقوم هذا المكتب بإجراء جمع الاتصالات داخليا ويتحصل على المعلومات بغية نشرها محليا، اما الاتصالات التي تكون خارج هذا النطاق فتكون تحت اشراف مديرية الصحة والسكان للولاية كونها الهيئة الوصية على المؤسسة.

رابعاً: المديريات الفرعية

للمؤسسة أربعة مديريات فرعية هي:

-المديرية الفرعية للمصالح الصحية: تسهر هذه المديرية على القيام بنشاطات التغطية الصحية على مستوى كل الهياكل التابعة للمؤسسة وتشرف على تسييرها، والتكفل بالطب المدرسي، وتنفيذ المخططات الصحية المحلية والوطنية.

-المديرية الفرعية للموارد البشرية: هذه المديرية تحظى بمتابعة المسار المهني للموظفين ابتداء من تاريخ تنصيبهم الى غاية الإحالة على التقاعد او الانفصال عن العمل، كما تقوم بمتابعة المنازعات التي تتجم جراء الاخلال بالالتزامات والواجبات، كما تسهر على أداء الحقوق وتطبيق القوانين السارية لمفعول، كما تقوم بإعداد

المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية من خلال ابداء التوقعات لرصد اليد العاملة لسد النقص او العجز من خلال عمليات التوظيف داخليا او خارجيا، كما تسهر على تكوين الموظفين لرفع مستواهم وبالتالي تحسين قدراتهم.

- المديرية الفرعية للمالية والسائل: تقوم هذه المديرية بتقدير حاجيات المؤسسة بالنظر الى الإيرادات والصفقات، سواء تعلق الامر برواتب العمال، العتاد والتجهيزات، اثاث، ... الخ، حيث تقوم بإعداد الميزانية لتنفيذها، كما تسهر على ابرام الصفقات، العقود وغيرها من طلبات العروض والاستشارات لصالح المؤسسة.

المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية: دور هذه المديرية هو اصلاح جميع الاعطاب للأجهزة الصحية والعتاد المرفق لها، غير ان المؤسسة تفتقر لهذه المديرية نتيجة انعدام الإطار القانوني لتوظيف العنصر البشري المؤهل لهذه الوظيفة، لذا تلجا المؤسسة لنظام التعاقد مع المتعهدين بالصيانة وإصلاح الاعطاب.

ثانيا: تسيير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة

بموجب المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في: 19 ماي 2007 المتضمن انشاء العمومية للصحة الجوارية بسكرة لا سيما المادة 06 منه وما يليها خاصة المتعلقة بتسيير المؤسسة نجد:

أولاً: المدير

يستمد سلطة تعيينه من الوزير المكلف بالصحة وحسب الاشكال نفسها تنتهي مهامه، كونه المسؤول الأول عن سير المؤسسة يقوم بتمثيل المؤسسة في جميع الاعمال امام مختلف الهيئات، كما يعد الامر بالصرف، يحضر مشروع الميزانية التقديرية ويعد الحسابات ويشرف على التنظيم الداخلي، كما يسهر على تنفيذ مداورات مجلس الإدارة، ويقوم باعداد تقرير سنوي بعد موافقة المجلس يرسله للسلطة الوصية، يبرم العقود والصفقات وفقا للنظام الساري المفعول، كما يسهر على السير الحسن للمرافق الصحية التابعة للمؤسسة.

ثانيا: المساعدون

يساعد المدير أربع مدراء فرعيين يكلفون بتسيير المديرية التالية:

-المديرية الفرعية للمالية والوسائل.

- المديرية الفرعية للمصالح الصحية.

-المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات.

-المديرية الفرعية للموارد البشرية.

ثالثا: مجلس الإدارة

يتكون هذا المجلس من مجموعة اشخاص طبيعيين يمثلون مختلف الهيئات بالولاية ولهم ارتباط بالمؤسسة وهم:

-ممثل عن الوالي يترأس المجلس.

-ممثل عن الإدارة المالية وممثل عن التأمينات الاقتصادية.

-ممثل عن الضمان الاجتماعي. ممثل عن المجلس الشعبي الولاىي.

-ممثل عن المجلس الشعبي البلدي.

-منتخب عن المستخدمين الطبيين ومنتخب عن المستخدمين شبه طبيين.

-منتخب من العمال.

-رئيس المجلس الطبي، وحضور مديري المؤسسة المعنية لمداوات المجلس ليقدموا الاستشارات يتولون امانة المجلس.

واهم ما يتداوله المجلس نجد:

-الحسابات التقديرية والحساب الإداري.

-مخطط تنمية المؤسسة.

-دراسة مشروع الميزانية.

-الصفقات والعقود والاتفاقيات طبقا لتنظيم الساري المفعول المعمول به.

-اقتناء وتحويل ملكية المنقولات والعقارات وعقود الايجار.

-دراسة الهبات والوصايا لقبولها او رفضها.

تمتد عهدة المجلس لثلاث 03 سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي بعدما يقدم له اقتراح التجديد، كما أن انتهاء العضوية يتم بانتهاء الاستمرار في الوظيفة.

يجتمع المجلس في الوضع العادي بشكل دوري بمعدل مرة كل 06 أشهر، كما يمكن أن يجتمع في دورة غير عادية باستدعاء من رئيسته أو طلب ثلثي أعضائه، يتم تحرير المداولات في محضر معد لهذا الغرض ويقيّد في سجل خاص يكون مرقم ومؤشر عليه من طرف الرئيس ويتم إعداد جدول عمل لكل اجتماع من طرف الرئيس بناء على طلب أو اقتراح يتقدم به المدير.

اما من حيث النصاب القانونية المعتبرة نجد أنه لا تصح المداولات إلا بحضور الأغلبية وفي حالة عدم توفر هذا الشرط يتم استدعائهم خلال 08 أيام الموالية للحضور للمداولات ليتقرر ما يصدر عنه، فتصح المداولات مهما كان عدد الحضور.

وتعرض المداولات على الوالي للموافقة خلال 08 أيام من الاجتماع المنعقد وتعد نافذة ما لم تبلغ باعتراض خلال مدة 30 يوما.

رابعا: المجلس الطبي

هذا المجلس يعد مجلسا استشاريا لمجلس الإدارة يتكون من رئيس ونائب، حيث ينتخبان من أعضاء المجلس لمدة ثلاث 03 سنوات قابلة للتجديد وهم على النحو التالي:

-ممثل عن المستخدمين استشفائيين الجامعيين.

-مسؤول المصالح الصحية.

-صيدلي مسؤول عن الصيدلية، جراح اسنان.

وتمكن مهامه في دراسة المسائل الطبية والتقنية بابداء الرأي خصوصا في:

- برامج الصحة والسكان والتظاهرات العلمية والتقنية.

- تنظيم العلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.

- مشاريع بناء المصالح الصحية وتجهيزها انشاؤها والغاءها.

يجتمع في دورة عادية كل شهرين أو بإستدعاء من الرئيس في دورة استثنائية أو بطلب من مدير المؤسسة ليتم تحرير محضر لكل اجتماع ويقيد في سجل خاص معد لهذا الغرض ليتم المصادقة عليه.

المطلب الثالث: التعريف بالعيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي، الهيكل التنظيمي، وتسييرها

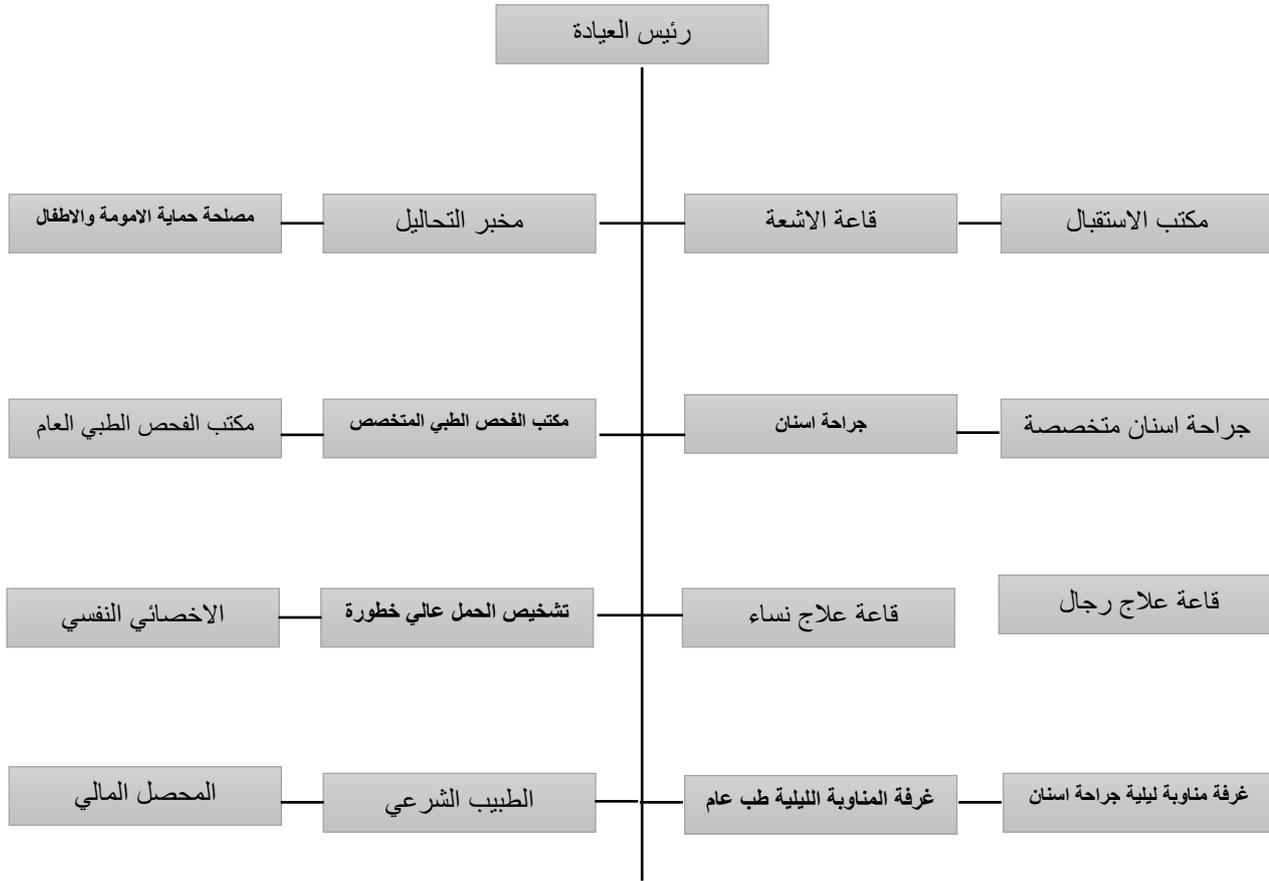
أولاً: التعريف بالعيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي

تقوم هذه العيادة بخدمة عدة مرافق مجاورة كالصندوق الوطني للمعاش والمدارس المجاورة والمؤسسات التابعة للدولة وسكان العمارات وخدمة الاحياء السكنية المجاورة وهي بذلك تقدم دعم صحي للمنطقة بالإضافة الى الأطباء الخواص والتخصصات الموجودة في العمارات المقابلة لها. تقع في حي العمارات (HLM) يحدها من الشمال العمارات وتقع على الطريق المؤدي الى بسكرة القديمة شرقا والمؤدي الى البريد المركز غربا، وهي تابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة وبالتالي تخضع اداريا لها وتقوم بالأعمال الطبية من خلال الفحص الطبي والعلاج والتحاليل والأشعة لكنها لا تقوم بالأعمال الاستشفائية مثل مؤسسات الصحة الاستشفائية والاستعجالات.

ثانياً: الهيكل التنظيمي

تحتوي العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي على العديد من المكاتب والمصالح والقاعات والتي تقوم كل منها بأدوار متكاملة تجعل منها عيادة قادرة على التكلف بالعلاج المطلوب منها والتي نعرضها في الشكل التالي:

الشكل رقم (3-2): الهيكل التنظيمي للعيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي.



المصدر: من اعداد الطالب بناء على المعلومات المقدمة من طرف رئيس العيادة.

ثالثاً: تسيير العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي:

بناء على الهيكل التنظيمي للعيادة يمكن ان نلخص طريقة تسيير العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي كالتالي:

- **رئيس العيادة:** يهتم بالأمر الادارية ويكون على اتصال دائم مع الادارة ويقوم بتسوية كل الوثائق، ويتكفل بجميع الامدادات من صيدلية المؤسسة والمخزن، وهو مسؤول عن جميع عمال العيادة بالإضافة الى استقبال شكاوى المواطنين.

- **مكتب الاستقبال:** يختص في استقبال المرضى واهليهم وتقديم جميع الارشادات والنصائح والتوجيهات.

- **مكتب الطب العام:** يشرف عليه طبيب عام ويقوم بالفحص العام للمرضى.

- مكتب الطب الاخصائي: يحتوي على مكاتبين ويستقبل كل مكتب في كل يوم تخصص مختلف يشرف عليه طبيب اخصائي تابع للمؤسسات العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان ويشير بن ناصر، ويتمثل التوزيع الأسبوعي للتخصصات كالتالي:

الجدول رقم (3-1): التوزيع الأسبوعي للأطباء الاخصائيين حسب كل مكتب.

أيام الاسبوع	التخصص بالمكتب الاول	التخصص بالمكتب الثاني
الاحد	إعادة التأهيل الحركي	جراحة المسالك البولية
الاثنين	جراحة عامة	طب اطفال
الثلاثاء	امراض القلب	جراحة العظام
الأربعاء	الجراحة البلاستيكية	امراض الكلى
الخميس	امراض الكلى	الإنعاش والتخدير

المصدر: من إعداد الطالب بناء على المعلومات المقدمة من رئيس العيادة.

مكتب الاخصائي نفساني: يشرف عليه اخصائي نفساني يعمل على متابعة الحالة النفسية للمرضى.

- جراحة الأسنان: وتختص في فحص وترميم الاسنان.

- جراح أسنان مختص: يشرف على المكتب اخصائي في جراحة الأسنان، ويقوم بالعمليات الجراحية للأسنان.

- قاعة العلاج رجال: يعمل بها مجموعة من الممرضون ومساعدى التمريض الذين يعملون تضميد الجراح وحقن المريض وكل ما يخص عملية العلاج الخاصة بالرجال.

- قاعة العلاج نساء: يعمل بها مجموعة من الممرضون ومساعدى التمريض الذين يعملون تضميد الجراح وحقن المريض وكل ما يخص عملية العلاج الخاصة بالنساء.

- المخبر: يقوم بجميع التحاليل الخاصة بالمرضى.

- الأشعة: يشرف عليه ممارس او اخصائي في الأشعة يعطي سورة بالأشعة للعظام حسب مستوى الاصابة.

-مصلحة الامومة والطفولة: وتختص في مراقبة الحوامل تباعد الولادات والنساء الحوامل والأطفال والتلقيح الخاص بالحج والعمرة.

- تشخيص الحمل العالي الخطورة (GHR): يركز على متابعة النساء الحوامل ذو الخطورة العالية واللواتي تحملن امراض معينة (ضغط الدم - السكري - فقر الدم الخ).

- الطب الشرعي: يعمل على متابعة حالة المرضى الناجمة عن الحوادث وكل ما يتعلق بالتحقيقات واثبات نسبة الضرر وتتمثل ايام العمل الأسبوعية للطبيب بالعيادة محل الدراسة في الاحد، الثلاثاء والخميس.

- غرفة المناوبة الليلية لجراحة الاسنان: يشرف عليها طبيب مختص في جراحة الاسنان يقوم بتقديم هذه الخدمة للمرضى خلال الفترة الليلية.

- غرفة المناوبة الليلية طب عام: يشرف عليها طبيب عام يقوم بتقديم الفحوصات العامة للمرضى خلال الفترة الليلية.

- المحصل المالي: يعمل على تحصيل المال من المرضى.

المبحث الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية

اعتمدنا في دراستنا هذه على أسلوب الاستبيان في جمع المعلومات، حيث ان الاستبيان هو مجموعة من الأسئلة المتنوعة والملمة بموضوع البحث والتي ترتبط ببعضها البعض بشكل يحقق الهدف الذي يسعى اليه الباحث من خلال الاشكالية التي يطرحها بحثه، ويسلم الاستبيان مباشرة الى مجموعة من الافراد الذين اختارهم الباحث لكي يتم ملئها ثم اعادتها له، وسنقوم من خلال هذا البحث بتقديم عينة الدراسة ثم شرح لكيفية تصميم هذا الاستبيان ومكوناته، والأسلوب المستعمل في تحليل خصائص مجتمع الدراسة وعينته وفي الأخير سنقوم باختبار فرضيات الدراسة.

المطلب الأول: منهج الدراسة، وأدوات جمع البيانات

سننترق في هذا المطلب الى منهج الدراسة والى حدودها، نتعرف على مجتمع الدراسة ومكوناته واهم خصائص عينة الدراسة والى أدوات جمع البيانات.

أولاً: منهج الدراسة

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة رأينا أن المنهج المناسب لدراسة ومن أجل تحقيق أهدافها هو إستخدام المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعتمد بدوره على الوصف الدقيق جدا للظاهرة محل الدراسة بحيث يتم جمع كل البيانات والأدلة لدراسة ظاهرة في الوقت الظاهر أي تحديد مكان الظاهرة (المجال الميداني) وتحديد الفترة الزمنية لها، العناصر (الوحدات) المعنية للظاهرة.

وقد استخدمنا مصدرين أساسيين لجمع البيانات وهما:

- مصدر أولي: قد تم استخدام الاستبانة في جمع البيانات المطلوبة وصممت هذه الاستبانة بما يتوافق مع متغيرات الدراسة، حيث تم توزيعها على عينة الدراسة ومن ثم تفرغها وتحليلها باستخدام برنامج ((SPSSV.20 الإحصائي وباستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة وذلك بهدف الوصول إلى دلالات ذات قيمة ومؤشرات تدعم موضوع الدراسة وبهدف اختبار الفرضيات والتوصل إلى النتائج وتقديم بعض التوصيات والاقتراحات.

وقد تم استخدام مقياس " ليكرت الثلاثي" لقياس استجابات المبحوثين لفقرات الاستمارة وذلك كما هو موضح في

الجدول التالي:

الجدول رقم (3-2): مقياس " ليكرت الثلاثي " لقياس استجابات المبحوثين

الدرجة	1	2	3
الاستجابة	غير موافق	محايد	موافق
المتوسط الحسابي	1.66-1	2.33-1.67	3-2.34

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

- مصدر ثانوي: تم الاعتماد في هذه الدراسة على الكتب والمقالات والمجلات بالإضافة الى الأبحاث المنشورة ورسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراه التي لها صلة بموضوع الدراسة، كما استعنا بشبكة الانترنت والنسخ الالكترونية.

ثانيا: حدود الدراسة:

- الحدود المكانية: بالنظر لكون قطاع الصحة في الجزائر يضم نسبة كبيرة من المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والتي تضم العديد من العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج، وبالنظر إلى كون عنوان بحثنا دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الصحية، فقد كان إختيار عينة الدراسة على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي)

- الحدود الزمانية: قدرت حدود الدراسة الزمانية ما بين سنة 1992 الى سنة 2019.

- الحدود البشرية: بعد تصميم الاستبيان وتحكيمه من طرف بعض الاطارات بالمؤسسات الصحية والأساتذة الجامعيين، قمنا بتوزيع استمارات الاستبيان على مقدمي الخدمة (شبه طبي، طبي ... الخ) لهاته المؤسسة ومجموعة من المرضى لاستنصاء آراءهم حول إدارة الجودة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة الصحية بسكرة.

ثانيا: مجتمع الدراسة:

ونقصد به مجموعة الافراد الذين تم توزيع استبيان الدراسة عليهم، والتي انصب عليهم الإهتمام، في هذه الدراسة وهم مقدمي الخدمات والمرضى بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي).

ومنه تم توجيه الإستبيان إلى المجتمع المتمثل في مقدمي الخدمة من سلك شبه الطبيين والطبيين والتخصصات الأخرى بالإضافة الى مجموعة من المرضى لاستقصاء آراءهم حول دور إدارة الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة محل الدراسة.

يبلغ عدد موظفوا المؤسسة محل الدراسة 62 موظف ونلاحظ أن أغلبيتهم من سلك شبه الطبيين وهم ممرضو الصحة العمومية ومساعدو تمريض. وهذا راجع أساسا لطبيعة العمل المقدم بالمؤسسة والذي يعتمد بشكل كبير على هاتين الفئتين في تقديم الخدمات، وكذلك السياسة التي تبنتها الوصاية بغرض تدعيم قطاع الصحة بالمستخدمين شبه الطبيين خاصتا الفئتين المذكورتين اعلاه، ثم تأتي باقي التخصصات من أطباء وممارسين واخصائيين بنسب صغيرة ومتفاوتة.

ثالثا: عينة الدراسة:

لقد تم توزيع الاستبيان على مجموعة من مقدمي الخدمة الصحية من سلك الطبيين وشبه الطبيين وغيرهم بالمؤسسة محل الدراسة وكذلك مجموعة من المرضى، حيث تم توزيع 45 استبانة، إسترد منها 39 إستبانة وبعد فحصهم تم قبول 35 إستبانة (55,56% من مجتمع الدراسة) نظرا لعدم تحقيق شروط الإجابة الصحيحة في باقي الاستبانات.

الجدول رقم(3-3): الاستبيانات الموزعة على عينة الدراسة

عدد الاستمارات الموزعة	عدد الاستمارات المسترجعة	عدد الاستمارات الصالحة للتحليل
45	39	35
%100	78%	70%

المصدر: من اعداد الطالب.

رابعاً: أداة الدراسة والأساليب الإحصائية

من خلال هذا المطلب سنقوم بعرض الأدوات المستخدمة في الدراسة من اجل الوصول الى أهدافها وكذلك الى اهم الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليلها.

1- الأدوات المستخدمة في الدراسة

من اهم البرامج والادوات التي قمنا باستخدامها من اجل تحليل البيانات المجمعة:

- الاستبانة.

قمنا ببناء استبيان اعتمادا على ما ورد في الإطار النظري والدراسات السابقة، أعد خصيصا لقياس اتجاهات الباحثين وفق المحاور الرئيسية للدراسة، إذ قسم هذا الاستبيان إلى قسمين، يتعلق القسم الأول بالخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة ويشمل كل من الجنس، السن، المستوى الدراسي، عدد سنوات الخبرة، التخصص. أما القسم الثاني فقد خصص للدراسة وهو مقسم إلى محورين المحور الأول يتعلق بإدارة الجودة والمحور الثاني يتعلق جودة الخدمات الصحية (الاستبيان يحتوي على 48 سؤال). أنظر الملحق رقم (1)

المحور الأول: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول متطلبات إدارة الجودة في المؤسسة العمومية للصحة الجارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي) ويتكون من (13) عبارة.

المحور الثاني: يقيس هذا المحور جودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة ويتكون من (35) عبارة مقسمة على خمسة أبعاد كما يلي:

البعد الأول: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد الملموسية**، ويحتوي على (10) عبارات.

البعد الثاني: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد الاعتمادية**، ويحتوي من (08) عبارات.

البعد الثالث: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد الضمان**، ويحتوي على (05) عبارات.

البعد الرابع: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد الإستجابة**، ويحتوي من (07) عبارات.

البعد الخامس: يقيس هذا المحور اتجاهات المبحوثين حول **بعد التعاطف**، ويحتوي من (05) عبارات.

ومن أجل تحليل هذه المعطيات استخدمنا برنامج الحزمة الإحصائية spss نسخة 20 الذي يعتبر البرنامج المناسب لتحليل مثل هذه البيانات، وللحصول على نتائج أكثر دقة، وذلك بتفريغ جميع البيانات فيه وترميز الإجابات وتحليلها إحصائياً من خلال الأساليب الإحصائية.

وكخطوة أولى قمنا بإدخال البيانات وفق مقياس ليكرت الثلاثي والمقسم إلى ثلاثة اختيارات، أعطيت الدرجات من (1) إلى (3)، حيث أن (1) أدنى درجة أي موافق، و(3) هي أعلى درجة أي غير موافق.

وكانت أبعاد إستبيان الدراسة موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم: (3-4): أبعاد إستبيان الدراسة.

أرقام العبارات	أبعاد الإستبيان
13	إدارة الجودة
13	إدارة الجودة
10-1	الملموسية
18-11	الإعتمادية
23-19	الضمان
30-24	الاستجابة
35-31	التعاطف
35-01	جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالب

2- الأساليب الإحصائية

بعد إدخال البيانات ومعالجتها بالحاسوب الآلي عن طريق برنامج (SPSS) ولتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات واختبار صحة الفرضيات، تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية المناسبة وهي:

- جدول التوزيعات التكرارية والنسب المئوية: لتمثيل الخصائص الشخصية لأفراد مجتمع الدراسة.

- المتوسط الحسابي: هو من أهم مقاييس النزعة المركزية وأكثرها استخداما في وصف البيانات أو التوزيعات التكرارية المتجانسة لما يمتاز به من خصائص جيدة.
- الانحراف المعياري (Standard Deviation) : هو من أفضل مقاييس التشتت المطلق وأدقها، يتأثر بالقيم المتطرفة بصورة غير مباشرة كونه يعتمد عند إيجاده الوسط الحسابي .
- تحليل التباين للانحدار (Analysis of variance) : لقياس مدى صلاحية النموذج لدراسة الانحدار .
- تحليل الانحدار البسيط (Sample Regression) : يستخدم للتحقق من أثر متغير مستقل واحد على متغير تابع واحد .
- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach alpha) : هو ذلك لقياس ثبات أداة الدراسة أي مدى ثبات عباراتها .
- معامل صدق المحك: وذلك لقياس صدق أداة الدراسة (صدق العبارات).
- اختبار معامل الالتواء (Skewness) ومعامل التفلطح (kurtosis) : من أجل التحقق من التوزيع الطبيعي للبيانات .
- اختبار T للعينات المستقلة (Independent – samples.T.Test) : للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي اتجاهات أفراد مجتمع الدراسة نحو محاور الدراسة باختلاف متغيراتهم التي تنقسم إلى فئتين .
- تحليل التباين الأحادي (one .way.Anova) : للتعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات اتجاهات أفراد مجتمع الدراسة نحو الدراسة باختلاف متغيراتهم الشخصية والوظيفية التي تنقسم الى أكثر من فئتين .

المطلب الثاني: اختبار الثبات واتساق الأدوات

يعتبر صدق وثبات ادارة الدراسة من اهم الدعائم التي تقوي وتعزز الدراسة وتعطي للنتائج المتحصل عليها أكثر مصداقية.

أولاً: اختبار الثبات واتساق الأدوات

يقصد بصدق الاستبانة أن تقيس أسئلة الاستبانة ما وضعت وصممت لقياسه يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه، كما يقصد بالصدق هو شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل

من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها¹ ويتم التأكد من صدق أداة الدراسة من خلال:

- **الصدق الظاهري:** تم التأكد من صدق الأداة من خلال عرضها أساتذة من جامعة محمد خيضر بسكرة كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ومجموعة من الممارسين الطبيين والاختصاصيين، وكان عددهم (05)، وذلك للتأكد من سلامة عباراتها لغويا ومضمونا، ومدى تمثيلها لأبعاد الدراسة، وقد تمت مراجعة تلك الملاحظات والاخذ بها، وتم تعديل الأداة حسب آراء المحكمين وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة ظاهريا.

- **صدق المحك:** لقد تم الاعتماد على الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ حيث أن صدق المحك يساوي إلى الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

ثانيا: ثبات أداة الدراسة

ويقصد به مدى الحصول على نفس النتائج لو كرر البحث في نفس الظروف أو في ظروف مشابهة، وباستخدام نفس الأداة، وللتحقق من ثبات أداة الدراسة أستخدمنا معامل ألفا كرونباخ وتم قبول العبارات التي يكون معامل ثباتها أكبر من أو يساوي 0.6 وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-5): نتائج ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات الاستبانة

المحاور	عدد العبارات	معامل الثبات (ألفا كرونباخ)	معامل الصدق
ادارة الجودة الشاملة	13	0.717	0.846
جودة الخدمة الصحية	35	0.625	0.790
المجموع	48	0.726	0.852

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

¹ - فوزية برسولي، أثر التمكين في الأداء البشري دراسة ميدانية بمديرية الحماية المدنية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه، غير منشورة، قسم علوم التسيير كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2018، ص142.

يتضح من الجدول أن:

- معامل الثبات لأبعاد ومحاور الدراسة عالي حيث يتراوح بين (0.625، 0.717)
- معامل الثبات للدراسة ككل بلغ (0.726) وهي نسبة عالية ومقبولة، وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني لهذه الدراسة، وهذا يعني يمكن الحصول على نفس النتائج في حالة إعادة توزيع أداة الدراسة في ظروف مشابهة.

الصدق البنائي: الاتساق الداخلي:

تم التأكد من صدق الاتساق الداخلي (الصدق البنائي) للأداة أيضا بحساب معامل الارتباط **Pearson** بين كل عبارة من عبارات الاستبيان بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه العبارة، ويمكن توضيح ذلك في الجداول التالية:

الجدول رقم (3-6): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات ادارة الجودة الشاملة والدرجة الكلية

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.875**	01
0.852**	02
0.784**	03
0.785**	04
0.803**	05
0.870**	06
0.686**	07
0.877**	08
0.850**	09
0.858**	10
0.877**	11
0.780**	12
0.423**	13

** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل

* عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن عبارات الاستبيان تتسق داخليا مع محاورها عند مستوى دلالة 0.01 وبالتالي يمكن اعتمادها في البحث.

الجدول (3-7): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الأول للمحور الثاني والبعد الذي ينتمي له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.783**	01
0.698**	02
0.717**	03
0.660**	04
0.756**	05
0.374*	06
0.758**	07
0.455**	08
0.368**	09
0.839*	10
** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	
* عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الجدول (3-8): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الثاني للمحور الثاني والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.458**	11
0.558**	12
0.799**	13
0.411*	14
0.725**	15
0.478**	16
0.369**	17
0.367*	18
** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	
* عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الجدول (3-9): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الثالث للمحور الثاني والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.247*	19
0.299*	20
0.459**	21
0.428**	22
0.539**	23
** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	
* عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الجدول (3-10): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الرابع للمحور الثاني والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.638**	24
0.789**	25
0.356*	26
0.459**	27
0.478**	28
0.698**	29
0.701**	30
** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	
* عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الجدول (3-11): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الخامس للمحور الثاني والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.476*	31
0.522**	32
0.369*	33
0.879**	34
0.612**	35
** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	
* عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

يتضح من الجداول السابقة أن قيم معامل الارتباط كل عبارة من العبارات مع محورها موجبة ودالة معنويًا عند مستوى الدلالة يساوي 0.01 فأقل ومستوى من الدلالة يساوي 0.05 فأقل، مما يدل على إتساق هذه العبارات مع محاورها وبالتالي التحقق من صدق الإتصال الداخلي للأداة.

المطلب الثالث: الدراسة الوصفية لعينة الدراسة

1- خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية

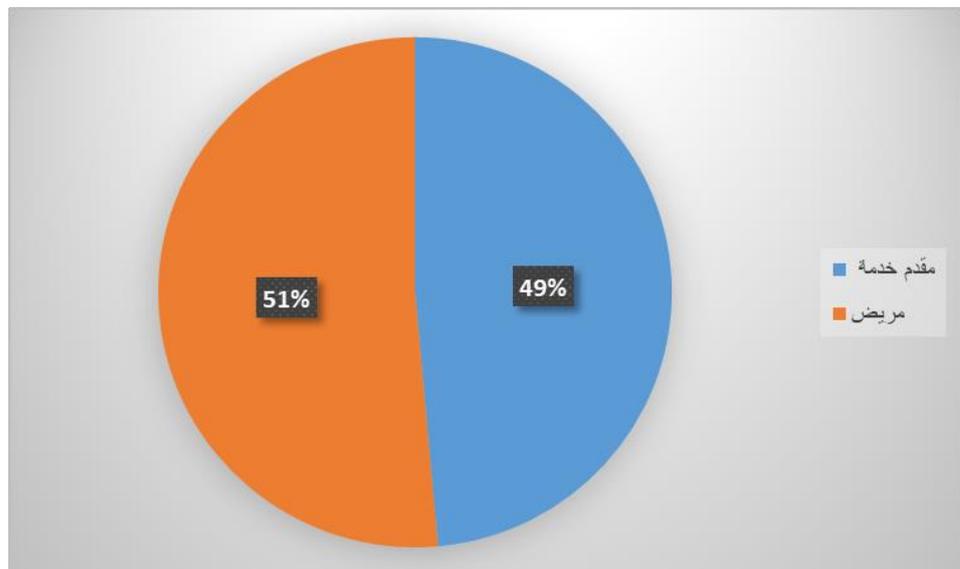
سنقوم بتقديم الوصف الاحصائي لأفراد عينة الدراسة حسب الوضعية وخصائصهم من متغير وفئات المتغير والتكرارات ومنه الى النسبة المئوية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-12): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية %
الوضعية	مقدم خدمة	17	48.6
	مريض	18	51.4
	المجموع	35	100

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الشكل رقم (3-3): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال النتائج المحصص عليها في الجدول نلاحظ ان نسبة مقدمي الخدمة الذين قاموا بالإجابة على الاستبيان قد بلغت نسبة 49% في حين ان نسبة المرضى الذين أجابوا على الاستبيان بلغت 49% منه نلاحظ أن النسب متقاربة إلى حد ما مما يعزز قوة نتائج الدراسة.

2- خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

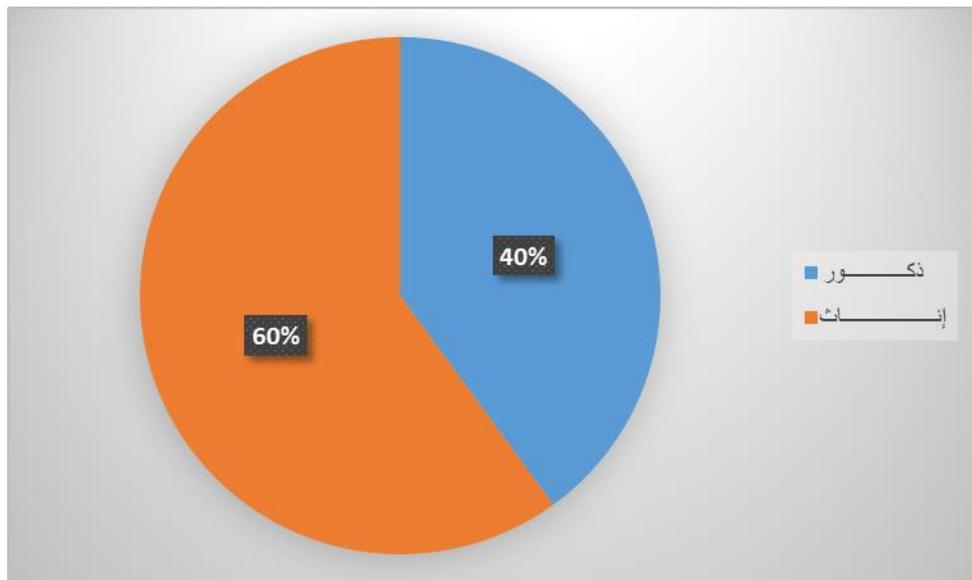
سنقوم بتقديم الوصف الاحصائي لأفراد عينة الدراسة حسب الجنس وخصائصهم من متغير وفئات المتغير والتكرارات ومنه الى النسبة المئوية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-13): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية%
الجنس	ذكور	14	40
	إناث	21	60
	المجموع	35	100

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الشكل رقم (3-4): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الجنس



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

- يوضح الجدول أن العينة شملت على 35 عامل، 14 من جنس الذكور أي بنسبة بلغت 40%، بينما بلغ عدد الإناث 21 أي بنسبة بلغت 60% وعلى بالتالي يمكن القول ان الدراسة شملت كلتا الجنسين وبنسب متقاربة الى حد ما مما يعزز قوة وصدق نتائج الدراسة.

3- خصائص أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي:

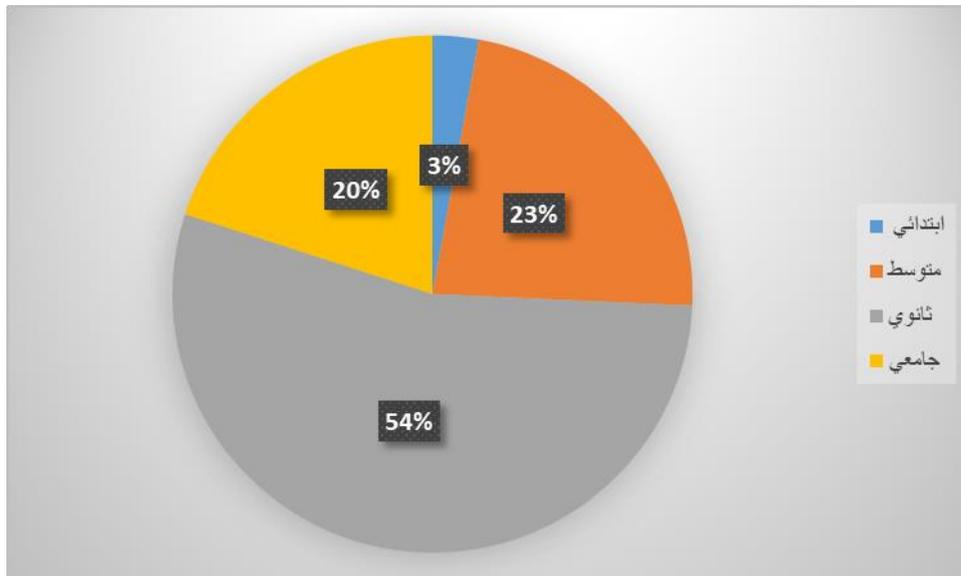
سنقوم بتقديم الوصف الاحصائي لأفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي وخصائصهم من متغير وفئات التغير والتكرارات ومنه الى النسبة المئوية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-14): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
المؤهل العلمي	ابتدائي	1	2.9
	متوسط	8	22.9
	ثانوي	19	54.3
	جامعي	7	20
	المجموع	35	100

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الشكل رقم (3-5): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

يوضح الجدول أن أغلبية أفراد عينة الدراسة من فئة الثانوي وذلك بنسبة قدرت بـ: 54.3 % تليها في المركز الثاني 22.9 % من العينة بمستوى المتوسط ثم الجامعيين بنسبة 20 % . وأخيرا الابتدائي بـ 2.9.

نلاحظ أن العينة تشمل مختلف الفئات والمستويات الدراسية حيث ان اغلب افراد العينة كانوا من المستوى الثانوي ونسبة معتبرة من المستوى الجامعي وهذا ما يعطي للدراسة أهمية أكبر ويعزز دقة وصحة نتائجها.

4- خصائص أفراد عينة الدراسة حسب التخصص

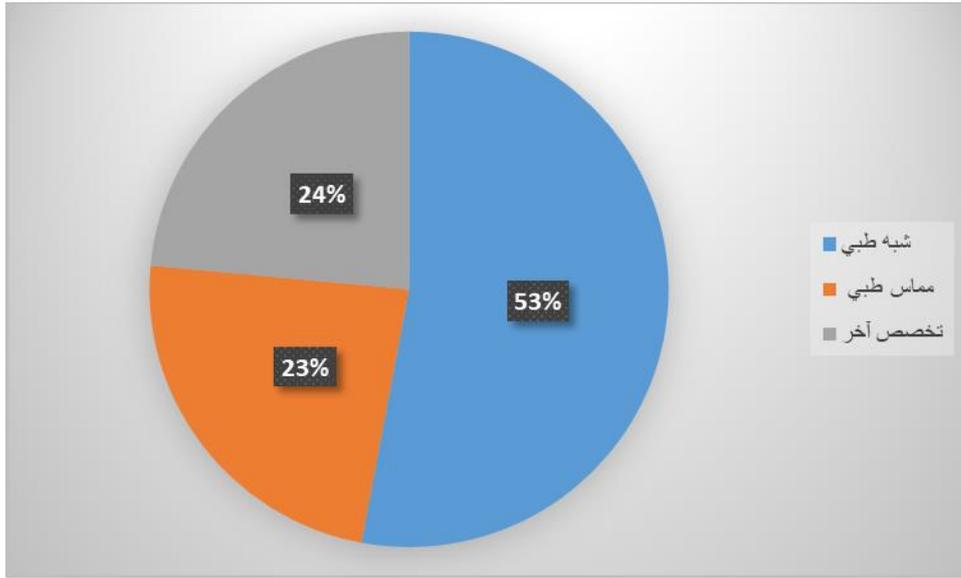
سنقوم بتقديم الوصف الاحصائي لأفراد عينة الدراسة حسب التخصص وخصائصهم من متغير وفئات التغير والتكرارات ومنه الى النسبة المئوية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-15): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب التخصص

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
التخصص	شبه طبي	9	53
	مماس طبي	4	23
	تخصص آخر	4	24
	المجموع	17	100

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الشكل رقم (3-6): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب التخصص



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

يتبين من خلال الجدول أن نسبة 23% من المماسين الطبيين ونسبة 24% من تخصصات أخرى اما فئة الشبه الطبي فقد حققت أعلى نسبة بـ 43%.

ومنه نلاحظ ان أكبر نسبة من التخصصات هي نسبة الشبه طبي وهذا شيء جد طبيعي نظرا لطبيعة العيادة محل الدراسة ونوع الخدمات الصحية المقدمة فيها وعلى اعتبار ان سلك الشبه الطبيين هم أقرب شخص للمريض وأكثر فئة تقوم بعلاج المريض وبصفة مباشرة يمكن القول ان هذا من شأنه تعزيز قوة الدراسة وجعلها أكثر دقة ومصداقية.

5- خصائص أفراد عينة الدراسة حسب مدة الخدمة

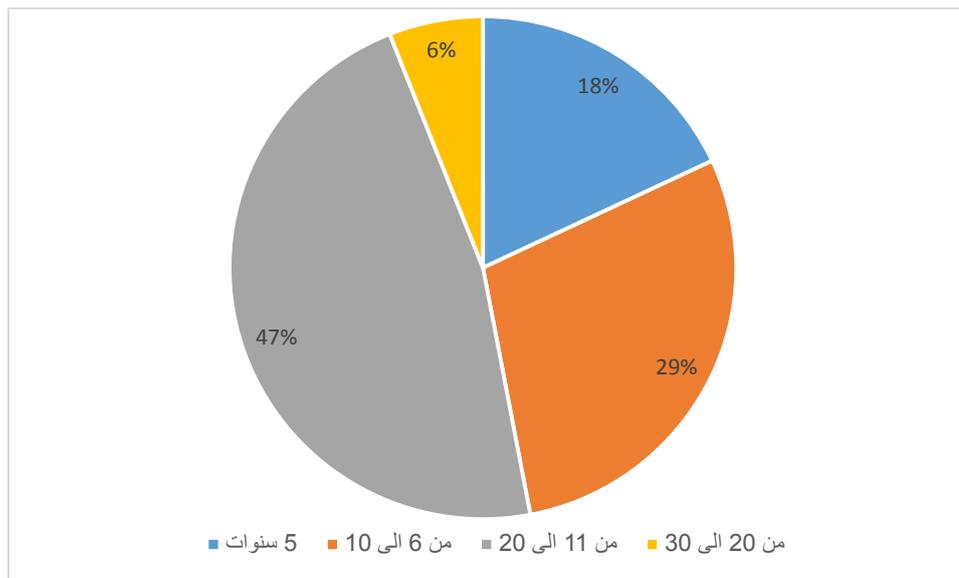
سنقوم بتقديم الوصف الاحصائي لأفراد عينة الدراسة حسب مدة الخدمة وخصائصهم من متغير وفئات التغير والتكرارات ومنه الى النسبة المئوية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (3-16): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب مدة الخدمة

المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الخبرة	5 سنوات	3	17,65
	من 6 إلى 10 سنوات	5	29,41
	من 11 إلى 20 سنة	8	47,06
	من 20 إلى 30 سنة	1	5,88
	المجموع	17	100

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

الشكل رقم (3-7): خصائص أفراد عينة الدراسة حسب مدة الخدمة



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول يتبين أن الفئة المأخوذة متنوعة من حيث الخبرة، حيث بلغت نسبة 47% من 11 إلى 20 سنة و29% لفئة من 6 إلى 10 سنوات 18% لفئة أقل من 5 سنوات و6% للفئة العمرية الأخيرة.

ومنه نلاحظ ان أكبر نسبة لأفراد العينة حسب مدة الخدمة هي الفئة التي قدمت خدمة في مجال الصحة لمدة تتراوح بين 11 الى 20 سنة وهي نسبة كافية لاكتساب خبرة واسعة في المجال مما يعزز دقة وصدق الدراسة.

المطلب الرابع: اختبار الفرضيات

بعد جمع المعلومات المتعلقة بالقسم الأول والمتمثل في إدارة الجودة الشاملة وتفرغها في برنامج SPSS.V20 والقيام بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري سنقوم بعرض النتائج المتحصل عليها كما هو موضح في الجدول التالي:

أولاً: اتجاهات أفراد العينة نحو المتغير المستقل إدارة الجودة الشاملة

بعد توزيع الاستبانة على عينة من الممارسين الطبيين والشبه الطبيين والتخصصات الأخرى بالمؤسسة بالإضافة الى مجموعة من المرضى في المؤسسة محل الدراسة كانت اتجاهات أفراد العينة نحو المتغير المستقل إدارة الجودة الشاملة كما هو موضحة في الجدول التالي:

الجدول (3-17): الإجابة على عبارات ادارة الجودة الشاملة.

رقم العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة الكلية
1	هناك بالمؤسسة هيئة مسؤولة عن الجودة	2.74	0.50	موافق
2	تشارك الإدارة العليا للمؤسسة في تحسين جودة الخدمة الصحية	2.57	0.60	موافق
3	تقارن المؤسسة جودة خدماتها الصحية مع مؤسسات الصحية الناجحة	2.40	0.77	موافق
4	تحاول المؤسسة تقليص الفجوة بين الخدمات المطلوبة من الزبائن والمحقة فعلا	2.45	0.70	موافق
5	توفر المؤسسة برامج تدريب خاصة بجودة الخدمة الصحية	2.37	0.73	موافق
6	تستخدم المؤسسة أسلوب التغذية العكسية لتحسين جودة خدماتها	2.37	0.73	موافق
7	يتوافق الاجر المقدم لمقدم الخدمة بالتوافق مع الجهد المبذول	2.20	0.79	محايد

8	هناك سهولة الاتصال بين كافة الافراد والمستويات في المؤسسة الصحية	2.28	0.71	محايد
9	توفر المؤسسة المعلومات الكافية من اجل تحسين جودو الخدمة الصحية	2.17	0.85	محايد
10	تساهم المؤسسة في التقليل من الاعمال الروتينية	2.11	0.79	محايد
11	تستخدم المؤسسة أسلوب تحفيز العاملين من اجل تحسين جودة الخدمة الصحية	2.17	0.78	محايد
12	المؤسسة نظيفة بالمستوى المطلوب	2.28	0.78	محايد
13	تستخدم المؤسسة اساليب وقائية من اجل تجنب انتقال المرض من المرضى الى غيرهم	2.34	0.72	موافق
	ادارة الجودة الشاملة	2.34	0.24	موافق

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول نلاحظ ان أفراد مجتمع الدراسة بشكل عام يفضلون درجة موافق على العبارات التي تقيس مستوى إدارة الجودة من طرف بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي).، حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.34) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثالثة لسلم ليكرت أكبر من (2.34 إلى 3) (أنظر الجدول رقم 3-2) والتي تشير إلى أن المؤسسة محل الدراسة تعتمد بنسبة معتبرة التزام الإدارة لمنهج إدارة الجودة الشاملة، كما ان بعض الباحثين فضلوا التزام الحيادية في الإجابة على بعض الاسئلة، مثل إستجابة الأجر المقدم لمتطلبات تقديم جودة، كذلك سهولة لاتصال بين كافة الافراد والمستويات في المؤسسة الصحية، وفي توفير المؤسسة المعلومات الكافية من اجل تحسين جودة الخدمة الصحية، ومساهمة المؤسسة في التقليل من الاعمال الروتينية، واستخدام المؤسسة أسلوب تحفيز العاملين من اجل تحسين جودة الخدمة الصحية، وكذلك مستوى نظافة المؤسسة، وتوفرها على دورات مياه نظيفة ومريحة، ماعدا ذلك كانت إجاباتهم بالموافقة على باقي الأسئلة.

ثانياً: اتجاهات أفراد العينة نحو بعد الملموسي

بعد توزيع الاستبانة على عينة من الممارسين الطبيين والشبه الطبيين والتخصصات الأخرى بالمؤسسة بالإضافة الى مجموعة من المرضى في المؤسسة محل الدراسة كانت اتجاهات افراد العينة نحو بعد الملموسية كما هو موضحة في الجدول التالي:

الجدول(3-18): الإجابة على عبارات بعد الملموسية.

رقم العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة الكلية
01	توفر المؤسسة المعدات والأدوات الطبية اللازمة في الوقت المناسب	2.37	0.80	موافق
02	هناك سهولة في الحصول على الادوية	2.57	0.69	موافق
03	عدم توفر التجهيزات الباهظة الثمن مثل السكاكين يؤثر على جودة الخدمة الصحية	2.28	0.82	محايد
04	هناك نقص في التجهيزات الخاصة بالتحاليل الطبية	2.25	0.81	محايد
05	يضطر المريض الى التنقل من اجل اجراء بعض التحاليل او الاشعة او ما شابه لدى جهات اخرى	2.25	0.81	محايد
06	توفر المؤسسة سيارات اسعاف مريحة لضمان نقل المرضى في أحسن الظروف	2.34	0.80	موافق
07	تقوم المؤسسة بتغيير غطاء فراش المريض بشكل دائم	2.25	0.78	محايد
08	تقوم المؤسسة بتغيير التجهيزات الطبية القديمة التي لم تعد صالحة للاستعمال بأخرى جديدة	2.08	0.81	محايد
09	توفر المؤسسة قاعات نظيفة ومكيفة	2.11	0.71	محايد
10	توفر المؤسسة دورات مياه نظيفة ومريحة	2.28	0.78	محايد
	الملموسية	2.28	0.33	محايد

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول نلاحظ أن بعد الملموسة حسب عينة الدراسة يقع في مجال المحايد، بوسط حسابي قدره 2.28 وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية لسلم ليكرت من (1.67 إلى 2.33)، وانحراف معياري 0.33 وهذا يدل على حياد أفراد العينة عن هذا البعد، كما تجدر الإشارة على أفراد العينة يوافقون على 03 عبارات في هذا البعد، مثل توفير المؤسسة المعدات والأدوات الطبية اللازمة في الوقت المناسب، وسهولة في الحصول على الأدوية، توفير المؤسسة سيارات اسعاف مريحة لضمان نقل المرضى في أحسن الظروف.

ثالثاً: اتجاهات أفراد العينة نحو بعد الاعتمادية

بعد توزيع الاستبانة على عينة من الممارسين الطبيين والشبه الطبيين والتخصصات الأخرى بالمؤسسة بالإضافة الى مجموعة من المرضى في المؤسسة محل الدراسة كانت اتجاهات افراد العينة نحو بعد الاعتمادية كما هو موضحة في الجدول التالي:

الجدول (3-19): الإجابة على عبارات بعد الاعتمادية.

رقم العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة الكلية
11	تتطابق الخدمة المطلوبة من طرف المريض مع الخدمة المقدمة	2.42	0.60	موافق
12	يساهم مقدم الخدمة (ممرضين أطباء وغيرهم) في تحسين جودة الخدمة الصحية	2.40	0.73	موافق
13	هناك حسن معاملة للمريض من طرف المستخدم	2.42	0.73	موافق
14	ييدي مقدم الخدمة الصحية الاهتمام بمشاكل وانشغالات المرضى	2.45	0.65	موافق
15	يوجد العدد الكافي من مقدمي الخدمة في كل وحدة علاج	2.34	0.72	موافق
16	يوجد جميع التخصصات الصحية اللازمة في كل وحدة علاج	2.22	0.84	محايد

موافق	0.78	2.45	يحاول مقدم الخدمة التقليل من الأخطاء العلاجية قدر الامكان	17
موافق	0.65	2.45	يتمتع مقدم الخدمة الصحية بالخبرة والمهارة الكافية لأداء عمله	18
موافق	0.29	2.40	الاعتمادية	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول نلاحظ أن بعد الاعتمادية يقع في مجال الموافقة حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.40) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثالثة لسلم ليكرت أكبر من (2.34 إلى 3)، وانحراف معياري 0.29، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الاعتمادية، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد باستثناء عبارة وجود جميع التخصصات الصحية اللازمة في كل وحدة علاج التي فضلوا الحيادية فيها.

رابعاً: اتجاهات أفراد العينة نحو بعد الضمان

بعد توزيع الاستبانة على عينة من الممارسين الطبيين والشبه الطبيين والتخصصات الأخرى بالمؤسسة بالإضافة الى مجموعة من المرضى في المؤسسة محل الدراسة كانت اتجاهات افراد العينة نحو بعد الضمان كما هو موضحة في الجدول التالي:

الجدول(3-20): الإجابة على عبارات بعد الضمان.

رقم العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة الكلية
19	يثق المريض في إمكانات وكفاءة الإطار الصحي	2.20	0.79	محايد
20	يشعر المريض بالارتياح اثناء تلقيه للخدمة الصحية	2.17	0.78	محايد
21	هناك حسن معاملة للمريض من طرف مقدم الخدمة	2.20	0.79	محايد

محايد	0.68	2.22	هناك احترام لخصوصيات واسرار المريض بالمؤسسة الصحية	22
محايد	0.76	2.05	يشعر المريض بالارتياح في المكان والظروف المحيطة به	23
محايد	0.42	2.22	الضمان	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول نلاحظ أن بعد الضمان حسب عينة الدراسة يقع في مجال المحايد، بوسط حسابي قدره 2.22 وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية لسلم ليكرت من (1.67 إلى 2.33)، وانحراف معياري 0.42 وهذا يدل على حياد أفراد العينة عن هذا البعد، قد يعود ذلك الى حساسية البعد وصعوبة توفره في مؤسساتنا وقد يعود لتحفظات افراد العينة التي قد تختلف أسبابها من شخص الى اخر.

خامسا: اتجاهات افراد العينة نحو بعد الاستجابة

بعد توزيع الاستبانة على عينة من الممارسين الطبيين والشبه الطبيين والتخصصات الأخرى بالمؤسسة بالإضافة الى مجموعة من المرضى في المؤسسة محل الدراسة كانت اتجاهات افراد العينة نحو بعد الاستجابة كما هو موضحة في الجدول التالي:

الجدول(3-21): الإجابة على عبارات بعد الاستجابة.

رقم العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة الكلية
24	يلتزم مقدم الخدمة بتقديم الخدمات الصحية المطلوبة منهم في الوقت المناسب وبجودة عالية	2.34	0.76	موافق
25	يعمل مقدم الخدمة على تجنب الاعمال الروتينية من اجل السهولة والسرعة في تقديم الخدمة	2.42	0.60	موافق

26	مقدم الخدمة على استعداد دائم من اجل الاستجابة لانشغالات المرضى	2.42	0.77	موافق
27	هناك سهولة تواصل بين المريض ومقدم الخدمة	2.40	0.73	موافق
28	يحصل المريض على كل المعلومات التي تخصه وفي الوقت المناسب	2.34	0.76	موافق
29	يحرص مقدم الخدمة على عدم مضيعة الوقت في الأمور الغير مجدية	2.54	0.61	موافق
30	يتميز مقدم الخدمة بالسرعة في أدائه والدقة في عمله	2.54	0.65	موافق
	الاستجابة	2.46	0.33	موافق

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول نلاحظ أن بعد الاستجابة يقع في مجال الموافقة حيث بلغ المتوسط الحسابي (2.46) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثالثة لسلم ليكرت أكبر من (2.34 إلى 3)، وانحراف معياري 0.33، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الاستجابة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على كل مكونات هذا البعد.

سادسا: اتجاهات أفراد العينة نحو بعد التعاطف

بعد توزيع الاستبانة على عينة من الممارسين الطبيين والشبه الطبيين والتخصصات الأخرى بالمؤسسة بالإضافة الى مجموعة من المرضى في المؤسسة محل الدراسة كانت اتجاهات افراد العينة نحو بعد التعاطف كما هو موضحة في الجدول التالي:

الجدول (3-22): الإجابة عبارات بعد التعاطف.

رقم العبارة	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة الكلية
31	يتعاطف مقدم الخدمة الصحية مع المريض	2.54	0.74	موافق
32	يبدى مقدم الخدمة اهتمام بمشاعر المريض	2.48	0.61	موافق
33	يوجد جو مرح في التعامل بين مقدم الخدمة والمريض	2.34	0.76	موافق
34	يقوم مقدم الخدمة بمبادرات من شأنها ان ترفع من معنويات المريض	2.28	0.78	محايد
35	يولي مقدم الخدمة اهتمام كبير باحتياجات المريض	2.20	0.83	محايد
	التعاطف	2.32	0.55	محايد

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول نلاحظ أن بعد التعاطف حسب عينة الدراسة يقع في مجال المحايد، بوسط حسابي قدره 2.32 وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثانية لسلم ليكرت من (1.67 إلى 2.33)، وإنحراف معياري 0.55 وهذا يدل على حياد أفراد العينة عن هذا البعد، ورغم حيادية افراد العينة على عبارتين من هذا البعد الا انهم أبدوا م وافقتهم على 03 عبارات في البعد والمتعلقة ب: تعاطف مقدم الخدمة الصحية مع المريض، يبدى مقدم الخدمة اهتمام بمشاعر المريض، وجود جو مرح في التعامل بين مقدم الخدمة والمريض.

المبحث الثالث: عرض وتفسير نتائج اختبار الفرضيات

سيتناول هذا المبحث عرض وتفسير نتائج اختبار الفرضيات من خلال النتائج المتحصل عليها من تحليل علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة بواسطة معامل بيرسون.

المطلب الأول: اختبار التوزيع الطبيعي

أولاً: إعادة صياغة الفرضيات بالصيغة الإحصائية:

1- الفرضية الرئيسية:

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية.

2- الفرضيات الفرعية:

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الملموسية وجودة الخدمة الصحية.
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاعتمادية وجودة الخدمة الصحية.
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الضمان وجودة الخدمة الصحية.
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاستجابة وجودة الخدمة الصحية.
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التعاطف وجودة الخدمة الصحية.

ثانياً: اختبار التوزيع الطبيعي

سنتطرق من خلال هذا المطلب الى اختبار التوزيع الطبيعي بمعامل الالتواء من اجل التأكد من تماثل منحنى التوزيع التكراري حول نقطة المركز المتوسط ومعامل الالتواء من اجل معرفة مقدار التدبب (الارتفاع او الانخفاض) في قمة المنحنى مقارنة بقمة منحنى التوزيع الطبيعي.

الجدول رقم (3-23): اختبار التوزيع الطبيعي معامل الالتواء والتفلطح:

معامل التفلطح	معامل الالتواء	المحاور
1.497	-1.341	بعد الملموسية
-0.312	4.170	بعد الاعتمادية
-0.748	0.430	بعد الضمان
2.274	-0.851	بعد الاستجابة
2.75	-1.333	بعد التعاطف
1.753	-0.702	ادارة الجودة الشاملة
1.139	-0.928	جودة الخدمة الصحية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

من خلال الجدول يتضح أن:

3- معامل الالتواء كان محصوا بين (3 و 3-) اما معامل التفلطح فكان محصورا بين (7 و 7-) وبما ان معاملات كل من الالتواء والتفلطح لمتغيرات الدراسة جاءت داخل المجال المقبول فانه يمكن القول ان متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي.

المطلب الثاني: تحليل اتجاه العلاقة بين المتغيرات وتفسير النتائج

أولاً: تحليل اتجاه العلاقة بين المتغيرات

يتم تحليل النتائج بناء على علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة على اعتبار ان إدارة الجودة الشاملة هو المتغير المستقل وان جودة الخدمة الصحية هي المتغير التابع من خلال خمسة ابعاد وتحليل الارتباط الذي يبين وجود العلاقة بين كل بعد من الابعاد مع إدارة الجودة الشاملة باستخدام معامل بيرسون كما هو موضح في الجدول التالي:

1- تحليل علاقات الارتباط بين متغيرات الدراسة باستخدام معامل بيرسون.

الجدول (3-24): معامل الارتباط بيرسون.

مستوى الدلالة	الارتباط R	المتغير التابع	المتغير المستقل
0.002	0.545**	جودة الخدمة الصحية	ادارة الجودة الشاملة
0.257	0.197	الموسمية	
0.004	0.496**	الاعتمادية	
0.000	0.725**	الضمان	
0.034	0.397*	الاستجابة	
0.018	0.486*	التعاطف	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات SPSS.V20

** ذات دلالة عند مستوى $(\alpha = 0.01)$ فائق.

* ذات دلالة عند مستوى $(\alpha = 0.05)$ فائق.

H_0 : عدم وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية.

H_1 : وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية.

1- نلاحظ ان معامل الارتباط معامل الإرتباط $(R=0.545)$ عند مستوى دلالة تساوي 0.002 وهي اقل

من مستوى الدلالة $(\alpha = 0.01)$ منه نقبل الفرضية H_1 ونرفض فرضية العدم H_0 ونقول انه:

توجد علاقة إرتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة

العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي).

2- نلاحظ ان معامل الارتباط $(R=0.197)$ عند مستوى دلالة تساوي 0.257 وهي اكبر من مستوى الدلالة

$(\alpha = 0.05)$ ومنه نقبل فرضية العدم H_0 ونرفض فرضية H_1 ونقول انه:

لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة والموسمية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي).

3- نلاحظ ان معامل الارتباط ($R=0.496$) عند مستوى دلالة تساوي 0.004 وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$) ومنه نقبل الفرضية H_1 ونرفض فرضية العدم H_0 ونقول انه:

توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة والإعتمادية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي).

4- نلاحظ ان معامل الارتباط ($R=0.725$) عند مستوى دلالة تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$) ومنه نقبل الفرضية H_1 ونرفض فرضية العدم H_0 ونقول انه:

توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة والضمان في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي).

5- نلاحظ ان معامل الارتباط ($R=0.397$) عند مستوى دلالة تساوي 0.034 وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) ومنه نقبل الفرضية H_1 ونرفض فرضية العدم H_0 ونقول انه:

توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة والاستجابة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي).

6- نلاحظ معامل الارتباط ($R=0.486$) عند مستوى دلالة تساوي 0.018 هي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) ومنه نقبل الفرضية H_1 ونرفض فرضية العدم H_0 ونقول انه:

توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة والتعاطف في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي).

ثانيا: تفسير النتائج

من خلال ما سبق يمكن تفسير النتائج كالتالي:

1- تفسير النتيجة الأولى: معامل الارتباط كان قوي ($R=0.545$) عند مستوى دلالة تساوي 0.002 وهي اقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$) وبالتالي نقول بان هناك علاقة ارتباط طردية موجبة وقوية بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي) أي انه كلما زاد تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة محل الدراسة زاد معه تحسين جودة خدماتها الصحية وهذا قد يعود ذلك لكون المؤسسة تهتم بتحسين جودة خدماتها الصحية بدعم من الإدارة العليا وعلى انه هناك وعي لدى مقدمي الخدمة بأبعاد ادارة الجودة الشاملة وعلى ان المؤسسة تحاول تقليص الفجوة بين الخدمات المطلوبة من الزبائن والمحقة فعلا، او انها تقوم بتقديم تحفيزات للعاملين من اجل الوصول الى جودة الخدمة الصحية.

2- تفسير النتيجة الثانية: معامل الارتباط كان ضعيف ($R=0.197$) عند مستوى دلالة تساوي 0.257 وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) وبالتالي نقول بان لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة والملموسية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي) وقد يعود هذا لإهمال المؤسسة للجانب المادي المتمثل في اقتناء التجهيزات الطبية والمعدات وتدشين المباني وتوفير قاعات نظيفة او لعدم وعي المؤسسة بأهمية الجانب المادي في المؤسسة.

3- تفسير النتيجة الثالثة: معامل الارتباط كان قوي ($R=0.496$) عند مستوى دلالة تساوي 0.004 وهي اقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$) وبالتالي نقول بان هناك علاقة ارتباط طردية ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة والاعتمادية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي). أي انه كلما زاد تطبيق بعد الاعتمادية بالمؤسسة محل الدراسة زاد معه تحسين جودة خدماتها الصحية، وهذا من خلال حسن معاملة المريض من طرف مقدم الخدمة الصحية والاهتمام بانشغالاته، كما ان مقدم الخدمة يتمتع بخبرة كافية ويحاول التقليل من الأخطاء في عمله.

4- تفسير النتيجة الرابعة: معامل الارتباط كان قوي ($R=0.725$) عند مستوى دلالة تساوي 0.004 وهي اقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$) وبالتالي نقول بان هناك علاقة ارتباط طردية ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة وبعد الضمان في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي). أي انه كلما زاد تطبيق بعد الضمان بالمؤسسة محل الدراسة زاد معه تحسين جودة خدماتها الصحية، وهذا من خلال احترام خصوصيات المريض وحسن معاملته وجعله يشعر بالارتياح اثناء تلقيه الخدمة الصحية مما يعزز ثقته في المؤسسة.

5- تفسير النتيجة الخامسة: معامل الارتباط كان متوسط ($R=0.397$) عند مستوى دلالة تساوي 0.034 وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) وبالتالي نقول بان هناك علاقة إرتباط طردية ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة وبعد الاستجابة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي). أي انه كلما زاد تطبيق بعد الاستجابة بالمؤسسة محل الدراسة زاد معه تحسين جودة خدماتها الصحية، وهذا من خلال التزام مقدم الخدمة بتقديم الخدمات الصحية المطلوبة منهم في الوقت المناسب وبجودة عالية، سهولة تواصل بين المريض ومقدم الخدمة، يحصل المريض على كل المعلومات التي تخصه وفي الوقت المناسب.

6- تفسير النتيجة السادسة: معامل الارتباط كان متوسط ($R=0.486$) عند مستوى دلالة تساوي 0.018 وهي أقل من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) وبالتالي نقول بان هناك علاقة إرتباط طردية ذات دلالة احصائية بين إدارة الجودة وبعد التعاطف في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي). أي انه كلما زاد تطبيق بعد التعاطف بالمؤسسة محل الدراسة زاد معه تحسين جودة خدماتها الصحية، وهذا من خلال اهتمام مقدم الخدمة باحتياجات المريض والتعاطف مع مشاعره او القيام بمبادرات من شأنها ان ترفع من معنوياته.

تثبت النتائج ان بعد الملموسية ليس له علاقة مع جودة الخدمة الصحية في حين أعطت النتائج الكبيرة التي سجلها بعد الضمان الأهمية والدور الكبير الذي يلعبه هذا البعد من خلال ارتباطه وعلاقته القوية بجودة الخدمة الصحية اما باقي الابعاد فهي تدعم جودة الخدمة بالمؤسسة محل الدراسة وينسب متفاوتة.

تطرقنا في هذا الفصل الى التعريف بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية باعتبارها المؤسسة الام والى هيكلها التنظيمي وتسييرها واهم العيادات المتعددة الخدمات وقاعاه العلاج التابعة لها ثم الى المؤسسة محل الدراسة، العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي وهيكلها التنظيمي وطرق تسييرها.

قمنا بإعداد استبيان مكون من 48 عبارة والملمة بهدف الدراسة مقسمة على محورين المحور الأول يشمل إدارة الجودة الشاملة اما المحور الثاني فيخص جودة الخدمات الصحية موزعة على مجموعة من ممارسين طبيين وشبه طبيين وتخصصات أخرى بالإضافة الى مجموعة من المرضى، بعدها قمنا بتحليل الاستبيان بالاعتماد على برنامج SPSS v20 وذلك من اجل تأكيد العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وتحسين جودة الخدمة الصحية ومن خلاله تم استخلاص انه لا ترتبط جودة الخدمات الصحية بتوفر الموارد المادية داخل المؤسسة الصحية، الخدمة الصحية المقدمة ترقى الى المستوى الذي يتطلع اليه المريض، المريض يشعر بنوع من الثقة في المؤسسة المقدمة للخدمة الصحية، المريض يتحصل على الخدمات المطلوبة في الوقت المناسب، مقدم الخدمة الصحية يتعامل مع المريض بنوع من التعاطف، وبالتالي هناك علاقة بين إدارة الجودة الشاملة وتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبايلي).

مع كل ما تحققة المؤسسة من نجاح في تطبيق ابعاد إدارة الجودة الشاملة وما يصحبه من تحسين في جودة الخدمة الصحية يبقى على المؤسسة ان تحافظ على هذا النجاح والاستمرار في الاهتمام بجودة الخدمة الصحية المقدمة، والاهتمام بنقاط القوة وتعزيزها ومحاولة تقليص نقاط الضعف ليس لغرض الاستمرارية والربحية فقط، بل لان الخدمة المقدمة نبيلة في أسمي معانيها وتخص اهم عنصر في الحياة وهو الانسان الذي يدفع بعجلة النمو والتطور في كافة جوانب الحياة الاقتصادية، الاجتماعية وغيرها.

الخلاصة

إن من أكبر التحديات التي تواجه المؤسسات الصحية في أيامنا هذه، هي إشكالية الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية والتقليل من تكاليفها، فقد أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة لازمة، تتضح أهميتها بقدرتها على تقليص الفجوة بين الخدمات المتوقعة والخدمات المحققة، هذا ما عزز رغبة المؤسسات الصحية في تبني إدارة الجودة الشاملة كأسلوب جديد يساعدها على رفع مستوى جودة خدماتها الصحية.

ومن خلال هذا البحث وبالاعتماد على الاطار النظري في الفصلين يتضح ان نجاح المؤسسات الصحية مرهون بقدرتها على مواكبة التغيرات الحاصلة من حولها مما يفرض عليها ضرورة تحسين مستوى خدماتها، لذا وجب عليها تقييم أدائها والتعرف على المستوى المطلوب من جودة الخدمات الصحية الذي يتطلع اليه المرضى حتى تدرك كيفية تقليص الفجوة بين مستوى جودة الخدمات المحقق والمستوى المطلوب، ونظرا لأهمية الموضوع استهدف هذا البحث في فصله الثالث الدراسة التطبيقية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية من اجل اكتشاف اذا ما كانت هناك علاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمات الصحية، وهذا بناء على اراء المرضى ومقدي الخدمات بالمؤسسة محل الدراسة على اختلاف أعمارهم وجنسهم وتخصصاتهم وسنوات الخبرة التي قضاها في المجال معبرين عنها بالأبعاد الخمس (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف والضمأن).

- النتائج

كان للتطورات التاريخية للنظام الصحي في الجزائر الدور الكبير الذي وصلت اليه المؤسسات الصحية في الوقت الحاضر، ولعل التحول من القطاع الصحي الى نظام المؤسسات والفصل بين المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية كان له الدور البالغ في تعزيز دورها وتحديد تخصصها.

إن تبني نظام إدارة الجودة الشاملة من أحدث التقنيات التي تسمح للإدارة العليا بتقييم الأداء، ومشاركة جميع العاملين في الإحساس بالانتماء لمؤسستهم وحثهم على تحقيق الأهداف المرجوة.

تحقيق جودة الخدمة الصحية لا يتم الا بتضافر كل الجهود سواء مقدمي الخدمة أو الإدارة العليا أو حتى المرضى وبضمان التكامل بين مختلف المؤسسات الصحية استشفائية، جوارية أو جامعية.

إن التوعية الشاملة لمقدمي الخدمة الصحية بأهمية إدارة الجودة الشاملة من اهم العوامل المساعدة على التوجه نحو تحسين جودة الخدمة الصحية.

لا يتم الوصول الى جودة الخدمة الصحية الا إذا كان هناك تقييم مستمر بالمؤسسة يسمح بمعرفة الفجوة بين ما هو محقق وما هو مطلوب ومحاولة تقليص هذه الفجوة.

إن ارتفاع معامل الثبات "الفا كرونباخ" يشير الى ثبات أداة الدراسة.

اظهرت الدراسة ان اغلب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات كل بعد من ابعاد جودة الخدمة الصحية مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه العبارة جاءت قوية وموجبة، مما يشير الى الاتساق الداخلي بين عبارات كل بعد من ابعاد الدراسة.

أثبتت اتجاهات أفراد عينة الدراسة انه لا توجد علاقة ارتباط بين بعد الملموسية وجودة الخدمات الصحية.

اثبتت اتجاهات أفراد عينة الدراسة ان كل من الابعاد الأربع (الاستجابة، الاعتمادية، الضمان والتعاطف) لها علاقة ارتباط ذات دلالة احصائية مع جودة الخدمة الصحية المقدمة بالمؤسسة محل الدراسة.

ارتباط ابعاد إدارة الجودة الشاملة بجودة الخدمة الصحية بالمؤسسة محل الدراسة يعزز إمكانية تطبيق إدارة الجودة بالمؤسسات الصحية من اجل الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية.

- الاقتراحات

- ❖ ضرورة السعي لإقناع الإدارة العليا للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة والى كل المؤسسات الصحية العامة، بمختلف أشكالها، انه قد آن الأوان لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حيث يرى الباحث ان اقتناع الإدارة العليا يفتح المجال امام التصور لاستراتيجية تضع جودة الخدمة الصحية في مقدمة الأهداف التي يرجى الوصول اليها.
- ❖ عدم اهمال الجانب المادي الذي يلعب دور كبير في توفير التجهيزات الطبية التي يحتاجها المريض والمنشآت النظيفة التي ترقى للمستوى المطلوب.
- ❖ الاهتمام ببعد التعاطف وما له من افضلية في مساعدة المريض على الاستشفاء وبيضه في وظيفه مريحة تسمح لمقدم الخدمة بالتعامل معه في كل الظروف.
- ❖ إنشاء هيئة للتغذية العكسية بالمؤسسات الصحية تعكس اراء المرضى وتعطي صورة تساعد على تقييم الأداء في المستقبل.

- ❖ محاولة الاستفادة من التجارب السابقة للمؤسسات التي طبقت أسلوب إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي والاستفادة من اهم المزايا التي حققتها.
- ❖ الاهتمام بالجانب الوقائي أكثر وذلك للأهمية التي يلعبها في جودة الخدمة الصحية كونه يعتبر الدور الأساسي الذي أنشئت من اجله المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.
- ❖ الاهتمام بالتكوين والتدريب المستمر في المجال الصحي خصوصا بالنسبة للأطباء والشبه الطبيين واعطاهم دور أكثر حيوية من اجل تطوير القطاع الصحي ومواكبة التطورات الحاصلة في البحوث الطبية.
- ❖ العمل على تشجيع العمال على تحسين جودة الخدمة الصحية باستخدام أسلوب التحفيز وغيرها من الأساليب التي تضمن الارتقاء بجودة خدمة صحية لمستوى يحظى بقبول ورضى المريض.
- ❖ تشجيع التكامل والعمل الجماعي والقضاء على الحواجز بين الطاقم الإداري والطاقم الطبي والشبه طبي لتسهيل انتقال المعلومات حتى تكون كل الجهود في اتجاه واحد والاستفادة من مزايا تكنولوجيا الاعلام والاتصال.
- ❖ ضمان أجر مقبول لمقدمي الخدمة الصحية يتماشى مع طبيعة النشاط المقدم ومع أهمية وحساسية الخدمة المقدمة، لتعزيز الشعور بالرضى الوظيفي ليدهم من اجل تقديم أحسن ما عندهم ومن اجل الارتقاء بالمجال الصحي.

-آفاق الدراسة

لقد حاولنا في بحثنا هذا دراسة الموضوع من زاوية واحدة والمتمثلة في العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وجودة الخدمة الصحية ولكن يبقى الموضوع متشعب وتتخلله العديد من الاحتمالات والفرضيات التي تحتاج الى الدراسة والبحث والتحليل والتي نقترح من بينها:

- مدى تأثير إدارة الجودة الشاملة على تحسين جودة الخدمة الصحية.
- دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق ميزة تنافسية للمؤسسات الصحية.
- تطوير القطاع الصحي بين الجودة وتخفيض التكاليف.
- الإدارة الصحية التقليدية والإدارة الحديثة في ضل إدارة الجودة الشاملة.
- تقييم أداء المؤسسات الصحية في الجزائر.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع

أ- المراجع العربية

(1) الكتب

1. ا.د.مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، 2008.
2. د. رعد عبد الله الطائي، د. عيسى قدامة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2008.
3. د. عبد الستار العلي، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الاردن، 2008.
4. د. محمد عوض الترتوري، د.اغدير عرفات جويحات، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الاردن، 2006.
5. د. هيو كوش، إدارة الجودة الشاملة (تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، إدارة الطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة، المملكة المتحدة، 1992.
6. د.احمد يوسف دودين، إدارة الجودة الشاملة، الاكاديميون للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2014 .
7. د.غالب محمود سنجق، د.موسى احمد خير الدين، مبادئ الإدارة في المنظمات الصحية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2015.
8. د.محمد عوض الترتوري، د. اغدير عرفات جويحات، إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات"، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الاردن، 2006.
9. د.مدحت أبو النصر، اساسيات إدارة الجودة الشاملة، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر، 2008.
10. رؤوف بوقفة، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دار الزنبقة للنشر الالكتروني الحر والترجمة، الجزائر، 2017.
11. طلال بن عايد الاحمدي، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة المالك فهد الوطنية، 2004.
12. عامر عياد العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية "المبادئ الأساسية"، المنظمة العربية للتنمية الادارية، القاهرة مصر، 2016.

13. محمود عبد الفتاح رضوان، إدارة الجودة الشاملة، المجموعة العربية للتدريب والنشر، مصر، 2013.

(2) المذكرات والرسائل

1. افنان محمد أحمد حمدان، واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطور التخطيطي، رسالة ماجستير، تخصص تخطيط حضري وإقليمي، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين، 2008.
2. امير جيلالي، تطبيق محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، رسالة دكتوراه، تخصص فرع التخطيط، جامعة الجزائر، 2009.
3. بحدادة نجاة، تحديات الامداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية)، رسالة ماجستير، تخصص بحوث العمليات وتسيير المؤسسات، جامعة تلمسان، الجزائر، 2012.
4. بن فرحات عبد المنعم، إنعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، رسالة دكتوراه، تخصص إقتصاد وتسيير المؤسسات، جامعة بسكرة، 2018.
5. بوخلوة باديس، أثر تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة المنتجات النفطية دراسة ميدانية في مؤسسة سونطراك - قسم التكرير، رسالة دكتوراه، تخصص إدارة الاعمال، جامعة ورقلة، الجزائر، 2016.
6. جباري فادية، تأثير جودة الخدمة على رضا العميل دراسة حالة الوكالة التابعة للمديرية الجهوية للشركة الجزائرية للتأمينات Saa تلمسان، رسالة ماجستير، تخصص تسويق، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011.
7. حريق خديجة، استراتيجية التدريب في ضل إدارة الجودة الشاملة من أجل تحقيق الميزة التنافسية مع دراسة حالة للشركة الوطنية لتوزيع الكهرباء والغاز فرغ الغرب سعيدة، رسالة الماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011.
8. حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، مذكرة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة تلمسان، 2010.
9. حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، مذكرة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة تلمسان، 2010.
10. خالد شريفي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإعلامية جريدة الخبر نموذجاً، رسالة ماجستير، تخصص تسيير مؤسسات الاعلامية، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2011.

11. دريدي احلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة(رزيق يونس)، رسالة ماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة بسكرة، 2014.
12. ربيع المسعود، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في ظل قيادة إبداعية دراسة حالة بنك البركة، رسالة دكتوراه، تخصص اقتصاد وتسيير مؤسسة، جامعة بسكرة، الجزائر، 20.
13. ريمة اوثن، إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات جامعة باتنة، الجزائر، 2018.
14. ريمة اوثن، إدارة الجودة الشاملة كألية لتحسين الخدمات الصحية دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات جامعة باتنة، 2018.
15. سيد احمد حاج عيسى، أثر تدريب الافراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية، رسالة دكتوراه، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2012.
16. شرف الدين زديرة، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية)، رسالة دكتوراه، تخصص مناجمت المنظمات، جامعة بسكرة، 2017.
17. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة الماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2012
18. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات للصحة بالجزائر، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة الجزائر، 2008.
19. علاء عادل درويش، دور تخطيط الموارد البشرية في تحسين جودة الخدمات الصحية(دراسة ميدانية على المشافي العامة في الساحل السوري، رسالة ماجستير، تخصص ادارة الاعمال، جامعة تشرين، سوريا، 2013.
20. علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر افاق 2010، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2010.

21. فوزية برسولي، أثر التمكين في الأداء البشري دراسة ميدانية بمديرية الحماية المدنية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه، غير منشورة، قسم علوم التسيير كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2018.
22. كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي جيجل، رسالة الماجستير، تخصص ص تسيير الموارد البشرية، جامعة قسنطينة، 2009.
23. لعشعاشي مصطفى، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاقتصادية: فاق وتحديات (دراسة حالة المؤسسة الوطنية للمواد الكاشطة والزجاج (enava) بسعيدة)، رسالة ماجستير، تخصص مالية دولية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011.
24. محمد الهلة، إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة حالة عينة من المستشفيات العامة والعيادات الخاصة، رسالة دكتوراه، تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة ورقلة، الجزائر، 2017/2016.
25. ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة أداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية، رسالة ماجستير، تخصص إدارة الاعمال، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين، 2016.
26. نجاه صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة باتنة، الجزائر، 2012.
27. والة عائشة، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق، جامعة الجزائر 3، 2011.
28. وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر واليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2016.
29. يزيد قادة، واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم الجزائرية، دراسة تطبيقية على متوسطات ولاية سعيدة، رسالة الماجستير، تخصص حوكمة الشركات، جامعة تلمسان، 2012.

(3) المجالات والمقالات

1. رابح قميحة، أ. محمد شرايطية، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين أداء الإدارات العمومية، مجلة دراسات في علم اجتماع المنظمات، الجزائر، العدد 01، 2013.

2. أ.د. أكرم احمد الطويل واخرون، د.الاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهاب، إمكانية إقامة ابعاد جودة الخدمات الصحية دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الادارية واقتصادية، جامعة تكريت، العراق، العدد 19، 2010.
3. أ.د.درواش رابح، أ. صبرينة خام الله، دور حلقات الجودة في إنجاح نظام إدارة الجودة الشاملة، مؤتمر دولي: المؤسسة بين الخدمة العمومية وإدارة الموارد البشرية، جامعة البليدة، العدد 03، 2015.
4. أ.زديرة شرف الدين، دراسة تحليلية لنوعية الرعاية الصحية باستخدام مؤشرات الجودة من جهة نظر مقدمي الخدمة بالمستشفى الجامعي ابن باديس قسنطينة، مجلة أبحاث اقتصادية وادارية، جامعة خنشلة، الجزائر، العدد 18، 2015.
5. احمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، الجزائر، العدد 04، 2006.
6. بطاهر بختة، د.بوطلاعة محمد، اليات التسويق الصحي واثرها على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية (دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية مستشفى شيق يفارا واحمد فرنسيس والاخوات باج)، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، جامعة مستغانم، 2018.
7. بن تريح بن تريح، عيسى معروزي، ابعاد جودة الخدمات الصحية و دورها في تحقيق التميز (دراسة حالة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحميده بن عجيلة بالأغواط)، مجلة العلوم الإدارية و المالية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد 01، 2018.
8. بن عامر عبد الكريم، مزيان التاج، تطبيق منهجية المقاربة متعددة المعايير لقياس مستوى جودة الخدمات في المؤسسة الصحية، مجلة اقتصاديات المال والاعمال، جامعة عين تموشنت، الجزائر، العدد 06، 2018.
9. بومعروف الياس، أ.د. عماري عمار، من اجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، جامعة سطيف، الجزائر، العدد 07، 2010.
10. د. بديسي فهيمة، أ.زويوش بلال، جودة الخدمات الصحية الخصائص، الابعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة قسنطينة، الجزائر، العدد 07، 2011.
11. د. بودية بشير، اثر تبني وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمة الصحية المقدمة بمستشفى ترابي بوجمعة بشار، مجلة البشائر الاقتصادية، جامعة بشار، الجزائر، العدد 02، 2017.

12. د. حمد فلاق، د. اسحاق خرشي، أ. سميرة أحلام حدو، تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية "نموذج مقترح"، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، جامعة الشلف، الجزائر، العدد 07، 2017.
13. د. حوالم رحيمة، أ. بوفاتح كلتومة، اثر تبني الحكومة على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، العدد 04، 2018.
14. د. سعيدان رشيد، د. روشام بن زيان، جودة الخدمات الصحية من خلال اراء المرضى بالمؤسسة الاستشفائية 240 سرير بولاية بشار، مجلة البشائر الاقتصادية، جامعة بشار، الجزائر، العدد 02، 2018.
15. د. محمد فلاق، د. اسحاق خرشي، أ. سميرة أحلام حدو، تفعيل ثقافة الجودة في المستشفيات الجزائرية "نموذج مقترح"، مجلة الدراسات المالية و المحاسبية والإدارية، جامعة الشلف، الجزائر، العدد 07، 2017.
16. د. بوعزة عبد القادر، أ. عوماري فاطمة، دور حلقات الجودة في تنمية القدرات الابداعية لحل مشكلات المنظمات (دراسة ميدانية بمؤسسة تمسلقوت لصناعة الانابيب بولاية ادرار)، مجلة البشائر الاقتصادية، جامعة أدرار، الجزائر، 2018.
17. د. علاء جاسم سلمان، مازن كامل علوان، دور تحديد تكاليف الجودة على أساس الأنشطة في تحسين جودة المنتجات بالتطبيق في شركة مصافي الوسط، مجلة كلية الرافدين الجامعة للعلوم، جامعة بغداد، العدد 35، 2015.
18. د. بون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، العدد 11، 2012.
19. ط. د. عبد الله حمادو، أ. د. احمد بن عيشاوي، أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة)، مجلة مراجعة الإصلاحات الاقتصادية والتكامل في الاقتصاد العالمي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 26، 2018.

ب- المراجع الأجنبية

1. Ammer yahia Hocine, Certification d'entreprise, Séminaire régional sur la qualité, Ministère de l'industrie et de la restructuration, GHARDIA, 30/01/2002, proceeding.
2. Henri Hosotani, Le guide qualité de résolution de problème, édition Dunod, Paris, 1997.
3. K.Ishikawa, Manuel pratique de gestion, Afnor, Paris, 1986.

الملاحق

ملحق رقم (01): الاستبيان

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة-

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم الاقتصادية



استبيان

الأخ الفاضل... الأخت الفاضلة...

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

في إطار إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة ، حول موضوع "دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة ، العيادة المتعددة الخدمات احمد بن رمضان قبائلي)" ، يسرنا أن نضع بين أيديكم هذا الاستبيان لتلقي آرائكم حول جودة الخدمات المقدمة في المؤسسة الصحية، لذلك إن تعاونكم معنا له أهمية كبير في الحصول على أفضل النتائج ، كما أحيطم علما أن البيانات التي يتم الإدلاء بها سوف تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

ونشكركم على حسن تعاونكم، ولكم منا كل تحية وتقدير.

ملاحظة: يرجى وضع علامة (X) أمام الفقرة التي تراها صائبة.

الأستاذ المشرف :

د. قريد عمر

الطالب:

مباركي صالح

1- القسم الأول: المعلومات الشخصية

الوضعية: مقدم الخدمة مريض

الجنس: ذكر انثى

المستوى الدراسي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

التخصص: شبه طبي ممرض طبي تخصص اخر

مدة الخدمة: 5 سنوات من 6 الى 10 من 11 الى 20 من 20 الى 30 اكثر من 30 سنة

2- القسم الثاني: ابعاد الدراسة

المحول الأول: ادارة الجودة الشاملة

الرقم	العبارة	موافق	محايد	غير موافق
01	هناك بالمؤسسة هيئة مسؤولة عن الجودة			
02	تشارك الإدارة العليا للمؤسسة في تحسين جودة الخدمة الصحية			
03	تقارن المؤسسة جودة خدماتها الصحية مع مؤسسات الصحية الناجحة			
04	تحاول المؤسسة تقليص الفجوة بين الخدمات المطلوبة من الزبائن والمحقة فعلا			
05	توفر المؤسسة برامج تدريب خاصة بجودة الخدمة الصحية			
06	تستخدم المؤسسة أسلوب التغذية العكسية لتحسين جودة خدماتها			
07	يتوافق الاجر المقدم لمقدم الخدمة بالتوافق مع الجهد المبذول			
08	هناك سهولة لاتصال بين كافة الافراد والمستويات في المؤسسة الصحية			
09	توفر المؤسسة المعلومات الكافية من اجل تحسين جودو الخدمة الصحية			
10	تساهم المؤسسة في التقليل من الاعمال الروتينية			
11	تستخدم المؤسسة أسلوب تحفيز العاملين من اجل تحسين جودة الخدمة الصحية			
12	المؤسسة نظيفة بالمستوى المطلوب			
13	تستخدم المؤسسة اساليب وقائية من اجل تجنب انتقال المرض من المرضى الى غيرهم			

المحور الثاني: جودة الخدمة الصحية (الأبعاد)

الرقم	العباراة	موافق	محايد	غير موافق
أولاً: بعد الملموسية				
01	توفر المؤسسة المعدات والأدوات الطبية اللازمة في الوقت المناسب			
02	هناك سهولة في الحصول على الادوية			
03	عدم توفر التجهيزات الباهظة الثمن مثل السكاكين يؤثر على جودة الخدمة الصحية			
04	هناك نقص في التجهيزات الخاصة بالتحاليل الطبية			
05	يضطر المريض الى التنقل من اجل اجراء بعض التحاليل او الاشعة او ما شابه لدى جهات اخرى			
06	توفر المؤسسة سيارات اسعاف مريحة لضمان نقل المرضى في أحسن الظروف			
07	تقوم المؤسسة بتغيير غطاء فراش المريض بشكل دائم			
08	تقوم المؤسسة بتغيير التجهيزات الطبية القديمة التي لم تعد صالحة للاستعمال بأخرى جديدة			
09	توفر المؤسسة قاعات نظيفة ومكيفة			
10	توفر المؤسسة دورات مياه نظيفة ومريحة			
ثانياً: بعد الاعتمادية				
11	تتطابق الخدمة المطلوبة من طرف المريض مع الخدمة المقدمة			
12	يساهم مقدم الخدمة (مرضىين أطباء وغيرهم) في تحسين جودة الخدمة الصحية			
13	هناك حسن معاملة للمريض من طرف المستخدم			
14	يبيد مقدم الخدمة الصحية الاهتمام بمشاكل وانشغالات المرضى			
15	يوجد العدد الكافي من مقدمي الخدمة في كل وحدة علاج			
16	يوجد جميع التخصصات الصحية اللازمة في كل وحدة علاج			
17	يحاول مقدم الخدمة التقليل من الأخطاء العلاجية قدر الامكان			
18	يتمتع مقدم الخدمة الصحية بالخبرة والمهارة الكافية لأداء عمله			
ثالثاً: بعد الضمان				
19	يثق المريض في إمكانات وكفاءة الإطار الصحي			
20	يشعر المريض بالارتياح اثناء تلقيه للخدمة الصحية			

			21	هناك حسن معاملة للمريض من طرف مقدم الخدمة
			22	هناك احترام لخصوصيات وأسرار المريض بالمؤسسة الصحية
			23	يشعر المريض بالارتياح في المكان والظروف المحيطة به
رابعاً: بعد الاستجابة				
			24	يلتزم مقدم الخدمة بتقديم الخدمات الصحية المطلوبة منهم في الوقت المناسب وجودة عالية
			25	يعمل مقدم الخدمة على تجنب الاعمال الروتينية من اجل السهولة والسرعة في تقديم الخدمة
			26	مقدم الخدمة على استعداد دائم من اجل الاستجابة لانشغالات المرضى
			27	هناك سهولة تواصل بين المريض ومقدم الخدمة
			28	يحصل المريض على كل المعلومات التي تخصه وفي الوقت المناسب
			29	يحرص مقدم الخدمة على عدم مضيعة الوقت في الأمور الغير مجدية
			30	يتميز مقدم الخدمة بالسرعة في أدائه والدقة في عمله
خامساً: بعد التعاطف				
			31	يتعاطف مقدم الخدمة الصحية مع المريض
			32	يبيدي مقدم الخدمة اهتمام بمشاعر المريض
			33	يوجد جو مرح في التعامل بين مقدم الخدمة والمريض
			34	يقوم مقدم الخدمة بمبادرات من شأنها ان ترفع من معنويات المريض
			35	يولي مقدم الخدمة اهتمام كبير باحتياجات المريض

-قائمة المحكمين للإستمارة-

الرقم	المحكم	مؤسسة الإنتساب	الرتبة أو المنصب
01	د. قريد عمر	جامعة محمد خيذر بسكرة	أستاذ محاضر - أ
02	د. بن فرحات عبد المنعم	جامعة محمد خيذر بسكرة	أستاذ محاضر - ب
03	د. رايس ميروك	جامعة محمد خيذر بسكرة	أستاذ جامعي
04	السعيد سيود	عيادة احمد بن رمضان قبايلي	رئيس العيادة
05	د. عثمان دلال	مديرية الصحة والسكان بسكرة	طبيب عام
06	لطيفة لطيف	مديرية الصحة والسكان بسكرة	اخصائية نفسية

ملحق رقم (02): البرنامج الاسبوعي للفحص الطبي المتخصص الخارجي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

بمسكرة في : 2018/12/02

البرنامج الاسبوعي للفحص الطبي المتخصص الخارجي

المرحلة	ع.م.ج. محمد بن زاملان جبالتي	ع.م.ج. زويدي بوسفي العنصرية	ع.م.ج. شكري بوزياني الشريعة	ع.م.ج. عبد المعينة بوسكرة القروية	ع.م.ج. ابن بديس 726 ممسنين	ع.م.ج. المنطقة الغربية	ع.م.ج. دار داو الممكوري	مركز الكشف الطوعي CDV	SC4MR
حدا	الطب الشرعي	د. عثمان	د. قرب	د. زلم	د. علي	د. مسعودي ا.د. حمية			
	إعادة التأهيل الجرحى ريكتش ا.د. جنسي جراحة العمداك البولية	جراحة الألف و الشجرة 15/1	الطب الداخلي	طب الأطفال	طب العيون	جراحة الأعصاب 15/1			
ثانيا	د. إيماركية طب الأطفال	د. زهدة	د. صولتي / دقطاف	د. كايور	د. جفال	د. بقرمال / د. زروفي	د. مزوزي	د. منصوري	د. بن اودينة
	الطب الشرعي د. بوخرياش جراحة عامة	جراحة الألف و الشجرة 15/1	جراحة عامة	أمراض الجهاز الهضمي	طب العيون	جراحة العظام 15/1	أمراض الغدد	الأمراض المعدية	الأمراض الصدرية و التنفسية
ثالثا	د. فلاح جراحة الألف و الشجرة	د. بوقريظ / د. مرعي	د. بلقاعة	د. حمادي	د. جندو	د. قرونها / د. بديجاني	د. مزوزي		
	د. بن عادل أمراض القلب الطب الشرعي	جراحة الألف و الشجرة 15/1	طب الأعصاب	طب العيون	طب العيون	جراحة عامة 15/1	أمراض الغدد		
رابع	د. بديع سي جراحة الألف و الشجرة	د. عمري / د. عوشي	د. مراد	د. ديباب	د. طرفاق	د. دناح		د. رداص	د. عيلان
	الطب الشرعي د. بويديس أمراض الكلى	جراحة الفك 15/1	جراحة الأطفال	طب العيون	طب العيون	جراحة العظام		الأمراض المعدية	الأمراض الصدرية و التنفسية
خامس	الطب الشرعي	د. سلامي	د. بلقاعة	د. دهام	د. كرادوي	د. بن جامع	د. مزوزي	د. بلال	
	أمراض الكلى جراحة عامة	الطب الداخلي	طب الأعصاب	طب العيون	طب الأطفال	أمراض المفصائل	أمراض الغدد	الأمراض المعدية	

ملحق رقم (03): جدول التلقيح

TABLEAU DE VACCINATION

DAT	VACCINS	MOIS
Dimanche	VPI + ROP	3 MOIS + 11 MOINS
Lundi	DT AD	
Mardi	DTC.HB+HBV	4 MOIS + 5 MOIS
Mercredi	PNEUMO PENTA+VPO ROUVAX	2 MOIS + 4 MOIS + 9 MOIS + 12 MOIS
Jeudi	DTC+HIB+VPO BCG	18MOIS

ملحق رقم (04): قائمة مناوبة الأطباء العامون لشهر ماي 2019



الجمهوريّة العربيّة السّعوديّة
وزارة الصحّة والسكناء والصّلح المستطعمات
مديرية الصحّة والسكناء لولاية بيشة

مديرية الصحة لولاية بيشة
مديرية الصحة العامة
بيشة 2019

قائمة مناقشة الأطباء العامون لشهر مايو 2019

مناقشة أطباء ريف بيشة - المنطقة		العدد من التفتت الأطباء العامون بالولاية والمنطقة الغربية		العدد من التفتت الأطباء العامون بالمنطقة الغربية		العدد من التفتت الأطباء العامون بالمنطقة الغربية	
1	طبيب كريمة	1	الطبيب الطيار	1	الطبيب العام	1	الطبيب العام
2	مديرية لارقال	2	تفحصية رضوان	2	مديرية بيشة	2	مديرية بيشة
3	بهاوي زاهر	3	طبيب زهير	3	بهاوي زاهر	3	بهاوي زاهر
4	مديرية بيشة	4	الملك النسي	4	بهاوي زاهر	4	بهاوي زاهر
5	مديرية بيشة	5	مزارع سميرة	5	بهاوي زاهر	5	بهاوي زاهر
6	مديرية لارقال	6	تفحصية رضوان	6	بهاوي زاهر	6	بهاوي زاهر
7	بهاوي زاهر	7	دعوة سمون	7	بهاوي زاهر	7	بهاوي زاهر
8	مديرية بيشة	8	بهاوي زاهر	8	بهاوي زاهر	8	بهاوي زاهر
9	مديرية بيشة	9	مزارع سميرة	9	بهاوي زاهر	9	بهاوي زاهر
10	بهاوي زاهر	10	بهاوي زاهر	10	بهاوي زاهر	10	بهاوي زاهر
11	بهاوي زاهر	11	بهاوي زاهر	11	بهاوي زاهر	11	بهاوي زاهر
12	بهاوي زاهر	12	بهاوي زاهر	12	بهاوي زاهر	12	بهاوي زاهر
13	بهاوي زاهر	13	بهاوي زاهر	13	بهاوي زاهر	13	بهاوي زاهر
14	بهاوي زاهر	14	بهاوي زاهر	14	بهاوي زاهر	14	بهاوي زاهر
15	بهاوي زاهر	15	بهاوي زاهر	15	بهاوي زاهر	15	بهاوي زاهر
16	بهاوي زاهر	16	بهاوي زاهر	16	بهاوي زاهر	16	بهاوي زاهر
17	بهاوي زاهر	17	بهاوي زاهر	17	بهاوي زاهر	17	بهاوي زاهر
18	بهاوي زاهر	18	بهاوي زاهر	18	بهاوي زاهر	18	بهاوي زاهر
19	بهاوي زاهر	19	بهاوي زاهر	19	بهاوي زاهر	19	بهاوي زاهر
20	بهاوي زاهر	20	بهاوي زاهر	20	بهاوي زاهر	20	بهاوي زاهر
21	بهاوي زاهر	21	بهاوي زاهر	21	بهاوي زاهر	21	بهاوي زاهر
22	بهاوي زاهر	22	بهاوي زاهر	22	بهاوي زاهر	22	بهاوي زاهر
23	بهاوي زاهر	23	بهاوي زاهر	23	بهاوي زاهر	23	بهاوي زاهر
24	بهاوي زاهر	24	بهاوي زاهر	24	بهاوي زاهر	24	بهاوي زاهر
25	بهاوي زاهر	25	بهاوي زاهر	25	بهاوي زاهر	25	بهاوي زاهر
26	بهاوي زاهر	26	بهاوي زاهر	26	بهاوي زاهر	26	بهاوي زاهر
27	بهاوي زاهر	27	بهاوي زاهر	27	بهاوي زاهر	27	بهاوي زاهر
28	بهاوي زاهر	28	بهاوي زاهر	28	بهاوي زاهر	28	بهاوي زاهر
29	بهاوي زاهر	29	بهاوي زاهر	29	بهاوي زاهر	29	بهاوي زاهر
30	بهاوي زاهر	30	بهاوي زاهر	30	بهاوي زاهر	30	بهاوي زاهر
31	بهاوي زاهر	31	بهاوي زاهر	31	بهاوي زاهر	31	بهاوي زاهر

جميع التفتتات للولاية من شهر رمضان تبدأ من الساعة 19:00 ولغاية 08:00 صباحاً بما في ذلك أيام الجمعة واليوم السبت وأيام العطلة
08:00 صباحاً حتى 19:00 مساءً

بشأن مناقشة الأطباء العامون بالمنطقة الغربية
بشأن مناقشة الأطباء العامون بالمنطقة الغربية

ملحق رقم (06): ملصقة التلقيح ضد الانفلونزا

وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

الأطفال المعاصرين
بالأمراض المزمنة

النساء الحوامل

ضد
الأنفلونزا
للقهوا
أنفسكم

مختبرو الصحة

الأشخاص المسنين

الأشخاص المعاصرين
بالأمراض المزمنة

Contre
la GRIPPE
VACCINEZ
VOUS

NON
ALA
GRIPPE

لمزيد من المعلومات تصفحوا الموقع www.sante.gov.dz