



الموضوع

جودة الخدمات الصحية كمدخل لتحسين الحوكمة في المستشفيات
- دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر بسكرة -

مذكرة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية

تخصص : مالية و حاكمية مؤسسات

إشراف الأستاذ :

د. دبلّة فاتح

إعداد الطالبة:

■ تلي فريدة

السنة الجامعية : 2013-2014

شكر و تقدير

بمد حمد الله - سبحانه وتعالى - وشكره، والصلاة والسلام على نبيه

"محمد" - صلى الله عليه وسلم -

أتقدم بخالص شكري، وعظيم تقديري إلى:

الأستاذ الفاضل الدكتور "دولة فاتح" الذي

تعهدني بنصائح الثمينة ومعارفه القيمة في إنجاز هذا

البحث؛

الأستاذة الفاضلة : جومرة اقطي لما قدمته لي من مساعدة ، و الأستاذ الفاضل : عبد المنعم

فرحان ، دون ان ننسى رئيس القسم العلوم الاقتصادية الأستاذ : عبد فريد لما قدمه لنا من

تسهيلات إدارية ، وكذلك نائبة الأستاذ : بلحسن

وكل موظفي وموظفات غرفة العمليات المستشفى بشير بن ناصر لما أسدوه لي من

خدمات وتسهيلات في تطبيق الدراسة الميدانية و مشواري العلمي .

شكرا جزيل لكل من ساهم في إنجاز هذا البحث من قريب أو من

بعيد.

اهـدء:

نحمد الله تعالى الذي قدرنا على شرب جرعة ماء من هذا العلم الواسع، فالعلم لا يتم

إلا بالعمل وإن العلم كالشجرة والعمل به كالشجرة فأهدي ثمرة جهدي التي طالما

تمنيت إهدائها وتقديمها في أحلى طبق:

إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقه إلى من لا يمكن للأرقام أن تحصى فضائه

وقاس معي وتألم لألمي، إلى من رعاني بعطفه وحنانه وسمع طرب الليل من

أجلي، إلى أول حب نطق بها شفثاي. إلى الذي عمل وكد وجد فقاس ثم غلب حتى

وصلت إلى هدفي هذا، إلى المصباح الذي لا يبخل إمدادي بالنور، إلى الذي علمني

بسلوكه خصالاً أعتز بها في حياتي إلى حبي حياتي : محمد .

المخلص:

إن موضوع هذه المذكرة يحاول دراسة دور جودة الخدمة الصحية بأبعادها الإعتيادية، الإستجابية الأمان، التعاطف، الملموسية، في تحسين حوكمة المستشفيات بأبعادها الشفافية، مجلس الإدارة و إدارة المعلومات لجان التدقيق، وإدارة المكافآت و قد تم ذلك بالتطبيق على المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير بن ناصر بولاية بسكرة. وباستخدام إستبيانة موزعة على عينة مكونة من 100 شخص، وبعد التحليل بإستخدام برنامج التحليل الإحصائي SPSS، توصلت الدراسة إلى أن المستشفى العمومي لولاية بسكرة يطبق مبادئ الحوكمة و الذي انعكس بالإيجاب على جودة الخدمة الصحية. كما أكدت النتائج أن كل من ابعاد جودة الخدمة الصحية الخمسة كانت لها علاقة قوية بالحوكمة حسب آراء افراد عينة الدراسة.

الكلمات المفتاحية: حوكمة إستشفائية، جودة الخدمات الصحية، مؤسسة إستشفائية

Résumé

L'objet de ce mémoire est d'étudier le rôle de la qualité des services sanitaires (*la fiabilité, la réactivité, la sécurité, l'empathie et la tangibilité*) dans l'amélioration de la gouvernance hospitalière (*la transparence, le conseil d'administration, les comités d'audit, de vérification et des rémunérations*). Les dimensions rentrant dans la mesure de ces deux variables ont été soumises à l'analyse. L'étude du terrain de ce mémoire a été réalisée au sein de l'établissement public hospitalier bachir Ben Nacer de Biskra sur un échantillon aléatoire de 100 personnes. Les données primaires ont été constituées principalement à l'aide d'un questionnaire. Les résultats statistiquement exploités par SPSS ont révélé que l'existence et l'application des principes de la gouvernance au sein de l'Hôpital ont traduit nettement la qualité des services octroyés aux différentes catégories de prestataires d'après les réponses des clients et des parties prenantes de l'établissement hospitalier.

Mots clés: Gouvernance hospitalière, Qualités des services sanitaires, Etablissement hospitalier.

مقدمة :

مما لا شك فيه أن إستدامة تحسين جودة الخدمات الصحية مسألة تقلق الحكومات كافة حتى الدول المتقدمة منها، فالتحديات كبيرة سواء من جانب ضمان تحقيق مستوى توفير المؤسسات الإستشفائية ، وزيادة نسبة الإنفاق الخاص على الصحة و تعزيز دور القطاع الصحي العام و الخاص وتنظيمه ، بما يضمن الجودة ويحول دون الممارسات غير الملائمة، و من جانب آخر هناك إستمرار تدفق المصاريف الصحية الضخمة مع إرتفاع معدل الإصابة بالأمراض المزمنة ، و إرتفاع تكلفة علاجها، و إرتفاع تكلفة الدواء و المعدات التكنولوجية كلها عوامل تزيد من العبء الملقى على كاهل الخدمات الصحية ، فلقد أشارت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر في أكتوبر 2012 للجنة الإقليمية إلى أهم أولويات تعزيز النظم الصحية في إقليم شرق وغرب المتوسط العربي والتي تشمل؛ التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة، وتعزيز القيادة و الحوكمة في المجال الصحي، و تقوية نظم المعلومات الصحية، والعمل على إيجاد قوى عاملة صحية متوازنة وجيدة للإدارة وتحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية العالية الجودة، وإشراك القطاع الصحي الخاص بالإضافة إلى ضمان الحصول على التكنولوجيات الأساسية والأدوية المناسبة، واللقاحات الضرورية، والأجهزة الطبية اللازمة، ومواد التشخيص وغيرها من الموارد الأخرى.

إن المريض هو محور الإهتمام الأول في إستراتيجية الرعاية الصحية بالجزائر، وهو المبدأ الأساسي الذي يقوم عليه المشروع الوطني للرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة الذي تنفذه وزارة الصحة، وهذا المشروع لا يقف عند حد التوسع في نشر و إنشاء مرافق الخدمات الصحية من خلال زيادة عدد المستشفيات العامة التخصصية والمراكز الصحية و إدخال التقنيات الطبية المتطورة فقط ، بل أن المشروع الوطني للرعاية الصحية يشمل تحديث النظم الإدارية و إنتهاج أساليب الإدارة الحديثة التي تقود إلى تطبيق ذلك المبدأ بفعالية أكثر، و لا يتم هذا إلا بترسيخ مفهوم الإدارة الصحية داخل إطار النظام الصحي الحديث و إبراز دورها في تطوير الخدمات الصحية .

و التعرف على التجارب الخارجية في تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة، و إظهار التنوع و الشمولية في المجالات التي تعالجها الإدارة الصحية، تنميًا وتحديثًا للمعلومات لدى العاملين في حقول الإدارة الصحية و لقد واجهت المستشفيات الجزائرية العديد من التحديات و من أبرزها تحسين جودة الخدمات الصحية فيها وكيفية إتباع أسلوب إداري فعال لإدارتها، وذلك من أجل توفير رعاية صحية جيدة للمجتمع وكسب رضا المستفيد منها لأن صحة أفراد المجتمع هي أحد عوامل التنمية الإقتصادية و الإجتماعية في البلاد ؛ و تتميز جودة الخدمات الصحية بالتكلفة العالية نسبيًا وهو ما لا يتلاءم مع محدودية الموارد المخصصة لها، لذا فإن الحاجة إلى بقاء هذه المؤسسات الإستشفائية و التكيف مع التغيرات العالمية هي إحدى المعايير الأساسية

لنجاحها، و ذلك بإتباع نهج إداري مؤسساتي حديث و الذي يتمثل في الحوكمة بإعتبارها المحرك الأساسي لتحسين ادائها و فعالية جودتها الخدماتية .

فالمستشفيات تعتبر إحدى أشكال المؤسسات التي تهدف الى إنتاج خدمات صحية لأفراد المجتمع ، فهي تعتبر مؤسسات منتجة في الإقتصاد، لذلك يجب إتباع أسلوب الحوكمة فيها لإدارتها والنهوض بجودة الخدمات الصحية التي تعتبر أحد مداخل تحسين الحوكمة ؛ فعموما تنتشط المستشفيات الجزائرية في بيئة تتميز بسرعة التحولات فيها لذلك جاء هذا البحث لمحاولة إبراز أهم معايير تقييم جودة الخدمات الصحية لتحسين اداء الحوكمة فيها و بالتالي رضا العميل (المريض) .

طرح الإشكالية:

إن جودة الخدمة الصحية هي محور نشاط المستشفيات و هي مؤشر لصحة نظام سيرها و حوكمتها كيف يمكن أن تساهم جودة الخدمات الصحية في المستشفيات في تحسين أداء الحوكمة في هذه المؤسسات ؟

و للإحاطة بحيثيات الإشكالية نطرح السؤال الفرعي التالي:

✚ ما طبيعة العلاقة بين معايير قياس جودة الخدمة الصحية (الاعتمادية ، الاستجابة، الضمان، الملموسية التعاطف) و حوكمة المستشفى ؟

الفرضيات :

كمحاولة مبدئية للإجابة عن هذا السؤال نصيغ الفرضية التالية:

✚ يرتبط كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية بحوكمة المستشفى .

و التي تندرج تحتها خمسة فرضيات فرعية و هي :

✚ يرتبط معيار الاعتمادية لجودة الخدمة الصحية بحوكمة المستشفى.

✚ يرتبط معيار الإستجابة لجودة الخدمة الصحية بحوكمة المستشفى.

✚ يرتبط معيار الضمان لجودة الخدمة الصحية بحوكمة المستشفى.

✚ يرتبط معيار الملموسية لجودة الخدمة الصحية بحوكمة المستشفى.

✚ يرتبط معيار التعاطف لجودة الخدمة الصحية بحوكمة المستشفى.



أسباب إختيار الموضوع:

تعددت الأسباب التي دفعت بنا لتناول الموضوع، نجملها في الآتي:

✚ الإصلاحات الاقتصادية الأخيرة، التي مست قطاع الصحة، و إنعكاساتها على الجودة في خدمات المستشفيات.

✚ عزوف الباحثين والطلبة عن إقتحام مجال الصحة و ذلك لصعوبة وحساسية تناول مواضيعه الشائكة و المترابطة

✚ محاولة التميز بطرح موضوع الصحة وربطه بمدخل حديث و الحوكمة .

اهمية البحث:

تبرز اهمية هذه الدراسة في الدور الذي تلعبه المؤسسات الاستشفائية في حياة الفرد و ما مدى تأثيرها على المجتمع ككل و تأثيرها على الحياة الاقتصادية و الاجتماعية، و الخدمة الصحية التي توفرها هذه المؤسسات تعتبر منتج خدمي يجب ان يتميز بالجودة و خاضع للمعايير الدولية للصحة العالمية وذلك من اجل ارضاء العميل (المريض) و يتحقق ذلك عن طريق الاسلوب الاداري المتبع في ادارة هذه المستشفيات و تطبيق لما جاءت به الحوكمة من مبادئ .

اهداف البحث:

تتلخص اهداف هذه الدراسة على ضوء الاشكالية المطروحة و الفرضيات المبينة سابقا في ما يلي:

✚ دور الحوكمة في المستشفيات و تأثيرها على جودة الخدمات الصحية.

✚ تحليل العلاقة المتداخلة بين تقييم جودة الخدمات الصحية و الحوكمة في المستشفيات.

✚ ابراز اهم النقاط التي تهتم المريض من اجل ارضاءه والتي تساعد المستشفيات في اعادة النظر فيها من اجل تحسينها .

الدراسات السابقة حول الموضوع:

حضي هذا الموضوع بكثير من الدراسات العربية و الوطنية نذكر منها:

✓ الدراسة الاولى : والده عائشة, « أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية », مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، 2010/2011.

هدف هذه الدراسة الى ابراز اهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا المريض ، في مستشفياتنا ، وفهم سلوك الزبون بإعتباره طرف مهم يحكم على صورة المؤسسة من منظور جملة معايير تأتي في مقدمتها الجودة ، و خلصت الى لا أهمية بالخدمة ما لم تتضمن جودة ، فهي تعتبر نقطة بداية للوصول الى رضا الزبون عن جودة خدماتها.

✓ الدراسة الثانية : عتيق عائشة بعنوان، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية السعيدة)، مذكرة ماجستير مقدمة لمدرسة الدكتوراه التسيير الدولي للمؤسسات تخصص تسويق دولي، 2011/2012.

هدفت هذه الدراسة بالاهتمام بالتسويق في المستشفيات و ابراز اهم المشاكل التي تواجهه التسويق خدماته وتحسين ادائها وعليه الاخذ بالمفاهيم الحديثة للتسويق الذي من شأنه ان يعالج مشاكل هذه المنظمات.

✓ الدراسة الثالثة : صغيرو نجاة ، تقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة ميدانية) ، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماجستير في علوم التسيير تخصص :اقتصاد تطبيقي و تسيير منظمات ، 2011/2012.

تمثلت اهمية هذا البحث في الدور الذي تلعبه المؤسسات الصحية كقطاع خدمي حساس و فعال في احداث التنمية الاقتصادية و الاجتماعية ، كما يهدف الى التعرف على مستوى الخدمات الصحية المقدمة من طرف هذه المؤسسات من وجهة نظر المريض، من اجل تحسينها و تحليل العلاقة بين الجودة المدركة للخدمة الصحية ورضا المرضى و استخدم المنهج الاستقرائي الاستنباطي و خلصت هذه الدراسة الى ثبات نموذج الاداء الفعلي (servperf) بتطبيقه على قطاع الخدمات الصحية .

✓ الدراسة الرابعة: سويبي دلال، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، 2013 .

هدف هذا البحث الى ابراز اهمية تحسين الخدمات الصحية و ما مدى اهمية المعلومات التي تعتبر موردا تعتمد عليه المؤسسة في اتخاذ قراراتها ودور الاتصال داخل المستشفيات، خلصت هذه الدراسة الى ان عدم الاستغلال الامثل لهذه الموارد رغم توافرها مما ادى الى تقديم خدمات لا تلبي رضا العميل و رغم اهمية الانظمة المعلوماتية .

الدراسة الخامسة : كاوجة بشير، دور تكنولوجيا المعلومات و الاتصال في تحسين الاتصال الداخلي في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية - دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بورقلة - ، مذكرة مقدمة لاستكمال نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص: نظم المعلومات و مراقبة التسيير. 2013.

تمثلت أهمية هذه الدراسة في تبيان أهم خصوصيات الاتصال الداخلي في قطاع الصحة (المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية) و ضرورة الاهتمام به و ضمان فعاليته في هذا المجال، و خلصت الى ان هناك اهتمام متزايد من طرف الوزارة الوصية بالاتصال الداخلي و الخارجي في المستشفيات.

و تختلف دارستنا الحالية عن باقي الدراسات السابقة في:

- ارتكزت دارستنا في الجانب النظري الى تسليط الضوء على مفهوم الحوكمة في المستشفيات وما مدى تطبيقها لمبادئها.
- محاولة ابراز العلاقة الموجودة بين لتطبيق مبادئ الحوكمة في هذه المؤسسات و مدى تأثيرها على جودة خدمات صحية .

صعوبات البحث:

لا يمكن لأي بحث علمي أن يرى النور دون أن تعترضه الصعوبات، و صعوبات بحثنا تمثلت في:

- نقص المصادر الخاصة بالحوكمة في المستشفيات سواء بالعتين العربية والأجنبية.
- نقص المعلومات الحديثة في المستشفى محل الدراسة.
- ضيق الوقت لجمع الوقت .
- صعوبة في ترجمة المصادر الأجنبية خاصة باللغة الإنجليزية .

حدود الدراسة:

لما كان بحثنا ينطوي تحت غطاء الحوكمة في القطاع الصحي، فإن دارستنا تنطبق على واقع المؤسسات الصحية الجزائرية، التي إختارنا منها قطاع المستشفيات، وبالتحديد المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية بسكرة لإجراء الدراسة التطبيقية والميدانية، وقد إمتدت الدراسة من 16 افريل 2014 إلى غاية 30 افريل 2014 بغرض جمع المعومات وتحليلها.

منهجية البحث:

تم الإعتماد على المنهج الوصفي في الجانب النظري ، بالإعتماد على مصادر من كتب و مجلات و رسائل ماجستير بالإضافة الى مواقع الإنترنت ، اما الجانب التطبيقي فاستخدم الاستبيان للتحليل النتائج احصائيا ، اما بالنسبة للطرق في جمع المعلومات فكانت اساسا في : المصادر الاولية فاعتمدت على استبيان موجه الى المرضى

المصادر الثانوية مقابلات ،ملاحظة مباشرة و التحليل للمحتوى، اما بالنسبة لمعالجة المعطيات فاعتمدت الدراسة على الدراسة الكمية SPSS .

هيكل الدراسة:

تضمن هذا البحث على ثلاثة فصول، حاولنا من خلالها المحافظة على التوازن المنهجي من حيث عدد المباحث والمطالب، وقد شملت هذه الفصول الأطر التالية:

الفصل الأول : المعنون بـ « الإطار المفاهيمي لحوكمة المؤسسات و تطبيقاتها في المستشفيات » هو بمثابة مدخل لبحثنا قصد ترسيخ المضامين المتعلقة بكل من الحوكمة في المؤسسات ، يبرز المبحث الأول منه الإطار الفكري للحوكمة من زاوية المفهوم والخصائص و المبادئ و محدداتها الخارجية والداخلية، أما المبحث الثاني فيبين تطبيقات حوكمة المؤسسات في المستشفيات من حيث المفهوم ، و مؤشرات قياسها، في حين يتناول المبحث الثالث دراسة الحوكمة السريرية من خلال توضيح مفهومها، أهميتها مرورا إلى العناصر المكونة لها ، وفي الختام تم تحديد جملة من التحديات المفروضة على المستشفيات وجاء في مقدمتها تحديات تحقيق جودة الخدمة الصحية.

ليبدأ **الفصل الثاني:** عند نقطة نهاية الفصل الأول تحت عنوان « جودة الخدمات الصحية وعلاقتها في تحسين الحوكمة في المستشفيات » ف جاء ل يبرز واقع الجودة في المستشفيات، تناول المبحث الأول منه أساسيات حول المستشفيات تعريف ومعايير تصنيفها ، المبحث الثاني يدرس الخدمة الصحية، أبعادها و معايير قياسها، أما مفهوم ودور جودة الخدمة الصحية في تحسين الحوكمة في المستشفيات فكانت محور المبحث الثالث .

أما **الفصل الثالث:** تحت عنوان « الدراسة التطبيقية » يعتبر محور جهودنا، ف جاء ليعزز و يدعم مسار جودة الخدمة الصحية وأهميتها في تحسين الحوكمة في المستشفيات ، و يسقط ذلك على واقع ملموس تجسد في المؤسسة الإستشفائية لولاية بسكرة فيعالج المبحث الأول كتنظيم عام للمؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية بسكرة في حين يحل المبحث الثاني نتائج الدراسة الإستقصائية و يبلور النتائج النهائية.

تمهيد:

برز الحديث بشدة عن حوكمة المؤسسات بعد الأزمات المالية في القطاعات الإدارية ، حيث زادت أهمية الحديث عن هذا الموضوع كثرة الفساد الإداري و الغش و التهرب الضريبي و تقارير الإفصاح المزورة . وقد نتج عنها الانهيارات للمؤسسات ضخمة عالمية و افتقاد الثقة في الأسواق المالية المختلفة وانصراف المستثمرين عنها ، وكذلك افتقاد الثقة في مكاتب المحاسبة و المراجعة نتيجة عدم صحة المعلومات المحاسبية الواردة في البيانات المالية للمؤسسات المختلفة والمصادق عليها من المراجعين الخارجين ، في ضوء ذلك يمكن القول أنه من الأسباب الهامة لانهيار الكثير من الوحدات الاقتصادية هو عدم تطبيق للمبادئ المحاسبية بالإضافة الى نقص الإفصاح و الشفافية وعدم إظهار البيانات و المعلومات الحقيقية التي تعبر عن الأوضاع المالية لهذه الوحدات الاقتصادية ، وقد انعكس ذلك في مجموعة من الآثار السلبية أهمها فقدان الثقة في المعلومات المحاسبية ، وبالتالي فقدت هذه المعلومات أهم العناصر التي تميزها ألا وهي جودتها . فالحوكمة تعتبر وسيلة ضبطية للسلوكيات التسييرية وفي نفس الوقت رقابية ، من شأنها الكشف و تجنب هذه التلاعبات و حماية حقوق كل المصالح في المؤسسة ، إذ أن مبادئها تعمل على تجنب الأزمات المختلفة قبل وقوعها فهي علاج حقيقي و وقائي . و للتعرف أكثر عن حوكمة المؤسسات تم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاث مباحث: حيث يتناول المبحث الأول الإطار النظري و المفاهيمي لحوكمة المؤسسات و تطبيقاتها في المستشفيات كمفهوم و ابراز أهميتها و مبادئها ، و في المبحث الثاني نتناول فيه تطبيق هذا المفهوم في المستشفيات و ابراز أهم أبعاده أما المبحث الثالث سيتم فيه عرض مفهوم جديد نسبيا حول الحوكمة السريرية تعريفها و مكوناتها و أهم معاييرها.

المبحث الأول: الإطار الفكري للحوكمة :

حوكمة المؤسسات مصطلح يهدف إلى تحقيق النمو والتطور و الكفاءة الاقتصادية وتجنب أي مشاكل أو أزمات اقتصادية قادمة مع وجود النزاهة ، فقد ظهر هذا المفهوم في العالم على عدة مراحل حتى أكتمل طور نموه، أولها كانت في النصف الأول من عام 1990 ، وبعد الأزمة المالية الآسيوية عام 1997 ازداد الاهتمام بهذا المصطلح ، وفي عام 2001 حادثة شركة الطاقة الأمريكية **Enron** والذي أعلنت إفلاسها فيه وبجانبها في الواقعة شركة التدقيق القانونية **Arther Anderson** والتي وجدت مذنبه في تدقيقها لشركة **Enron** الأمر الذي أوجب العمل فيه، حتى تم تمرير قانون **Sarbanes-Oxley** عام 2002م على الشركات لاستعادة ثقة الجمهور ونفاذي أية حوادث أخرى . و في هذا المبحث سيتم عرض نشأة و مفهوم حوكمة المؤسسات بالإضافة الى المبادئ منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية .

المطلب الأول :ماهية حوكمة المؤسسات:

خلال العشر السنوات الماضية استحوذ موضوع الحوكمة على اهتمام واسع في العديد من الأدبيات لذلك سيتم التركيز في هذا المطلب على نشأة الحوكمة اضافة الى مختلف التعاريف التي تناولت هذا المفهوم ، مع ابرز أهم النظريات المترجمة لها.

الفرع الأول: نشأة ومفهوم حوكمة المؤسسات :

إن الاهتمام بالحوكمة بدء منذ عام 1932 عندما تناول الباحثين (**Jensen & Meckling**) عام 1976 مشكلة فصل الملكية عن الادارة، كذلك فعل (**Fame**) عام 1980¹.

فانتشرت مفاهيم و أسس الإدارة الرشيدة للترجمة المعبرة عن المصطلح (**governance good**) في البلدان المتقدمة منذ ما يقارب 15 عاما، وانتقلت إلى فضاء الإدارة العربية منذ عدة سنوات وخاصة عبر نشاطات المنظمة العربية للتنمية الإدارية في عام 2002 من خلال منشوراتها كتاب «الحكمانية: قضايا وتطبيقات» وكذلك مؤتمراتها الهادفة إلى تعميم ذلك المصطلح ومكوناته بدا التحول نحو استخدام طريقة الإدارة الرشيدة بالمؤسسات والإدارات العالمية المتقدمة لمواكبة المتغيرات الحاصلة في البيئة الاقتصادية والسياسية والتقنية في العالم والتي فرضها بشكل أساسي المستثمرون القلقون على رؤوس أموالهم وكذلك رجال التشريع و علماء التنظيم الإداري والمدافعون عن البيئة. وفي عام 1999 حدد قادة سبع دول الكبار في العالم عمليات الإصلاح جراء اعتماد أساليب ممارسة الإدارة الرشيدة بالمؤسسات باعتبارها أحد أعمدة الإدارة والاقتصاد في مرحلة ما بعد الحرب الباردة و العمل على تأكيد نهج منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية باعتماد مجموعة المعايير العالمية في الإدارة الرشيدة . وطالب هؤلاء القادة كلا من الصندوق النقد الدولي والبنك الدولي بتقديم المدى الذي وصلت

1- علي عبد الغني اللايد و آخرون، اثر تطبيق قواعد حوكمة الشركات على جودة التقارير المالية (دراسة ميدانية)، مجلة التقني،المجلد السادس والعشرون، العدد الرابع - 2013، ص97.

إليه الدول في تطبيق المعايير الجديدة للإدارة (الإدارة الرشيدة) باعتبار تلك الأساليب أساسا لزيادة الازدهار وخلق فرص العمل ودعم قدرات الشركات على المنافسة لاجتذاب رؤوس الأموال العالمية في الدول النامية تعززت ممارسات الإدارة الرشيدة في كوريا الجنوبية والبرازيل وتركيا وغيرها.¹

1-تعريف حوكمة المؤسسات:

سيتم عرض و في إطار تاريخي بعض التعاريف التي قدمت مفهوما لحوكمة المؤسسات . حيث عرفت لجنة **Cadbury** 1992 على أنها: " نظام يتم من خلاله إدارة المؤسسات والسيطرة عليها و مراقبتها " ² يتضح من هذا التعريف أن الحوكمة أسلوب رقابي و تسييري للمؤسسة . و في عام 1999 عرفت منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية (OCDE) بأنها: "ذلك النظام الذي يتم من خلاله توجيه وإدارة شركات الأعمال ويحدد هيكل الحوكمة، الحقوق والمسؤوليات بين مختلف الأطراف ذات الصلة بنشاط الشركة مثل مجلس الإدارة، المساهمين ،أصحاب المصالح، كما يحدد الهيكل الذي يتم من خلاله وضع أهداف الشركة ووسائل الرقابة عليها"³. كما عرفت مؤسسة التمويل الدولية (IFC) على أنها: " هي النظام الذي يتم من خلاله إدارة الشركات والتحكم في أعمالها"⁴ . عرفت أيضا أنها: " مجموعة من الإجراءات والقوانين والنظم والقرارات التي تضمن كل من الانضباط، الشفافية والعدالة بهدف تحقيق الجودة والتميز في الأداء عن طريق ترشيد تصرفات الإدارة في استغلال الموارد الاقتصادية المتاحة بما يحقق أفضل المنافع الممكنة لكافة الأطراف ذوي المصلحة والمجتمع ككل"⁵. حسب التعاريف السابقة الذكر نلاحظ أن مفهوم الحوكمة يشير الى مجموعة من القواعد

و القوانين والمعايير التي تضبط العلاقة بين المساهمين و أصحاب المصالح و الأطراف الآخرين الذين لديهم العلاقة مع المؤسسة . و يمكن أن نعطي تعريفا بسيطاً للحوكمة المؤسسات على أنها " نظام يهتم بالتوجيه و رقابة تسييرية تزيد بتنظيم التطبيقات و الممارسات و اقامة رقابة مالية أو غير مالية بهدف الحصول على جودة عالية لأداء جيد للمؤسسات مع المحافظة على مصالح المساهمين وأصحاب المصالح وكذلك مجلس الإدارة". و بناء على التعاريف السابقة فان مصطلح الحوكمة يشير إلى مجموعة من الخصائص

و هي: الانضباط و هو اتباع السلوك الأخلاقي مناسب والصحيح ، والشفافية تقديم صورة حقيقية لكل ما يحدث، مع وجود استقلالية و عدم وجود تأثيرات وضغوطات غير لازمة للعمل ، و المساواة أي إمكانية تقييم

1- وهبية مقدم ،احترام ضوابط الحوكمة في المصارف سبيل لتجنب الأزمات المالية، <http://iefpedia.com/> ، (2014/03/20)، ساعة 13:00، ص 4.

2 - Cadbury، **Report of the committee on the financial aspects of Corporate governance**، p14، تاريخ التصفح (2014/05/05)، ساعة 12:30، <http://www.ecgi.org/>

3-نعيمة عدي، دور آليات الرقابة في تفعيل حوكمة الشركات- دراسة حالة الجزائر ، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص مالية مؤسسة، جامعة قاصدي مرباح- ورقلة- كلية العلوم الاقتصادية، 2009/2008، ص4.

4 - نسيمه غلاي، فعالية حوكمة الشركات- دراسة ميدانية لمؤسسات تلمسان -، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص حوكمة الشركات، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، (2010/2011م)، ص 15.

5- www.iefpedio.com/ - (2014/04/18) تاريخ التصفح , الساعة , 13:00.

وتقدير أعمال مجلس الإدارة والادارة التنفيذية. كذلك وجود مسؤولية أمام جميع الأطراف ذوي المصلحة في المؤسسة مع تحقيق العدالة و احترام حقوق مختلف المجموعات أصحاب المصالح ، و النظر إلى الشركة كمواطن جيد.¹

كما حظيت حوكمة المؤسسات باهتمام بالغ في السنوات الأخيرة وذلك لأسباب كثيرة منها اهتمام الدول والمؤسسات باجتذاب الاستثمار وتحسين الأداء فالفضائح المالية وهروب الأموال ألفت بظلال مظلمة على الاقتصاديات في جميع أرجاء العالم ومن ثم فإن الإرشادات الموجودة حالياً ينبغي النظر باعتبارها مكون من بين العديد من المكونات الضرورية وغير الكافية حتى الآن لإقامة نظام سليم للحوكمة المؤسسات و تكمل أهميتها في تخفيض مشاكل الوكالة و مراعات المنفعة لمختلف الاطراف ، وتخفيض السلوكيات السلبية المخفضة للقيمة، مع تخفيض لمستويات الصراع و تجذر المسيرين .

كما يعد نظام حوكمة المؤسسات وسيلة تسمح بالتأكيد على إدارة جيدة للمؤسسات بطريقة تحمي أموال المستثمرين و المقترضين ، كما تهدف الى تحقيق الشفافية و العدالة و المعاملة النزيهة لجميع الأطراف ذو المصالح المشتركة . مع حماية حقوق المساهمين سواء كانوا أقلية أو أغلبية و تعظيم عوائدهم . مع منع استغلال السلطات المتاحة من تحقيق مكاسب غير مشروعة و المتاجرة بمصالح الشركة و المساهمين و أصحاب المصالح² .

تشير عبارة الحوكمة بكل بساطة الى إطار يحدد من خلال الثقافة و الممارسات القانونية و الإقتصادي والمؤسسية و يتيح للمؤسسات أن تعمل بشكل فعال في بيئة أعمال منظمة و مسؤولة وخاضعة للمساءلة ، فهي تهدف إلى التأكد من قوة قرارات المؤسسة وأعمالها تدار بنزاهة و شفافية و مساءلة.

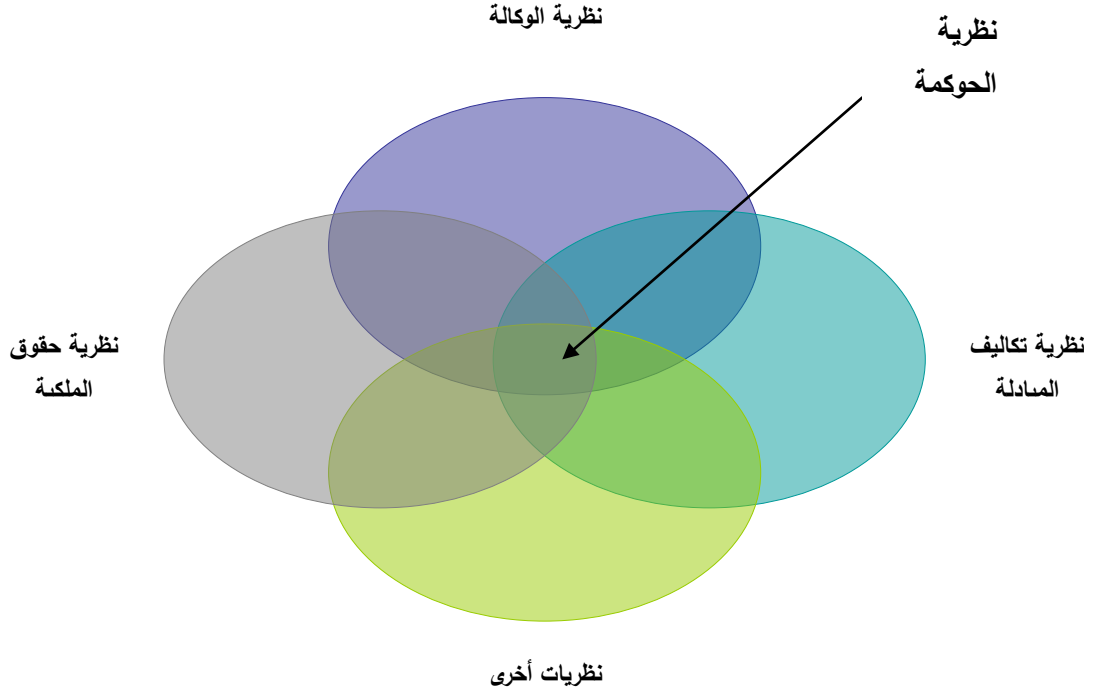
الفرع الثاني: نظريات المترجمة للحوكمة :

انطلاقاً من البعد (الجانب) الأكاديمي البحثي حول الحوكمة فإن تأصلها العلمي يعود للحديث عن بعض النظريات التي شكلت اطارها المرجعي و التي كانت لها مساهمة كبيرة في تطورها، و من أشهر هذه النظريات و أكثرها تداولاً في الأدبيات الحوكمة نظرية الوكالة ، نظرية حقوق الملكية ، و نظرية تكاليف التبادل ، هذه النظريات رغم أنها نشأت في أزمنة و ظروف مختلفة الا أنها جميعها تتقاطع في نفس الإطار المفاهيمي للحوكمة . انظر (الشكل 1-1)

1 - طارق عبد العال حماد، حوكمة الشركات، المفاهيم- المبادئ-التجارب-المتطلبات، دار الجامعية، القاهرة، 2008، ص25.

2 - عدنان بن حيدر درويش، حوكمة الشركات ودور مجلس الإدارة، إدارة المصارف العربية، 2007، ص33.

الشكل رقم(1-1):يوضح الأهم النظريات المترجمة للحوكمة



المصدر: من اعداد الطالبة

1- نظرية الوكالة:

يمكن تعريف عقد الوكالة بأنه عقد يلزم بموجبه شخص أو عدة أشخاص (الموكل/المساهم) شخصا آخر (الوكيل/ المسير) من أجل القيام بأعمال باسمه ، مما يؤدي إلى تفويض جزء من سلطة اتخاذ القرار للوكيل ، ويمكننا أيضا تعريف الوكالة أو الإنابة بأنها « عقد بمقتضاه يفوض شخص شخصا آخر للقيام بعمل شيء لحساب الموكل باسمه»¹. و يعتبر كل من **Jensen et Mekling** من الأوائل الذين تطرقوا لنظرية الوكالة بهذا المصطلح فعرفوها على أنها: « تعاقد بين عدة أطراف وفيه المالك أو الأصل (الملوك) يوكل أو يفوض أطراف آخرين (موكل من أجل تنفيذ المهام وبالتفويض تصبح لهم سلطة القرار».² ان اهتمامات نظرية الوكالة تتمحور حول سؤالين أساسيين:³

1- نسيمه غلاي، مرجع سبق ذكره ، ص20-21.

2 - M.C.Jensen and W H Mekling, **Theory of the Firm : Managerial Behavior, Agency**

Costs and Ownership Structur, Journal of Financial Economics, [on line], October 1976,

>Available at: <http://www.sfu.ca/~wainwrig/Econ400/jensen-meckling.pdf> ، ساعة (2014/04/17) تاريخ التصفح 20:30, p 5.

3- عبد الفتاح بوخمخ ، نظريات الفكر الاداري تطور و تباين أم تنوع و تكامل ، المؤتمر ، عولمة الادارة في عصر المعرفة (14-17 ديسمبر 2012) ، جامعة جنان، طرابلس، لبنان، ص21-22.

*كيف يمكن بناء نظام رقابي تحفيزي يعيق الوكيل في أن يتبنى سلوكيات قد تؤدي إلى إلحاق الضرر بمصالح الأصل أو بشكل أدق يقود الوكيل إلى أن يتصرف وكأنه يسعى إلى تعظيم دالة منفعة الأصل ؟.

* كيف يمكن تصميم في ظل المعلومات غير التامة نظام وكالة يقترب أكثر من الكفاءة التي يحقق في نظام المعلومات التامة كما تتحدد في ظل ميكانيزمات السوق كما يصفها الاقتصاد المعيارى ؟.

2- نظرية حقوق الملكية:

هدفت نظرية حقوق الملكية ، الى فهم عمل مختلف المؤسسات استنادا إلى مفهوم حقوق الملكية و توضيح فعاليتها النسبية ، تجد هذه النظرية أصولها في أعمال كل من "Demsetz et Alchian" و " Pejovich et Furuboth". إن مفهوم حقوق الملكية قد عرف من قبل " Pejovich" وفقا لما يلي: « حقوق الملكية ليست علاقات بين الأفراد و الأشياء ولكن علاقات مقننة بين الأفراد في علاقتهم باستعمال الأشياء» حقوق الملكية لا يكون مكتملا إلا بتوفر شرطين: تفرد المالك باستعمال الأصول ، والقابلية للانتقال. ف فيما يتعلق بالتفرد في استعمال أن يكون للمالك الحرية التامة في استعمال الأصول التي يمتلكها وإخضاعها لرقابة. أما القابلية للانتقال يعبر عنها بإمكانية مبادلة الأصل و الا تخضع هذه العملية إلا لإدارة البائع و المشتري. في حال ما إذا كان اقتصاد السوق يقوم على حرية المبادلات ويضمن بشكل كامل حقوق الملكية فان كل متعامل في مثل هذا النظام الاقتصادي الذي يتصف بالمثالية من تعظيم المنفعة¹. فنظرية حقوق الملكية تتولى بالدراسة إذن التقليل من انعكاسات حقوق الملكية على تخصيص الموارد: الأمر الذي يقوم الباحثين إلى مقاومة فعالية الأشكال التنظيمية التالية: التعاونيات، المنشأة العمومية ، منشأة التسيير الذاتي. ففي المنشآت الخاصة هناك فصل للملكية عن التسيير بين المسيرين والمساهمين، المسيرين بإمكانهم التسيير وفقا لمبادئ قد لا تخدم مصلحة الملاك والذين يكون من مصلحتهم اللجوء إلى استخدام أنظمة رقابية ينتج عنها ارتفاع في التكاليف فهناك مساس بتفرد المالك في استعمال الأصل².

2-نظرية تكاليف التبادل :

ان التحليل الاقتصادي للمنظمات يدفعنا إلى أن نتذكر التوضيح الذي قدمه "Coase" بشأن تواجد المنشأة حيث أنها تشكل منظمة أكثر فعالية من السوق تمكن من الاقتصاد في تكاليف المبادلة أن تبرير هذه النظرة واستخدامها في دراسة المنظمات يعود إلى الباحث "Olivier Williamson" الذي طور نظرية عن الأشكال التنظيمية الداخلية، بطريقة أخرى، نهج "Williamson" يحتل مكانة متميزة في المدخل الاقتصادي لتحليل المنظمات، حيث يعد هذا المدخل مكانة متميزة في المدخل النتيجة لعدة اتجاهات متنوعة لباحثين قدموا أساس هذا التحليل أمثال: "Coase"، "Commons"، "Simon"، "Arrow" و "Chandler". مفهوم تكاليف

1 - المرجع نفسه ، ص20.

2 - المرجع نفسه ، ص21-22.

الصفقات الذي يشكل أساس التحليل لدى "Williamson" يتضمن مجمل التكاليف الناتجة عن العقود التي تتعلق بانتقال الملكية بين الأفراد أو بين المنظمات أن هذه التكاليف ناتجة عن العديد من العوامل: سلوكية أو غير سلوكية. فالعقلانية المحدودة المأخوذة من تحليل "Simon" تشير إلى العقبات التي تصادف الاطراف لدى إبرام العقد ، والسلوك الانتهازي يتمثل في البحث عن المصلحة الشخصية من خلال اللجوء إلى الحيل والغش، فالأفراد في سياق غير كامل للمعلومات، والانتهازية تكون قبل وبعد تنفيذ العقد. وخصوصية الأصول تتحدد عند Williamson على أساس الدرجة التي يمكن من خلالها إعادة نقل أصل ما لاستعمال آخر دون انخفاض في قدرته الإنتاجية.¹

المطلب الثاني: مبادئ ومحددات حوكمة المؤسسات:

المقصود بمبادئ حوكمة المؤسسات القواعد والنظم والإجراءات التي تحقق أفضل حماية وتوازن بين مصالح مديري المؤسسة والمساهمين فيها، وأصحاب المصالح الأخرى المرتبطة بها، وهناك ستة مبادئ أساسية لترسيخ قواعد الحوكمة وضعتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية سنة 2004 ، ومجموعة من المحددات الداخلية والخارجية وسيتم شرح كل عنصر كما يلي :

الفرع الأول : مبادئ الحوكمة المؤسسات:

تعتبر المؤسسات، منظمة التمويل الدولي، و بنك التسوية الدولي -لجنة بازل- ، و منظمة التعاون الإقتصادي و التنمية المراجع الرئيسية للحوكمة على مستوى العالم لتطبيق أفضل الممارسات المتعلقة بالحوكمة إلا أن لكل دولة مرجعية محلية، يجب على المؤسسات التقيد بضوابط الحوكمة المعدة من قبل هذه المرجعيات. إن التطبيق السليم للحوكمة يتطلب الالتزام بمجموعة من المبادئ التي تشكل القواعد الأساسية للممارسة الإدارية الرشيدة. و قد حددت هذه المبادئ من قبل الهيئات اعلاه وان اختلفت في الشكل الا ان مضامينها واحد ، و سوف نركز على المبادئ المعدة من قبل منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية وذلك لكونها الأكثر شيوعاً دولياً و الموضحة و الملخصة في الجدول التالي :

جدول رقم (1-1): المبادئ الستة للحوكمة حسب منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية OECD

إسم المبدأ	المحتوى المبدأ
1-ضمان وجود أساس لإطار فعال لحوكمة الشركات	-مجموعة من الحقوق تضمن حقوق حملة الاسهم -الفصاح التام عن المعلومات -حق التصويت و المشاركة في قرارات الاصول
2-حفظ حقوق جميع المساهمين	-نقل ملكية الاسهم و المشاركة في مجلس الادارة -الحصول على عوائد -المشاركة في اجتماعات الجمعية العامة
3-المعاملة المتساوية بين جميع المساهمين	-المساوات بين حملة الاسهم داخل كل فئة -التصويت على القرارات الأساسية -حقهم في الاطلاع على المعلومات مع أعضاء مجلس الادارة و المديرين التنفيذيين
4-دور أصحاب المصالح في أساليب ممارسة سلطات الإدارة بالشركة	-حماية حقوقهم القانونية -مشاركتهم الفعالة في المراقبة المؤسسة
5-الإفصاح والشفافية	-الافصاح عن المعلومات بطريقة عادلة و دون تأخير
6-مسؤوليات مجلس الإدارة	-توجيه المؤسسة و الإشراف على الإدارة التنفيذية لها

المصدر: من اعداد الطالبة اعتمادا على مبادئ (OECD)

الفرع الثاني: محددات حوكمة المؤسسات:

هناك اتفاق على أن التطبيق الجيد لحوكمة المؤسسات من عدمه يتوقف على مدى توافر و مستوى جودة مجموعتين من المحددات: الخارجية و الداخلية أنظر الشكل (1-2) و نعرض فيما يلي هاتين المجموعتين من المحددات بشيء من التفصيل كما يلي¹:

1- محددات خارجية: وتتكون من:

أ- عناصر تنظيمية وتسير إلى المناخ العام للاستثمار في الدولة التي تعمل من خلاله الشركات وترجع أهميتها إلى أن وجودها يضمن تمثيل القوانين والقواعد التي تضمن حسب ادارة الشركة وهي عبارة عن :

* القوانين المنظمة للسوق والنشاط الاقتصادي مثل قانون سوق المال وقانون الشركات وتنظيم المنافسة ومنع الممارسات الاحتكارية والقوانين المتعلقة بالإفلاس.

* كفاءة القطاع المالي (البنوك وسوق المال) في توفير التمويل اللازم للمشروعات بالشكل المناسب الذي يشجع الشركات على التوسع و المنافسة الدولية.

* كفاءة الأجهزة الرقابية (مثل هيئة سوق المال) في أحكام الرقابية على الشركات.

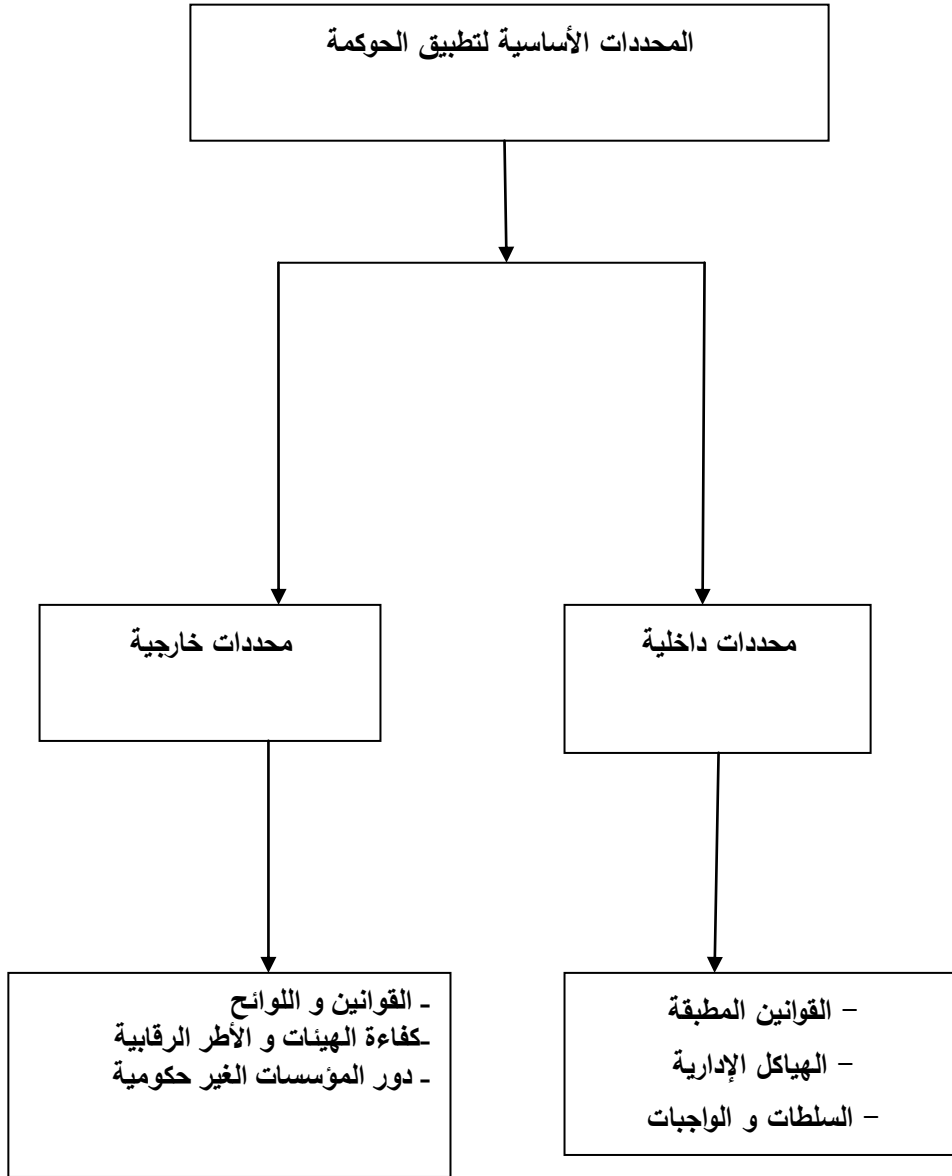
* دور المؤسسات ذاتية التنظيم غير حكومية التي تضمن عمل الأسواق بكفاءة ومن الجمعيات المهنية مثل جمعية المحاسبين والمحققين وال شركات العاملة في الأسواق المالية.

ب- عناصر خاصة وتشير إلى أصحاب المصالح والمؤسسات الخاصة والمهنيين من المحاسبين والمحققين والقانونيين.

2- محددات داخلية : وتشير إلى القواعد والأسس التي تتضمن وضع هياكل إدارية سليمة والتي تحدد كيفية اتخاذ القرارات وتوزيع السلطات داخل الشركة بين مجلس الإدارة والمديرين التنفيذيين وحملة الأسهم التي يؤدي توفيرها إلى تقليل التعارض بين مصالح هذه الأهداف .

1- خليفة محمد ناجي حسن، الإشراف والحوكمة في البنوك، المؤتمر العربي الأول حول التدقيق في إطار حوكمة الشركات ، مصر ، 2005، ص 20.

الشكل رقم (1-2) المستلزمات الخارجية والداخلية للحوكمة:



المصدر : نسيمه غيلاي، مرجع سبق ذكره، ص68.

المبحث الثاني : تطبيقات حوكمة المؤسسات في المستشفيات :

لا يختلف مفهوم إدارة المستشفى عن مفهوم إدارة المؤسسات الأخرى انطلاقاً من ان المستشفى هم مؤسسة على الرغم من ان غايتها انسانية و ليس الغرض منها تحقيق الربح ، إذ ينطبق على المستشفيات تعريف الإدارة بأنها «انجاز الأهداف التنظيمية بواسطة الأفراد وموارد أخرى»¹. إن إدارة المستشفى تتطلب تفاوتاً وتسبيحاً وتكاملاً بين جميع الأفراد العاملين في المستشفى، ومن هنا تأتي خصوصية إدارة المستشفيات، إذ تشترك كل أنواع الأطراف العاملة في المستشفى لخدمة مريض واحد. لذلك سوف نحاول في خلال هذا المبحث التطرق إلى مفهوم الحوكمة المستشفيات وتسلط الضوء على إبعادها واهم مؤشرات قياس أداء الحوكمة فيها.

المطلب الأول : الإطار المفاهيمي الحوكمة في المستشفيات:

من الناحية العملية ، يعمل إطار حوكمة المؤسسات للمستشفى على تحقيق التوازن بين مبادئ الكفاءة الاقتصادية والاستدامة المالية من جانب، وبين القيم الاجتماعية وخدمة المرضى من جانب آخر، لذلك توجد مشكلة أساسية في تحديد تعريف دقيق وشامل لحوكمة المستشفيات لذلك سوف نحاول في هذا المطلب اعطاء بعض التعاريف لحوكمة المستشفيات .

الفرع الأول: تعريف الحوكمة المستشفيات :

إن حوكمة المستشفيات تعتبر من القضايا الأكثر حساسية وأهمية إذ لا يرتبط فقط بأبعاد كآلية واقتصادية بل ترتبط بجانب أسمى وأكثر تأثيراً على المجتمع فهي مرتبطة بتوفير الرعاية الصحية لأفراد المجتمع. إذ يمكن اعتبار حوكمة المستشفيات مرتبطاً أكثر بالنهج المؤسسي أكثر من المالي. و يرى بعض المؤلفين انه يمكن اعتبارها مزيج من العناصر المالية وغير المالية لان الغرض منها هو الإشراف ودعم جميع أنشطة المستشفى لتحسين الخدمات الطبية : ففي حقبة مضت كانت حوكمة المستشفيات تهتم بالمقام الأول على إدارة الهياكل والبنى التحتية وتوفير الموارد، أما اليوم فقد تطورت لتركز أكثر على إدارة العمليات ودعم أنشطة الرعاية الصحية². فهي تعرف بأنها "عملية توجيه الأداء العام والفعال للمستشفى من خلال تحديد الأهداف بوجود مستويات من الإدراك على المستوى العلمي، بالإضافة إلى أن حوكمة المستشفيات من العناصر الأساسية اللازمة من أجل تحقيق التميز في إدارة المستشفى فهي تضمن حد معين من وجود مهمة واضحة ضمن ثقافة انجاز معينة³ ". فحوكمة المستشفيات هي: "أكثر من بنية أو تركيبة لمجلس، بل هي عملية من خلالها

1 - مصباح عبد الهادي حسن الدويك، « نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية - دراسة تطبيقية على مستشفى غزة

الأوروبي»، مذكرة لاستكمال متطلبات درجة الماجستير الجامعة الإسلامية - غزة- كلية التجارة ، قسم إدارة الأعمال ، 2010، ص54.

2 - C. Murphy et S.O 'Donohoe, «Hospital Governance : An Insight form the south East of Ireland» , IFAA Annual Conference Waterford Institute of Technology, (2006) . P 14.

3 - Ibid, 15.

يتم التعاون بين المسؤولين بالإدارة العليا والطاقم الطبي بمختلف شرائحه لتطوير الإشراف والسياسات العامة لهذه المؤسسة¹. كما تعرف حوكمة النظام الصحي بأنها تحقيق لمبادئ معينة هي²:

الاستجابة الى احتياجات الصحة العامة ، و ملتقى الخدمة ، و المواطنين . و القيادة المسؤولة لتحقيق الاولويات الصحية . و كذلك اجراءات محددة للمواطنين ، و ملتقى الخدمات للحصول عليها .

كما تعتبر تطبيق الضوابط المؤسسية اللازمة ، و عمليات مساءلة واضحة وقابلة للتنفيذ. مع اتخاذ القرارات

و السياسات المبنية على الأدلة ؛ و توفير الخدمات و الاطر التنظيمية ، و توفير نظم ادارية كفؤة وفعالة . كما يساعد تقييم الحوكمة على رفع مستوى الوعي بمبادئ الحوكمة ، مما يسهم تسليط الضوء على الفجوات القطاع الصحي ، و اعطاء فرصة لتحسينه ، و بالتالي الوصول الى حوكمة رشيدة التي تضمن كفاءة و فعالية استخدام الموارد ، وتقديم الخدمات³.

فلكل مستشفى هيكل تنظيمي يتضمن توزيع و تحديد المسؤوليات و الصلاحيات ، و في حالة الملكية العامة تعود ملكيته للدولة او الهياكل الوصية (وزارة، مديريات الصحة) بينما الملكية الخاصة تعود للأفراد بهدف تحقيق الأرباح ، لذلك يتعين مجلس الإدارة (أمناء) و يعين هذا المجلس بدوره الإدارة التنفيذية العليا، وتضطلع هذه الأخيرة بإدارة المستشفى . و لا يتناقض الهيكل الحاكم للمستشفى مع أي أطر قانونية أخرى. و يبذل المستشفى أقصى جهد ممكن لتطبيق أفضل الممارسات ضمن الإطار القانوني الذي يعمل فيه كما يفصل إطار حوكمة المؤسسات في المستشفى بين مختلف الجهات الفاعلة الداخلية بالمستشفى، وبالتحديد: الملاك/ المساهمين، مجلس الإدارة/ الأمناء ، الإدارة التنفيذية ، فريق العمل الطبي ، فلكل مجموعة من الجهات الفاعلة أدوارها ومسئولياتها وكفاءاتها الخاصة. ويؤدي خلط الأدوار بين تلك المجموعات إلى خلق صراعات المصالح ، والإضرار بالمساءلة ، وتفاقم أوجه القصور، وزيادة احتمالات الفساد. و في حالة قيام الأطباء العاملين بالمستشفى بأدوار خارج دورهم في الفريق الطبي ، يكون هناك تمييز واضح لهذه الأدوار، مع اتباع سياسة واضحة وشفافة إزاء تضارب المصالح. لذا يجب أن يكون لدى هؤلاء الأطباء مجموعة الكفاءات والمؤهلات المطلوبة للقيام بالأدوار الإضافية على نحو احترافي. ومن أمثلة ذلك المهارات الإدارية والقيادية ، إلى جانب دراسات في الإدارة والتمويل وغيرها من الفروع العلمية ذات الصلة⁴.

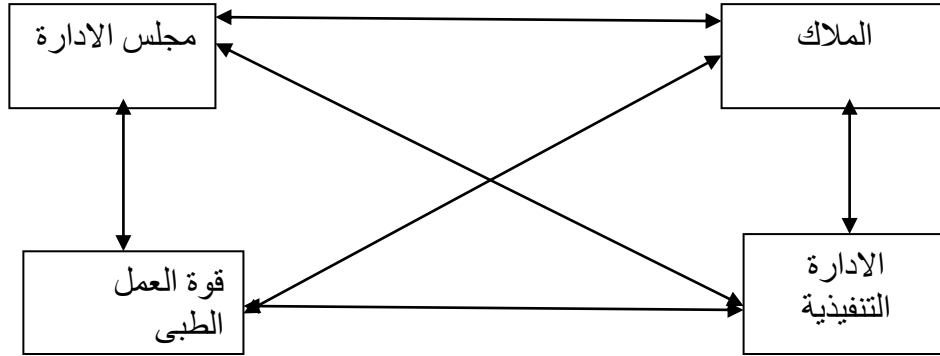
1 - Richard G.Bogue, Claude H, Hall, et al, **Hôpital Governance in latin American**, HNP the world Bank, (2007) . P 18.

2- مي ماهر جمال و آخرون ، تقييم الحوكمة في قطاع الرعاية الصحية الاولية (محافظة الفيوم)، مركز العقد الاجتماعي ، 2013، ص22.

3-W.H.O, "Health System Governance " , toolkit in Monitoring Health system Strengthenig, 2008,p10.
http://www.who.int/healthinfo/statistic/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Governance_pdf

4- مصطفى حنتر و آخرون ، مبادئ و قواعد الحوكمة في المستشفيات، جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، مصر ، 2014، ص 29-30.

شكل رقم(3-1): يوضح تداخل ادوار الاطراف الفاعلة في المستشفى



المصدر: مصطفى حنترو آخرون، مرجع سبق ذكره، ص30.

نلاحظ من خلال الشكل أعلاه ان هناك اربع أطراف تتفاعل في ما بينها للعمل داخل المستشفى و هم:

الملاك : قد تكون هيئة حكومية (وزارة) ، او جهة خاصة (افراد ، أو مؤسسات خاصة)

مجلس الإدارة : الذي يقوم بإدارة المستشفى.

الإدارة التنفيذية: و التي تقوم بتنفيذ قرارات مجلس الإدارة.

قوة العمل الطبي : ويتمثلون في الأطباء ، الممرضون .

الفرع الأول : مهارات والخبرات اللازمة لإدارة المستشفيات:

يتميز المستشفى عن غيره من المؤسسات بخصوصية ازدواجية المعارف , مهارات تمزج بين العمل الإداري و المعرفة العمل الطبي. و طبقا لمؤسسة التمويل الدولية، فان المؤهلات الأساسية لمجلس الإدارة تنقسم إلى مؤهلات شخصية ومؤهلات مهنية: بالنسبة للمؤهلات الشخصية فهي : القيادة، تحمل المسؤولية النضج، التمتع بأخلاقيات العمل، وتوافر الوقت. هذا النموذج من الحوكمة قد لا يعاني من المشاكل في هذه النقاط إلا في إطار توافر الوقت وتحمل المسؤولية أمام الآخرين. بالنسبة للوقت فان أعضاء مجلس الإدارة يعملون كأطباء داخل نفس المستشفيات، ولذلك قد لا يتوافر لديهم الوقت للإشراف على إدارة هذه المستشفيات ولذلك في حالة نجاح المشروع فان عدد المرضى لديهم يتضاعف وبالتالي فان الوقت المتوافر للإدارة يتضاءل تلقائيا، لذلك فان هذا النموذج مكتوب لهد عدم الاستمرارية. أما بالنسبة لتحمل المسؤولية أما الآخرين ، حيث إن الأطباء يمثلون الملاك والفنيين والمدربين وأعضاء مجلس الإدارة فانه مستحيل إن يتم محاسبته أي منهم أمام الآخر. على جانب المؤهلات المهنية أوصت مؤسسة التمويل الدولية بتوافر الخبرة في المجال الصناعي والقدرة على تقييم في مجالات الأعمال ومهارات متعلمة متخصصة في مجالات التمويل، المحاسبة ، وإدارة المخاطر المراجعة الداخلية والإدارة الإستراتيجية ، إذا نظرنا إلى مجلس الإدارة المكون بالكامل من أطباء، قد نجد الخبرة

في المجال الصناعي ، أما باقي المهارات فقد تكون شبه منعدمة. فإن النماذج التي يكون فيها مجلس الإدارة مكون بالكامل من ذوي المؤهلات الإدارية قد يتوافر لديها المهارات اللازمة ولكنها تفتقر إلى الخبرة في مجالات الصحة مثل فهم دورة المستشفيات والحوكمة الإكلينيكية وبحوث العلوم الطبية ، ومن خلال نظرة شاملة لجميع هذه النماذج فإنه من النادر إن نجد أعضاء إدارة مستقلين وإذا طبقنا نظرية أصحاب المصالح في الحوكمة فإنه من النادر إن نجد كفاءات اللازمة للتعامل مع صناعة معقدة مثل الصحة أصحاب المصالح بها متعددين¹.

المطلب الثاني: مكونات الرئيسية للحوكمة الجيدة في المستشفيات:

نجد أنه كما اختلفت التعريفات المعطاة لمفهوم الحوكمة، فقد اختلفت كذلك الأبعاد التي تحكم عملية الحوكمة ، وذلك من منظور وجهة النظر التي حكمت كل جهة تضع مفهوما لهذه الأبعاد، و لدراسة الحوكمة في المستشفيات اعتمد الباحث على أربع أبعاد متكاملة وهي الشفافية، لجان التدقيق والمراجعة، مجلس الإدارة، وإدارة المعلومات، إدارة المكافآت.

1- الشفافية:

وتعني بان عملية اتخاذ القرارات وتنفيذها تطبق بأساليب تتدرج ضمن إطار ولوائح وتعليمات للقوانين والأنظمة كما تعني أيضا إن المعلومات متوفرة ومتاحة لأشخاص المتأثرين بالقرارات ومضامينها، وأن المعلومات الكافية يتم تجهيزها بشكل مفهوم والإفصاح عنها في أجهزة الإعلام والإعلانات الصادرة عن المؤسسة، بشكل يسهل الحصول عليها.²

2- لجان التدقيق أو المراجعة:

في سنة 1992 أوصى Cadebry في تقرير له حول حوكمة الشركات على ضرورة إنشاء لجنة تدقيق واعتبارها سمة هامة تضمن ممارسات أفضل لحوكمة الشركات نظرا للأهمية البالغة للجان التدقيق ثم التأكيد على ضرورة قيام مجلس الإدارة باتخاذ الترتيبات المناسبة اتجاه هذه اللجان، ومساهمة كل من المدراء والموظفين على حد سواء لجان التدقيق للقيام بأداء واحاتهم على أكمل وجه. كما ينبغي إن تكون لجنة التدقيق مستقلة عن مجلس الإدارة وعن المدراء التنفيذيين وان لا يقل عددهم عن ثلاثة ، وتقوم هذه اللجان بإعداد التقارير المالية والرقابة الداخلية والحفاظ على سير الأنشطة بطرق قانونية وأخلاقية. وازداد نطاق وظيفة لجنة التدقيق فلم تبق

1 - مصطفى عنتر، نحو الوصول للتركيبة المثالية للمهارات داخل مجالس إدارة المؤسسات الصحية ، مجلة التنفيذي، ريع سنوية، العدد الخامس، ابريل 2009، ص 31.

2- حسين عثمانى و سعاد شعبانية، النظام المحاسبي كأحد أهم المتطلبات حوكمة الشركات وأثره على بورصة الجزائر، الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة محمد خيضر بسكرة: 07/06 ماي 2012، ص 30.

منحصرة في عملية إعداد التقارير المالية ، بل اتسعت لتشمل مسؤوليات أخرى كإدارة المخاطر والرقابة وإعداد التحقيقات.¹

3- مجلس الإدارة وإدارة المعلومات:

بصفته من يقوم باختيار المتحررين التنفيذيين والذين يوكل لهم سلطة الإدارة اليومية لأعمال الشركة ، ويرسم على أدائهم، وقد بنيت المبادئ العالمية المذكورة للحوكمة بأن أعضاء مجلس الإدارة يضطلعون بنوعين من الواجبات عند قيامهم بعملهم وهما :

- واجب العناية اللازمة : ويتطلب إن يكون مجلس الإدارة يقضا وحذرا وان يبذل الجهد والحرص والعناية اللازمة واتخاذ القرار، وأن يتوفر في الشركة إجراءات وأنظمة كافية وسليمة و أن تكون الشركة ملتزمة بالقوانين والأنظمة والتعليمات الموضوعة.

- واجب الإخلاص في العمل: ويشمل ذلك المعاملة المتساوية للمساهمين للمعاملات مع الأطراف ذات المصالح ووضع سياسات ملائمة للرواتب والمكافآت وغير ذلك.² فهو يمثل المساهمين وأيضا الأطراف الأخرى مثل أصحاب المصالح . يقوم باختيار المديرين التنفيذيين (توكل إليهم السلطة اليومية لأعمال الشركة) بالإضافة إلى الرقابة على أدائهم كما يقوم برسم سياسة العامة للشركة وكيفية المحافظة على حقوق المساهمين.³

4-إدارة المكافآت :

تعتبر إدارة المكافآت من أهم العناصر التي تولى حوكمة الشركات الاهتمام بها وتعتبر وسيلة تسهل من عمليات اتخاذ القرار لذا تقدم المؤسسات بإنشاء لجان مختلفة على مستوى هذه الإدارة كلجنة التعويض واللجنة التنفيذية ، وهناك من المسؤولين في مجال الحوكمة من اعتبرها عنصر جديد نسبيا في هيكل الحوكمة، وإدارة المكافآت أهمية تتمثل في أنها تقف عائقا أما كبار المسؤولين وكذا المدراء التنفيذيين في استغلال مراكزهم لخدمة المصالح الذاتية، كما إن الإدارة المكافآت أثر كبير على أداء المؤسسة إذ تولي الموارد البشرية الاهتمام بهذا العنصر ومدى عدالته ومدى تقييد الإدارة لتنفيذ أنشطتها بدون تحليلي ، ففي ظل حوكمة الشركات على إدارة المكافآت الكشف عن الأنظمة المعمول بها لتحديد الأجور والمكافآت على مختلف

1 - جوهرة أقطي و فوزية مكراش، أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بجيجل، الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كألية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة محمد خيضر بسكرة، 06-07 ماي 2012، ص4.

2 - العياشي زرزا، اثر تطبيق قواعد الحوكمة الشركات على الإفصاح المحاسبي وجودة التقارير المالية للشركات، ملتقى الدولي الثامن، الحوكمة المحاسبية للمؤسسة ، واقع ورهانات وأفاق، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، يومي 07-08 ديسمبر 2010، ص 9 .

3- بن طيبي دلال وعزيرة بن سميحة، حوكمة الشركات ودورها في تفعيل نظام الرقابة على شركات التأمين التعاوني، الملتقى الدولي السابع حول الصناعة التأسيسية الواقع العلمي وأفاق التطوير - تجارب الدول - جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، يومي 03-04 ديسمبر 2012، ص 4.

المستويات الإدارية، كما يجب توفير المعلومات التي توضح طريقة احتساب الأجور والتعويضات كما يجب أن تخضع إدارة المكافآت للمعايير المحلية.¹

المطلب الثالث: مؤشرات قياس أداء الحوكمة في المستشفيات:

للقياس أو الحكم على مستويات الحوكمة في المستشفيات كانت هناك عدة جهود منها جهود منظمة الصحة العالمية سنة 2008 لقياس أداء الحكومة في القطاع الصحي و هي خمسة عناصر متمثلة في²:

- 1- التغيب عن صفوف العمال الصحة في المرافق الصحية العامة.
 - 2- نسبة الأموال الحكومية الموزعة على المرافق الصحية على مستوى كل منطقة.
 - 3- تقديم الخدمات الصحية : معدلات نفاذ المخزون من الأدوية الأساسية في المرافق الصحية.
 - 4- تسليم الخدمة الصحية : نسبة المدفوعات غير الرسمية في إطار نظام الرعاية الصحية العامة.
 - 5- اللائحة الصيدلانية : نسبة المبيعات الأدوية التي تتكون من الأدوية المزورة والمزيفة.
- وسيتم عرض كل عنصر على حدا كما يلي³:

1-التغيب في صفوف العمل لعمال الصحة للمرافق الصحية العامة:

في العديد من البلدان يواجه واضعي السياسات عروض وتوزيع العاملين الصحيين المدربين المناسبين ورصد أدائهم في تقديم الخدمات الصحية ومراقبة توزيع وكثافة العاملين الصحيين في المرافق العامة أو ضمان مستويات كافية في رأسمال البشري الموجود، خاصة في المناطق الريفية والمناطق المحرومة، ففي البلدان النامية هناك نقص في العاملين الصحيين بسبب غياب العاملين الصحيين عن المرافق العامة مما يؤدي إلى نقص في العاملين الصحيين الذين يقدمون خدمات صحية

2-تمويل الصحة: نسبة الأموال الحكومية الموزعة إلى المرافق على مستوى المقاطعات:

الزيادة في الواردات، وتجميع الموارد والميزانية وشراء الخدمات هي الجوانب مهمة في النظام الحكومة الصحية خصوصا فالحوكمة التمويل الصحي يمكن تقييمها من خلال المستويات العامة للإنفاق على الصحة، والترشيد الإيرادات وتخصيص الميزانيات ، والكفاءة و ضمان وصول النفقات إلى مرافق الصحة للفقراء، فالإنفاق الحكومي لا يكون فعال إذا لم يصل إلى المرافق الصحية التي يحتاجها الفقراء لتقديم الخدمات الصحية.

1 - جوهرة أظي و فوزية مكراش، مرجع سبق ذكره ، ص 7.

1-W.D Savedoff , **Governance in the Health Sector : A Strategy for Measuring Determinants and performance** , the world Bank humane développement network office of the chief économie ,2011, pp 28-29

3 -World Health Organization, op cite . PP 8-10

3-تقديم الخدمات الصحية: معدلات نفاذ المخزون من الأدوية الأساسية في المرافق الصحية:

إن عمل النظام الصحي هو توفير العقاقير الأساسية المناسبة في كل وقت وكذلك الجرعات المناسبة لذلك يجب أن تكون الأدوية الأساسية ذات جودة وتوفر المعلومات لجميع المستخدمين.

4-تسليم الخدمة الصحية: نسبة المدفوعات غير الرسمية في إطار نظام الرعاية الصحية العامة:

إن مقابل الخدمات الصحية التي يقدمها المريض سواء نقدية أو عينية بدون طرق شرعية تعتبر مدفوعات غير رسمية مقابل الخدمة الصحية العمومية فهي إشكالية تؤثر بشكل على أفراد المجتمع، لذلك يهدد عدم حصول هذه الفئة (الفقيرة) على خدمات الصحية فيحدث خلط بين المدفوعات الرسمية مقابل هذه الخدمات مما يؤدي إلى ظهور السلوك الغير مهني بين العاملين في مجال الصحة وذلك في ظل غياب المساءلة والإشراف الحكومي والشفافية.

5-اللائحة الصيدلانية: نسبة المبيعات الأدوية التي تتكون من الأدوية المزورة والمزيفة:

يحدث التزوير في المنتجات ذات العلاقة التجارية حيث يمكن للأدوية المزيفة أن تشمل منتجات تحتوي مكونات صحيحة ولكن التعبئة والتغليف وهمية، بمكونات خاطئة بدون مواد حافظة أو بنقص فيها، حيث تكون البيانات دقيقة ومفصلة عن الأدوية المزيفة في البلدان المتقدمة تقدر بـ 1 % من مجموع المبيعات لكن في البلدان النامية تقدر بـ 10 %، وهذا يختلف من منطقة إلى أخرى وهذا بسبب ضعف الرقابة التنظيمية والرقابة في هذه المناطق، لذلك فان مؤشر نسبة الأدوية المزيفة كنسبة مئوية من إجمالي مبيعات الأدوية فهي مؤشر للحكومات عن مستوى الفساد والاحتيال في صنع الصناعات الدوائية.

-و هذه الجهود أدت الى ظهور و بروز مفهوم جديد و هو الحكومة السريرية و هو ما سيتم التطرق اليه في المبحث الموالي .

المبحث الثالث: الحوكمة السريرية (الكلينيكية):

إن السعي وراء تحقيق الكفاءة و التميز في مجال الرعاية الصحية أدى بالمستشفيات والمهنيين للعمل معا لتحسين العمليات السريرية. فالحوكمة السريرية هي عمل جماعي واحد لتبادل المعرفة بين المعنيين في تنظيم و إدارة الرعاية والخدمات الصحية. و سيتم تعريف الحوكمة السريرية و العناصر المكونة لها في هذا المبحث كما يلي .

المطلب الأول :ماهية الحوكمة السريرية (الكلينيكية) Gouvernance Clinique:

من المؤكد أنه لم يعد بإمكان المستشفيات اليوم البقاء دون تقديم خدمات عالية الجودة للمجتمعات التي تعمل في نطاقها لذلك وجب عليها أن تتبع أساليب رقابية من أجل تحقيق ذلك ، و الحوكمة السريرية تعمل على ذلك ،لذا سنحاول ابراز نشأة هذا المفهوم مع تقديم مجموعة من التعاريف له من خلال هذا المطلب.

الفرع لأول: نشأة مفهوم الحوكمة السريرية:

-لقد استخدمت منظمة الصحة العالمية (O.M.S) هذا المصطلح لأول مرة عام 1983 كوسيلة أو أداة لتوفير الرعاية الصحية الجيدة¹ . ثم تطور هذا المفهوم ببطء و قدم رسميا من قبل بعض البلدان في السنوات الأخيرة سنة 1990 ، و في سنة 1997 تعرضت الخدمات الصحية في إنجلترا إلى العديد من الإخفاقات لذلك اضطرت الحكومة الانجليزية إلى القيام بمجموعة من الإصلاحات في مجال الخدمات الصحية القائمة على معيارين رئيسيين هما: الكفاءة و التميز من اجل تحسين الخدمات الصحية الوطنية يمكن الاعتماد عليها في تعريف الحوكمة السريرية فهي الإطار لجميع المؤسسات التي تعتمد على تقديم الخدمات الصحية الوطنية المسؤولة على تحسين المستمر للخدمات و ذلك حماية معايير الجودة العالمية. وفي سنة 1998 كانت تشريعات الحكومة البريطانية أن الجودة في المستشفيات العمومية تكون هي بالدرجة الأولى و التي من شأنها تنفيذ الحوكمة السريرية لجميع الخدمات الصحية لذلك أصبح هذا المفهوم ركيزة أساسية في تحقيق جودة الخدمات السريرية للمرضى ، فهي مجموعة وسائل للمؤسسات لضمان جودة الرعاية . لذلك جعل المسؤولون من الجهات المختلفة محاولة انشاء معايير تتعلق بأفضل الممارسات من حيث الجودة و المسائلة ، من خلال جودة الخدمة فهي مسؤولية مشتركة بين المؤسسات و المهنيين مما يدل على ان المسائلة تعمل على تحسين الجودة.²

1- C. Murphy et S. O'donohoe ,op cite,p 20.

2- Isabelle Braul ، evolution des pratiques de gestion et dévaluation dans le domaine de la santé , infolettre, volume 3,n° 1. juin 2006, p2.

تعريف الحوكمة السريرية :

تعمل الحوكمة على تقديم رعاية عالية الجودة على نفس المستوى من أهمية الأداء التشغيلي والمالي، وتساعد المستشفيات على البقاء والمنافسة في البيئة المعقدة الراهنة فهي تعرف على أنها :
« إطار تستخدم لتحسين نوعية الخدمة الرعاية الصحية المقدمة¹ ». كما (Nighl Stary) على أنها :
« نظام لتحسين المستوى الممارسة السريرية² » ، فالحوكمة السريرية هي: « نهج منظم للحفاظ على و تحسين الرعاية الصحية للمرضى في النظام الصحي³ ». فهي الإطار الذي « من خلاله تتم مساءلة مؤسسات الخدمات الصحية العامة عن التحسين المستمر لنوعية خدماتها، وضمان تحقيق مستويات عالية من الرعاية عن طريق خلق بيئة كفيلة بازدهار التميز في الرعاية السريرية⁴ ».
كما عرفها كل من (Scally.G et Donaldson.L) على أنها : « إطارا من خلاله المؤسسات تكون مسؤولة عن تحسين مستمر لنوعية خدماتها والحفاظ على مستوى عال من الرعاية الذي يتم من خلاله خلق بيئة من التميز في الرعاية السريرية و ازدهارها⁵ ».

فالحوكمة السريرية هي نهج منظم للحفاظ وتحسين الرعاية الصحية للمرضى في النظام الصحي ، حيث تفهم الحوكمة السريرية على أنها شأن يخص جميع الأفراد. حيث ينخرط فيها جميع المهنيين على كل مستوياتهم. و يلتزم المستشفى بجوانب موضع الإتفاق مع حوكمة السريرية الجيدة، في الشفافية حيث تدار المستشفى على نحو يتسم بالانفتاح والشفافية. و المسؤولية اتجاه كل الأطراف المعنية ، و مساءلة العاملون الإدارة عن أعمالهم أمام كل من المؤسسة والمجتمع ، و تتفق في الأخلاق حيث يلتزم العاملون والإدارة بالسلوك الأخلاقي لدى اضطلاعهم بمسئولياتهم القانونية والطبية. و كذلك الثقافة النقدية المنفتحة والمنصفة في استبدال نهج " التشهير والتوبيخ" بطريقة منهجية لتحسين الجودة . و يتفقان أيضا في الرعاية المتمركزة على المريض و ذلك بإشراك المرضى والعملاء والمجتمع المحلي في كل جوانب تقديم الرعاية الصحية⁶.

من خلال التعاريف السابقة يمكن إعطاء تعريف شامل للحكومة السريرية على أنها «نهج منظم لضمان و تحسين نوعية العناية بالمرضى ضمن النظام الصحي و ذلك تقديم صورة عالية من الخدمات الصحية».

الفرع الثاني: أهداف الحوكمة السريرية:

إن الحوكمة السريرية تسعى إلى خلق طرق للعمل تتطابق مع الأطر والمعايير الداخلية في المؤسسة، وبما يبني ثقة المريض في أنه سيلقى دوماً رعاية صحية آمنة وملاءمة معايير الجودة. يتمثل الهدف الرئيسي

1- C Murphy et S O'Donohoe ,op cit ,p20.

2- Nighl Stary **What is Cilinical Governance?**, volume 1, n° 12, Hayward medical communication , 2001, p1.

3- Jean Mireault, M.D., M.Sc , **L'expertise médicale : une ressource de gestion à connaître**, p3.

www.santemonteregion.qc.ca/userfiles/file/.../Presentation_JeanMireault.pdf

Consulte :1/05/2014/

4- مصطفى حنتر و اخرون، مرجع سبق ذكره ، ص 31 .

5-Dvid Kane et al, " **Clinical Governance**" , Health Organisations, 2005 , p2

6 - مصطفى حنتر و آخرون ، مرجع سبق ذكره ، ص 32-33.

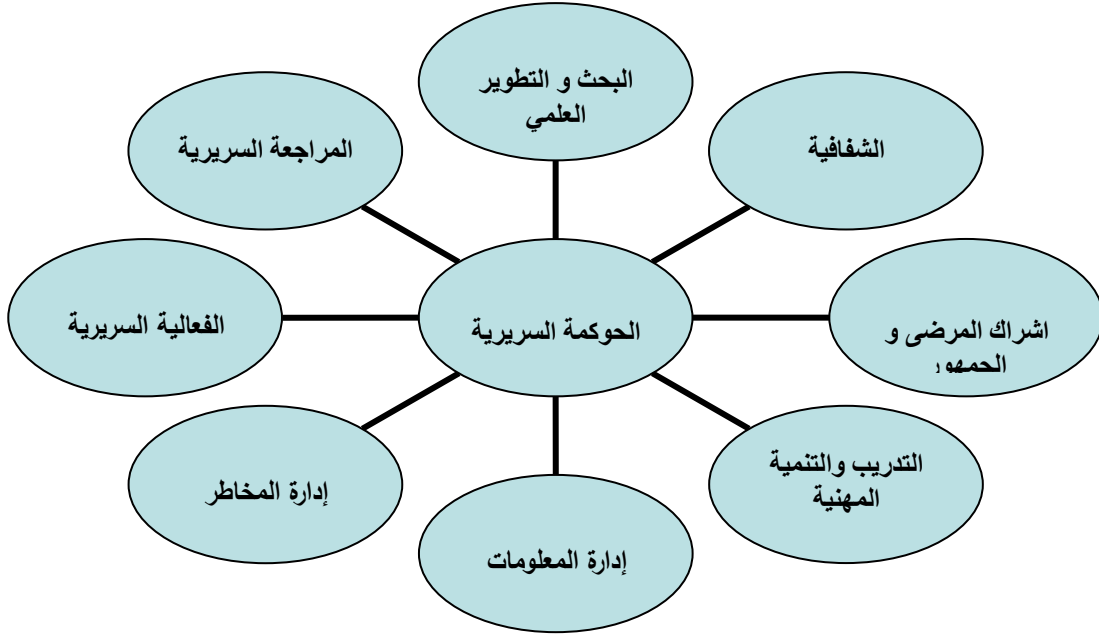
للحوكمة السريرية في التحسين المستمر لجودة الرعاية المقدمة في المستشفى. وهو ما يتحقق من خلال السعي للوفاء بالأهداف الفرعية التالية: ضمان إستمرار عمليات تحسين الجودة، من خلال اكتشاف مشكلات الأداء السيئ و التعامل معها في مرحلة مبكرة. تحديد وترتيب أولويات التعليم والتطوير المطلوبة للعاملين بما يضمن وجود قوة عمل لديها مهارات مناسبة. مع إدخال النظم اللازمة لدعم الممارسة المبنية على الأدلة، وإصدار التوجيهات المستخلصة من الطب المبنى على الدليل، ضمان أن تكون ترتيبات الحوكمة و المساءلة والقيادة مطبقة على جميع العاملين في كل الأقسام، وذلك من أجل تعزيز ثقافة تعلم نزيهة ومنفتحة. كذلك توفير بيانات عالية الجودة تساعد في متابعة الرعاية السريرية . تشجيع ثقافة من عدم اللوم، تتميز بالإنفتاح و الإنصاف تسمح بإكتشاف و التحقيق في الحوادث غير المرغوبة والأخطاء التي يتم الكشف عنها ، ومن ثم تعلم الدروس المستفادة وتعميمها مع ضمان التعلم من الشكاوى والمعلومات والدعاوى القضائية والمطالبات التحليل المنهجي لها، ونشر هذا داخل المؤسسة الرعاية الصحية. ضمان النشر المنتظم للممارسات والأفكار والابتكارات الجيدة.

المطلب الثاني: مكونات الحوكمة السريرية:

حسب الأبحاث البريطانية و أعمال كل من **Starey et Scally et Donaldson** هناك ستة عناصر مكونة للحكومة السريرية و التي تسمح للممارسين أن يكونوا مسؤولين عن الرعاية و الخدمات المقدمة للزبائن وسوف يتم عرض كل عنصر على حدى كالآتي ¹ ، أنظر الشكل (4-1):

1 -I .Braul et al, **Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé** , pratiques et organisation des soins , volume 39 , n° , juinlet 2008, pp3-4.

الشكل رقم (4-1): يوضح العناصر المكونة للحوكمة السريرية



المصدر : مصطفى حنتر و اخرون , مرجع سبق ذكره ,ص34.

1- البحث و التطوير العلمي:

هو جزء لا يتجزأ من عمليات التحسين المستمر للجودة فالبحوث العلمية تساهم في تطوير الممارسات السريرية القائمة من أجل تحسين نوعية الرعاية و هذا العنصر ضروري من أجل تطوير عملية المراجعة السريرية . و يعتبر من الأسس الحاسمة لتحقيق النجاح على المدى الطويل . و يطبق المستشفى المعايير المهنية للحوكمة الإكلينيكية من خلال الإختيار الصائب للعاملين المؤهلين وتوظيفهم و الإحتفاظ بهم. و التعليم والتطوير المهني للفريق الطبي من أجل إطلاعهم على أحدث المعارف وتحقيق أعلى المعايير المهنية ، التحديد أولاً بأول للإحتياجات المطلوبة للتطوير المهني، وترتيب أولوياتها، وذلك من خلال عمليات التقييم والتقدير المنتظمة. ضمان إدخال النظم اللازمة للممارسة المبنية على الأدلة و إدخال إجراءات و تدابير جديدة في إطار آليات الرقابة والمتابعة لتمكين العاملين من زيادة كفاءتهم وتحسين مهاراتهم حتى يستطيعوا أداء وظائفهم على نحو جيد.

2- المراجعة (التدقيق) السريرية:

تعتبر احد المبادئ الأساسية للحكومة السريرية فهي تعتبر لتقييم الممارسة السريرية وفقاً لمعايير الأداء و معايير الجودة ، فالمراجعة السريرية هي العملية التي من خلالها المهنيين و الطبيين و شبة الطبية يسألون و يعدون ممارساتهم السريرية لتحسين نوعية الرعاية.

3-الفاعلية السريرية :

تعتبر مقياس الذي يسمح لتحديد درجة فاعلية تدخل ضمن عملية المراجعة السريرية و اعتمادا على الفاعلية و ملاءة التدخل و تتم مراجعة الممارسات السريرية المرتبطة بها و تتم تحديد الفاعلية السريرية و تعزيزها من خلال وضع مبادئ توجيهية للممارسات السريرية و بروتوكولات العلاج فمثلا في انجلترا و المعهد الوطني للتميز السريري ليقوم بتطوير المبادئ التوجيهية للممارسات البروتوكولات العلاج المستخدمة في عملية المراجعة السريرية.

4-التدريب و التنمية المهنية:

حسب نظر الحكومة السريرية أن تدريب المهنيين الممارسين مسألة أساسية لتحسين العمليات السريرية ، فتغيرات و التعقيد في مجال الابتكار التكنولوجية و السريرية في مجال الصفقة ، جعل التدريب الأولي للمهنيين و الممارسين و أصحاب المصالح الأخرى مر عليه الزمن يجب إعادة الترتيب لمواكبة التطورات الجديدة في الصحة لذلك فالتعليم ضروري لصيانة المهارات و تنمية الخيارات المهنية و التدخلات الجودة .

5-إدارة المخاطر:

تعريف إدارة المخاطر بأنها النشاط الذي يؤثر على المرضى و المهنيين و المنظمات في نوعية الممارسة و تستفيد إدارة المخاطر للمرض بشأن تنظيم المهن و نظام الرعاية الصحية لتقديم خدمات آمنة للمرضى. و تهدف إدارة المخاطر توفير بيئة آمنة الضمان حماية فعالية المناعة من الأمراض المعدية و تطوير الممارسة السريرية تتلاءم مع الجودة و المؤسسات و توظيف المهنيين المؤهلين و يفضل اعتماد سياسات لتعزيز بيئة كل كمل آمنة و تنمية الخبرات فريق الرعاية.

6-الشفافية:

حسب منظور الحوكمة السريرية أنشئت مبادرات الشفافية لتحسين نوعية الضمانات و فعاليتها مع احترام سريرية المرضى و المهنيين قد تكون هذه المبادرات عامة فالشفافية هي العملية من جزء أساسي من ضمان جودة الخدمات المقدمة .

-تعتبر هذه العناصر الستة السابقة الذكر المكونات الأساسية للحوكمة السريرية و المتفق عليها , و لكن جاءت في دراسة أخرى لأعمال جمعية الحوكمة و الشفافية في قطاع الصحة و هي جمعية أهلية بمصر بإضافة عنصرين آخرين هما¹:

7-إشراك المرضى والجمهور:

يجب على كل مؤسسة أن تقدم رعاية عالية الجودة وأن تبرهن تلبية احتياجات السكان الذين تخدمهم وهو ما تعززه عناصر الحوكمة السريرية التي تسعى للارتقاء بجودة الرعاية. يقر المستشفى أن إتاحة العمليات الرقابة

1-مصطفى حنتر و اخرون, مرجع سبق ذكره, ص 34.

العامة مع إمكانية تبريرها في العن كعنصر أساسي لضمان جودة. لذلك يجب أن تكون من سمات المستشفى عقد جلسات ومناقشات مفتوحة بشأن المسائل ذات الصلة بالحوكمة السريرية. غير أن هذه العملية يجب أن تتضمن كذلك إحترام خصوصيات المريض والمعالج بالمثل .

8- إدارة المعلومات:

يُعتبر جمع وإدارة و إستخدام المعلومات على النحو الصحيح مكوناً مهماً في دعم وإنجاز أهداف الحوكمة السريرية ، و هناك مجموعة من السجلات التي تعمل على حفظ المعلومات و هي:

▪ السجلات الطبية والسجلات الصحية الإلكترونية:

يحتفظ المستشفى بنظام متكامل لجمع و إدارة المعلومات واستخدامها بطريقة صحيحة. فالسجل الطبي يدعم تقديم الرعاية بواسطة الطبيب نفسه أو طبيب آخر، مستفيداً من الاطلاع على بيانات السجل . كما يمثل سجلاً طبيًا قانونيًا للرعاية المقدمة. ويتم إعداد السجل الطبي كالتالي : وصف التاريخي للحالة و يسهل الاتصال بين المشتغلين في المهن الطبية كما يدعم البحث السريري والممارسة المبنية على الأدلة . و يدعم عمليات اتخاذ القرار و يساعد في تحديد الأخطاء وإتخاذ الإجراءات التصحيحية. يساعد في التنبؤ بالمشكلات الصحية المستقبلية ووصف التدابير الوقائية ; و يدعم التقييم المستمر للكفاءات في الفريق الطبي ومدى تطورهم. فهو يعتبر يشكل سجلاً قانونيًا.

▪ نظام الفحص والتقارير:

النظام الخاص بتقارير الوقائع هو نظام يكفل الإبلاغ عن أي حادث غير عادي لا يتفق مع السياسات و الإجراءات المقررة، أو أي مخالفة في عملية رعاية المريض. وهو ما يتراوح بين الحادث العرضي البسيطة جدًا الذي لا ينتج عنه ضرر، إلى الحادث الخطير الذي ينتج عنه ضرر خطير أو وفاة ، و يعتبر نظام تقارير الوقائع كأداة لتحديد الأخطاء والمخاطر وفرص التحسن ومنع وقوع مزيد من الضرر، حيث تعمل المستشفى على إزالة العوائق التي تمنع حرية إصدار التقارير في مؤسسات الرعاية الصحية ، مثل الخوف من العقاب أو المقاضاة. التقارير الدورية وهو نوع آخر من التقارير الخاصة بنظم تقارير أمان المريض، والتي تعتمد على تقارير منتظمة عن مؤشرات معينة. وهي في العادة مؤشرات سريرية أو مؤشرات المرض والوفاة . و يجب أن تكون هناك قائمة بمؤشرات كل تخصصات، الأمر الذي يسهل كتابة هذه التقارير بما يضمن للمستشفى إزالة كل العقبات التي تعترض نظام التقارير الدورية.

أما الفحص الدوري وهو ليس نظاماً لكتابة التقارير، وإنما يستهدف في البحث عن الأسباب الجذرية لحوادث أبلغ عنها بالفعل، و تُراجع التقارير على أساس منتظم لتحديد الانحرافات عن الممارسات والسياسات والإجراءات المتبعة. ليتأكد المستشفى من تحليل المسببات بهدف تحديد ما إذا كانت ذات صلة بحوادث ضارة.

التقارير الإلزامية وهي تركز على الأخطاء المرتبطة بحدوث إصابات خطيرة أو وفاة. وتكون هذه التقارير محكومة في الغالب بنظم وسلطات رقابية لديها صلاحيات بحث الحالات وتوقيع الجزاءات ، و يطبق المستشفى التقارير الإلزامية وفق ما يقتضي القانون أو أي لوائح أخرى ، بما يضمن الإبلاغ عن أخطر الأخطاء وفحصها، والمتابعة المناسبة للإجراءات المتخذة. و يضمن للمستشفى هذا النظام حافزا لتحسين سلامة المريض، وتقادي العقوبات المحتملة ومخاطر الإضرار بالسمعة .

كذلك نجد التقارير الطوعية وهي تركز على الأخطاء التي لا ينتج عنها ضرر، أو ألحقت ضرراً طفيفاً بالمريض. والهدف منها هو تحديد ومعالجة أوجه الضعف في النظم المعمول بها قبل تكرار الضرر، و تعتبر التقارير الطوعية كوسيلة مفيدة بشكل خاص لتحديد أنواع الأخطاء التي نادراً ما تحدث في إحدى المنشآت الصحية، ومن ثم لا يمكنها اكتشافها بالاستناد فقط إلى البيانات المتاحة لديها ، و تعامل التقارير الطوعية للوقائع في سرية بعيدا عن المجال العام دون توقيع جزاءات أو غرامات بشأن وقائع محددة.

المطلب الثالث: معايير الحوكمة السريرية:

إن هذه المعايير لا تحدد الكيفية التي ينبغي للخدمات الصحية أن تنفذ أنشطة الإدارة السريرية. و لكن تهدف هذه ، المعايير إلى توفير إطارا لتمكين الخدمات الصحية من وضع وتنفيذ إطار الحوكمة السريرية الشاملة، مع مراعاة الاحتياجات للخدمات الصحية والقيم. كما تم تصميم هذه المعايير لإستكمال سياسات ومعايير السلامة الأخرى التنظيمية والجودة ، و تعتمد الحوكمة السريرية على ثمانية معايير تتمثل في¹:

1- المعيار الأول: المساءلة:

تتمثل المساءلة في الحوكمة السريرية جميع الأنظمة بما في ذلك المدير التنفيذي و الفريق التنفيذي و الموظفين الممرضين و الممرضات و الأطباء و غيرها.

2-المعيار الثاني: السياسات و الاستراتيجيات:

أن كل مؤسسة تضع سياسات و استراتيجيات للإدارة السريرية بما يناسب معها.

3-المعيار الثالث: الهيكل التنظيمي:

أن الحوكمة السريرية هي عبارة عن سياسة و إستراتيجية لذلك تتم دمجها في هيكل التنظيمي للمؤسسة.

4-المعيار الرابع: تخصيص الموارد الملائمة:

توفير المؤسسة الموارد البشرية و المادية لقيادة و تنفيذ و دعم الأنشطة المتعلقة للحكومة السريرية.

1- Neale Foug, **clinical governance standards for western australian health service** , departement of health governemnt of western Australia ,n° 14 , 2005, p 07.

5-المعيار الخامس: الاتصال:

أن التنظيم و الاتصال هو سياسة و إستراتيجية للحكومة السريرية فهو متاح لجميع الموظفين و أصحاب المصلحة الآخرين.

6-المعيار السادس: التطوير المهني و التدريب:

يتم توفير لجميع الموظفين بما فيهم المديرين و الأطباء المعلومات الكافية من موارد و التدريب و التطوير المهني لدعم أنشطة الحكومة السريرية للمؤسسة.

7-المعيار السابع: قياس الفعالية:

يتم تطوير مؤشرات الأداء الرئيسية ذلك ستخدم جميع مستويات المؤسسة لقياس و إثبات فعالية سياسة الحكومة السريرية للمؤسسة و استراتيجياتها.

8-المعيار الثامن: المراجعة الخارجية:

المدير التنفيذي و فريق العمل للخدمات الصحية يتلقى مراقبة مستقلة و من خلال المراجعة الخارجية، فنظم الحكومة السريرية يحتاج إلى هذا المعيار في اجل نجاحه و فعاليته.

تم وضع هذه المعايير لمساعدة المديرين و الأطباء و المهنيين الصحيين ومستخدمي الخدمات الصحية من أجل تطوير الإدارة السريرية و الخدمات الصحية في تقديم الرعاية الصحية ذات جودة عالية ، فهي تسعى الى زيادة الوعي التنظيمي للإدارة السريرية و المساهمة في تطوير الحكومة السريرية ، و مساعدة الأطباء و إدارة الخدمات الصحية لتطبيق الحكومة السريرية ضمن ثقافة تنظيمية فهذه المعايير توفر الإطار الذي يمكن الخدمات الصحية من وضع إطار لتطبيق الحكومة السريرية الشاملة ، و إستكمال سياسات و معايير السلامة التنظيمية للجودة و هذا ما سيتم التطرق له في الفصل الثاني .

خلاصة:

بعد دراسة هذا الفصل تم التعرف على نشأة حوكمة المؤسسات التي كانت بوادرها الأولى بسبب الفضاء المالية التي مست كبريات المؤسسات العالمية و التلاعبات ال محاسبية ما جعل مصطلح الحوكمة يبرز كأسلوب رقابي و تسييري لتحسين أداء المؤسسة يحمل في طياته مجموعة من المبادئ التي نصت عليها منظمة التعاون الإقتصادي و التنمية ، حيث طبق هذا المفهوم في المستشفيات باعتبارها مؤسسة كباقي المؤسسات ، و وضعت لها منظمة الصحة العالمية مجموعة من المؤشرات لقياسها . و بما أن المستشفيات مؤسسات خدمتية ذات خصوصية من حيث ما تقدمه من خدمات صحية للأفراد ، هذا ما ساعد على ظهور مفهوم الحوكمة السريرية والتي تعمل على تحسين الخدمة الصحية المقدمة ، حيث سيتم التطرق الى جودة الخدمة الصحية وعلاقتها في تحسين الحوكمة في الفصل الموالي.

تمهيد:

تواجه المستشفيات تحديات كبيرة تؤثر على استقرارها و أدائها لدورها ، فأصبحت الجودة لها اهتمام متزايدا في الآونة الأخيرة من حيث محاولة إيجاد أسس موضوعية في استخدام معايير جديدة تعزز قيمة الخدمات التي تقدمها، وقد برز هذا المفهوم نتيجة للتطورات الحديثة في عالم المؤسسات المختلفة بهدف تقنين أسلوب عملها وتحديد قدرتها على تحقيق المهام والمسؤوليات الموكلة لها. ليظهر مفهوم الحوكمة كأسلوب إداري من أجل تحقيق هذه الجودة ، والتي تعتبر وسيلة لإحداث تغييرات جذرية في فلسفة و أسلوب العمل فيها ولتحقيق أعلى جودة لمنتجاتها ، وبالتالي فإن تطبيق لمبادئ الحوكمة بات من الضروري تطبيقه في مستشفياتنا من أجل تحقيق خدمات صحية عالية الجودة . و هذا ما سيتم مناقشته من خلال هذا الفصل الذي يحتوي ثلاث مباحث، الأول حول المستشفيات ومعايير تصنيفها ومختلف وظائفها، مرورا بالمفاهيم المختلفة للجودة الخدمة الصحية و تطوراتها خلال المبحث الثاني ، أما المبحث الثالث سنتطرق الى أهم نماذج قياسها، و العلاقة بين تطبيق لمبادئ الحوكمة للوصول الى جودة خدمة صحية .

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المستشفيات:

تعتبر المستشفيات من المؤسسات الهامة في المجتمع سواء كانت أو عيادات، مستوصفات، أو مراكز صحية عامة أو خاصة بإعتبارها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية ، إلا أن هذه المؤسسات لم تصل الى هذا التقدم الا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، فتاريخ المؤسسات الصحية يعود الى الحضارات القديمة أين ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد ، حيث برز كل من الاغريق و الفراعنة بمعايهم لإيواء و علاج المرضى و يطلق عليها معابد الشفاء ، لتأتي فترة العصور الوسطى " الاسلامية " حاملة معها تطورات ملحوظة في المؤسسات الصحية ، حيث كان أول مستشفى ثابت في هذا العصر تمثل في خيمة ريفية التي تم انشاؤها في مسجد رسول الله - صلى الله عليه و سلم - ، وصولا الى العصر الحديث حاملا معه طفرة نوعية نتيجة الثورة الصناعية و الصرح الاقتصادي الضخم لتظهر مستشفيات أكثر تطورا من حيث الكفاءة و الجودة.

المطلب الأول: مفهوم المستشفيات:

تعد المستشفيات من المؤسسات ذات التركيبة المتداخلة لمجموعة من المهام والإجراءات المختلفة والمتعددة، وتقوم على مهارات متخصصة ومتنوعة، وعليه لا بد من التطرق لمفهوم المستشفيات و أهم الخصائص المميزة لها .

الفرع الأول : تعريف المستشفيات :

يقصد بالمؤسسات الصحية ككل أي مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمراكز المتخصصة أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة مثل المختبرات وصيانة الطبية وذلك من خلال مجموعة من المتخصصين والمهن الطبية وغير طبية والمدخلات المادية التي تنظم في نمط معيق بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين وإشباع حاجاتهم و إستمرارها¹. وتباين مفهوم المؤسسة الصحية بالنسبة للأطراف ذو العلاقة معها ، كل حسب نظرتة الخاصة وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة حيث تعرف لدى²:

- المرضى: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، الإستشفاء والرعاية الطبية لهم.
- الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم العلاج الاستشفاء والرعاية الطبية لهم.
- الإطار الطبي: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية.

1 - فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية ، 2004، ص205.
2- ثامر ياسر البكري ، إدارة المستشفيات، الأردن، دار البازوري للنشر والتوزيع 2005، ص 21- 22.

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

شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده بما بحاجة من أدوية ومستلزمات.

أما منظمة الصحة العالمية (O.M.S) فقد عرفت من المنظور الوظيفي بأنها: « ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية»¹.

كما عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات ، أن المستشفى بأنها « مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى »² ، أما المستشفى فقد وردت في القاموس العربي " المنجد" في باب شفي يشفي شفاء بمعنى أن المستشفى هو المكان الذي يطلب فيه الشفاء اي البرء من العلة ، أما Jonson et Choltez فقد ذكر في اكتسابهم إدارة المستشفيات أن كلمة مستشفى أشتقت من كلمة لاتينية تعني «إكرام الضيف»³.

من خلال ما تم عرضه من تعاريف للمستشفى يمكن أن نقدم تعريف بسيط لها كالآتي : «تعتبر المكان الذي تتضافر فيه الجهود الطبية و الغير الطبية لتقديم الخدمة الصحية ذات جودة لأفراد المجتمع الذين يساهمون في تطوير الاقتصاد و ذلك بجهودهم».

يمكن إبراز أهم أهداف المستشفى من خلال ما تم عرضه لمجموعة التعاريف السابقة ، والتي تعد القاسم المشترك بين مختلف المستشفيات ، و تتمثل في:⁴

الإرتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى و ذلك يكون بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة و تطويره التعليم والتدريب للعاملين في التخصصات المختلفة لإكتساب مهارات جديدة ، إجراء البحوث كالقيام بالبحوث الطبية مثل البحوث الكلينيكية في المعامل و بحوث التسجيل الطبي ، و البحوث الإدارية و البحوث السلوكية

و العديد من البحوث الأخرى ،وقاية المجتمع من الامراض بأقل تكلفة ، الربحية و هو يعتبر هدف خاص للمستشفيات الخاصة ، وإن كان تحقيق الربح من خلال الإنسانية و علاج المرضى و إنقاذ المصابين يبدو غريب إلا أن هناك مجموعة من المستشفيات في الأساس هي شركات و مشروعات فردية تسعى الى تحقيق

1- سليم بطرس جلد، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، طبعة الأولى، 2007، ص 27 .

2 - عبد العزيز المخيمر ومحمد الطامنة، الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و تطبيقات) ، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003، ص 7.

3- سيد محمد جاد الرب، الإتجاهات الحديثة لإدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، مصر، 2008، ص 39- 40.

4- أحلام دريدي، دور إستخدام صفوف الإنتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس)- ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير ، تخصص : الاساليب الكمية في التسيير ، 1014/2013، غير منشورة ، ص 6-7.

الربح ، من اجل البقاء و الاستمرارية ، كما نجد المستشفيات العامة قد تسعى للربح من خلال تقديم اجر رمزي مقابل بعض الخدمات التشخيصية من اجل زيادة دخلها و تدعيم القدرة المالية .

الفرع الثاني : الخصائص المميزة للمستشفيات:

المستشفى لها خصائص المؤسسات الخدماتية و لكن تمتاز بخصائص مميزة عنها تتمثل في: ¹

* **تعدد وتعقد الوظائف التي تقوم بها المستشفى:** حيث تعتبر المستشفيات من أكثر المؤسسات الحديثة تعقيدا لأن من أهم أهدافها تقويم الجسم البشري ودراسة حيث يصبح مريضا.

* **تعدد الفئات العاملة داخل المستشفى:** فنجد الطبيب والإداري وعضو هيئة التمريض والمساعد، ولكل منهم مهامه الخاصة، ويهتم كل فرد بأداء وظيفته بصرف النظر عن الآخرين ولذلك هو أشبه بالعامل على خط الإنتاج الذي لا يهتم إلا بالعملية التي يؤديها عند النقطة التي يقف عندها على الخط الإنتاجي.

* **إزدواج خطوط السلطة:** وهذا راجع لتعدد الفئات وتعدد الوظائف داخل المستشفى، فمنها الخاص بالجهاز الإداري البيروقراطي ومنها الخاص بالجهاز الطبي المهني.

* **صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفى:** أن تكون جاهزة بصفة مستمرة لإستقبال الحالات المتوقعة وغير متوقعة.

و على الأساس هذه الخصائص المميزة للمستشفيات فان المستشفى تعتبر مؤسسات إجتماعية ، فهي ملزمة بالحفاظ على بقائها و نموها لكونها خاصية المتعامل الاقتصادي ، كما هي ملزمة بتوفير الخدمات الصحية الضرورية و إتاحتها لكافة أفراد المجتمع ، كما يوجد نوعين من العاملين فيها طاقم طبي وطاقم إداري حيث يقوم هؤلاء بتقديم الخدمات العلاجية و الصحية و إدارة و تسيير الموارد .

المطلب الثاني: وظائف ومعايير تصنيف المستشفيات:

إن تعددت وظائف المستشفيات ، أدت بدورها إلى تشعب في معايير تصنيف المستشفيات وهذا ما سيتم الدراسة في هذا المطلب .

الفرع الأول: وظائف المستشفيات:

إن الوظائف التي تمارسها المستشفيات عديدة و يمكن إيجاز خمسة وظائف أساسية لها كالتالي:

1- وظيفة الرعاية الصحية العلاجية: يقصد بها الخدمات التشخيصية والعلاجية، سواء من خلال العلاج الدوائي المباشر أو من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفى أو من خلال التدخل الجراحي، بالإضافة إلى ما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المختبرية العادية والمتخصصة، وخدمات

الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية ومما لاشك فيه أن الخدمة الصحية والعلاجية تمثل الوظيفة التي تحظى بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات الخاصة منها والحكومة على السواء.¹

2- وظيفة الرعاية الصحية الوقائية: هي الرعاية المرتبطة بتوجيه النظام الصحي في المجتمع في الأنشطة الصحية على أساس الفهم الواضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانها المجتمع (الأمراض المعدية والأوبئة.....)، مما يتطلب الوقاية منها ويكون هذا بالبرامج الوقائية وحملات التطعيم وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الحاملة للأمراض ... ويتم هذا وفقا للأولويات والبرامج التي تلائم الظروف المحلية لكل دولة أو منظمة.²

3- وظيفة التعليم والتدريب: تفرض التطورات التقنية الحديثة في العلوم الطبية والصحية من خلال التعلم والتدريب المستمر، وتمثل المستشفيات بطبيعتها، وعلى وجه الخصوص المستشفيات التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات مراكز تدريب عملة للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين ، كما انه تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى ، ومن ثم تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها وإضافة إلى ما سبق فإن وجود المختصين في المجالات المختلفة يساهم في نقل نتائج الممارسات والتجارب السابقة إلى الخريجين الجدد من الأطباء و الممرضين وتبادل المعلومات وهو الأمر الذي قد يتعذر تحقيقه خارج المستشفيات.³

4-وظيفة البحوث الطبية والاجتماعية: تساهم المستشفيات بشكل كبير من خلال ما تحتويه من مخابر و تجهيزات وسجلات طبية وحالات المرضى بشكل إطارات بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص . والعلاج والتطور الذاتي لخدمات المستشفى ومهارات الأفراد وأساليب العمل فمن خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة كأساليب التشخيص وتحديد معدلات انتشار الأمراض المختلفة وتقييم فعالية العقاقير المختلفة علاجها أو تجديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للأمراض المختلفة، وابتكار طرق فحص أكثر تطورا أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى أو انتشار المرض وغيرها، وبدون شك فإن إجراء مثل هذه البحوث والدراسات خارج المستشفيات إن لم يكن متغيرا فمن المؤكد أنه سيكون باهظ التكاليف.⁴

1- طلعت الدمرداش إبراهيم ، إقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتب القدس، مصر، 2006، ص 25-26.

2- المرجع نفسه، ونفس الصفحة.

3- بشير كاوجة ، دور تكنولوجيا المعلومات و الاتصال في تحسين الاتصال الداخلي في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية ، مذكرة مقدمة

لاستكمال نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص: نظم المعلومات و مراقبة التسيير، جامعة ورقلة ص 74.

4 - المرجع نفسه و نفس الصفحة.

5- **الوظيفة التأهيلية:** تخصص المستشفيات خاصة العسكرية قسما خاصا لعلاج التشويه والعلاج الطبيعي وذلك لتدريب أصحاب هذه الحالات على مزاولة مهامهم الأصلية أو تدريبهم على أعمال جديدة تتناسب مع حالتهم الجديدة ويمكن أن يمس التأهيل حتى العوامل النفسية والمعنوية التي يعاني منها المريض سواء قبل المرض أو بعده، وأيضا العوامل البيئية والأسرية التي تحيط بالمريض وذلك لمساعدة المريض على الشفاء الكامل بأقصى سرعة ممكنة.¹

الفرع الثاني: معايير تصنيف المستشفيات:

يمكن تصنيف أو تقسيم المستشفيات على أساس عدة معايير، من أهمها معيار الملكية و التبعية الإدارية، ومعيار التخصص أو نوع الخدمة التي تقدمها المستشفى، كما يمكن تقسيمها حسب الحجم أو الطاقة الاستيعابية للمرضى، بالإضافة إلى بعض المعايير الأخرى مثل موقع المستشفى ومتوسط فترة الإقامة و غيرها، و سوف نختار في دراستنا هذه التصنيف على اساس الملكية و التبعية الإدارية حيث تصنف المستشفيات وفقا لمعيار التبعية الإدارية إلى مجموعتين هما²:

1-مستشفيات حكومية:

يقصد بها المستشفيات التي تمتلكها و تديرها الأجهزة الحكومية المختلفة من وزارات و هيئات و مؤسسات عامة وفق قوانين و لوائح تحكم سير و إجراءات العمل هذه المستشفيات، و يعتبر هذا النوع الأكثر انتشارا في العالم حيث تعتبر الكثير من الدول أن من أولى واجباتها هو تقديم خدمة صحية للمواطن و غالبا ما تكون مجانا أو بمبالغ زهيدة . وتأخذ المستشفيات الحكومية عدة أشكال من أهمها ما يلي :

***المستشفيات الحكومية العامة :** فإن أهم الخصائص المميزة لهذه المستشفيات تتمثل في كونها مملوكة للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم على توفير متطلباتها ورعاية شؤونها و تنظيم عملها وفق نظم و لوائح حكومية محددة، كما يفترض في هذا النوع من المستشفيات تقديم خدماتها لجميع فئات المواطنين بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحدها اللوائح المنظمة لهذه المستشفيات، حيث أن الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع. كما تتميز هذه المستشفيات بأنها تضم بداخلها مختلف التخصصات و الأقسام العلاجية اللازمة لتشخيص و معالجة الحالات المرضية المختلفة، و غالبا تتبع وزارات الصحة.

***المستشفيات الحكومية الخاصة بفئات معينة :** يتسم هذا النوع من المستشفيات بجميع خصائص المستشفيات الحكومية العامة من حيث الملكية وتنوع الخدمات التشخيصية و العلاجية التي تقدمها ، ولكنه يختلف من حيث التبعية أي قد يتبع وزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية بذاتها و تقتصر في تقديم خدماتها على

1 - سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص44.

2-بشير كاوجة، مرجع سبق ذكره ، ص ص 75-77.

العاملين في هذه الجهات و أسرهم، و من أمثلة هذا النوع من المستشفيات هي المستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة و المستشفيات التابعة لشركات و مؤسسات القطاع العام.

***المستشفيات الحكومية التخصصية :** و تتشابه هذه المستشفيات مع باقي أنواع المستشفيات الحكومية حيث ملكيتها للدولة أو بعض الهيئات والمؤسسات الرسمية، ولكنها تختلف من حيث التخصص في التشخيص و المعالجة لحالات مرضية معينة، و من أمثلتها مستشفيات الأطفال و الصدر و العيون و السرطان و غيرها من الحالات المرضية.

* **الوحدات العلاجية أو المستوصفات :** و تمثل هذه الوحدات العلاجية أو المستوصفات مستشفيات صغيرة الحجم، محدودة الإمكانيات إذا ما قارناها بالمستشفيات العامة، و لا تحتوي على غرف أو أسرة لإيواء المرضى و تنتشر في القرى و المناطق الريفية المختلفة، و تهدف إلى خدمة المواطنين التابعين لها بالمجان أو مقابل رسوم محدودو نسبيا، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية.

* **المستشفيات الجامعية و التعليمية :** و هي مستشفيات حكومية من حيث الملكية ولكنها تختلف من حيث التبعية الإدارية، حيث تتبع هذه المستشفيات الجامعات أو كليات الطب في المناطق التي توجد بها، و في معظم الأحيان يختلف نمط إدارتها عن المستشفيات العامة حيث غالبا يشكل لها مجلس إدارة من أعضاء هيئة التدريس بكليات الطب و الصيدلة و بعض الشخصيات العامة، كما قد توضع لها بعض النظم و اللوائح الداخلية الخاصة بها حيث تعتبر ضمن منشآت الجامعة التابعة لها، و تقدم هذه المستشفيات نفس خدمات المستشفيات العامة و التخصصية، كما أنها قد تحتوي على بعض الأقسام التعليمية مثل المشرحة و المعامل و المخابر و غيرها من الأقسام التي يمكن من خلالها ممارسة التدريب العملي لدارسي العلوم الطبية على الحالات و الأمراض و الإصابات التي يقوم بعلاجها أعضاء هيئة التدريس.

2-المستشفيات الخاصة:

تختلف المستشفيات الخاصة عن المستشفيات الحكومية في كونها مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة ، و تتم إدارتها وفقا لنمط الإدارة في القطاع الخاص و في حدود الإطار العام المنظم للقطاع الصحي في الدولة، و هذا النوع من المستشفيات بشكل عام يتقاض أجورا لقاء تقديمه للخدمات الصحية عكس المستشفيات الحكومية، و يمكن أن تأخذ المستشفيات الخاصة شكلا أو أكثر من الأشكال التالية :

***مستشفيات بأسماء أصحابها :** و هي مستشفيات خاصة يملكها و يديرها أصحابها من الأطباء ، و تقدم خدماتها في مجال تخصص أصحابها مقابل أتعاب أو أجور يتم تحديدها و الاتفاق عليها حسب الخدمة المطلوبة للمريض، ويعتمد هذا النوع من المستشفيات على خبرة و مهارة و سمعة أصحابها وجودة الرعاية

و الخدمة التي تقدمها للمرضى.

***مستشفيات الجمعيات غير حكومية** : عادة ما يتم إنشاء هذه المستشفيات بواسطة جمعيات مدنية غير حكومية مثل الجمعيات الدينية و الجمعيات الخيرية من خلال التبرعات و الهياث و الهدايا، و تقدم هذه المستشفيات خدماتها لمختلف فئات المواطنين مقابل رسوم محدودة نسبيا لتستخدم في تغطية النفقات المتعلقة بتطوير خدمات هذه المستشفيات و تشغيلها، و عليه فهذه المستشفيات لا تسعى إلى الربح، و لكن العلاج فيها ليس بالمجان، و تتم إدارتها من خلال مجلس إدارة يضع النظم والقواعد المنظمة لمختلف مجالات العمل بها و قد تأخذ مستشفيات الجمعيات المدنية غير الحكومية شكل المستشفى العام أو المستشفى التخصصي من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها.

***مستشفيات استثمارية** : و هي المستشفيات التي يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة تهدف الى تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور، وقد تقدم هذه المستشفيات خدمات متخصصة في مجالات طبية محددة.

المطلب الثالث : معايير تقييم أداء المستشفيات:

يحظى موضوع تقييم أداء المستشفيات باهتمام بالغ من الحكومات وإدارة المستشفيات على حد سواء والهدف منه الوقوف على نقاط القوة في أداء هذه المستشفيات ودعمها نحو الأفضل والتحسين المستمر وضمان علاج الإنحرافات والأخطاء إن وجدت وحتى لا تتكرر بعد ذلك¹.

الفرع الأول: مفهوم تقييم الأداء:

يمكن إعطاء تعريف توضيحي لتقييم الأداء على أنه « تقييم الأداء هو إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها ومقارنة تلك الأهداف المحققة وتحديد مقدار الإنحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقا، مع تحديد الأسباب و أساليب معالجتها»². و يمكن تعريف تقييم الأداء الصحي على أنه « البرنامج الذي يستهدف التأكد من تحقيق أهداف البرنامج الصحي منخفض معدلات الوفاة وزيادة معدلات الإستشفاء»³.

وتتمثل أهمية تقييم الأداء في المستشفيات في النقاط التالية⁴:

1 - عائشة والة: « أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية» مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، جامعة الجزائر 3، 2010 / 2012، ص 36.

2 - قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001، 2000، دار النشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2005، ص 358.

3- فريد النجار، مرجع سبق ذكره ، ص 44.

4- عائشة والة ، مرجع سبق ذكره ، ص 37.

- يعكس تقييم الأداء، التطور التاريخي للمؤسسة وتحليل أنشطتهم وفعاليتها للفترة الماضية على النحو الذي يسهل مهمة تجاوز إخفاقاتها وتعزيز إيجابياتها.
 - توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمختلف الجهات المستفيدة وبخاصة الصحية منها على النحو الذي يتيح صورة واضحة عن كيفية سير أنشطته وفعاليات المؤسسة والتزامها بالتوجيه الصادر.
 - يكشف عن قدرة إدارة المؤسسة الصحية على استغلال الموارد المتاحة في تحقيق أهدافها ومدى نجاحها في التخطيط والتنفيذ لتحقيق ذلك.
 - تكشف عن الانحرافات السلبية والإيجابية الحاصلة على النحو الذي يسهل مهمة البحث عن أساليب هذه الانحرافات والمعالجات الضرورية لها.
 - توفر الفرصة فهو إيجاد نوع من المناقشة بين المؤسسات المتماثلة أو بين التشكيلات المنظمة في المؤسسة أو الأفراد العاملين فيها باتجاه زيادة الخدمة كما وكيفا وتحسين الجودة مع ترشيد التكاليف
- الفرع الثاني: معايير وقياس أداء المستشفيات:**

تتباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المؤسسات الصحية (المستشفيات) بتباين الجهات ذات العلاقة، فالمريض يبحث عن أفضل الخدمات، والكادر العامل يقيس الأداء من خلال مقدار الأجر وعدد ساعات العمل، وإدارة المؤسسة تنظر إلى موضوع من زاوية تحقيق مصالح جميع المرضى في حدود الموارد المتاحة، كما أن الغايات الجوهرية للمؤسسات الصحية (المستشفيات) تتصف بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية أكثر من الريح والمنافسة يضاف إلى هذا تعذر تضمين الجوانب النوعية في تقديم الخدمة فعند قياس أداء العاملين نجد عناصر ملموسة وغير ملموسة إذا 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 إذ لم تراعي العوامل الأخرى غير الملموسة في خضم هذه الصعوبات فمنظمة الصحة العالمية بصفتها الراعية الأولى للموضوع ، وكذا الباحثون المتخصصون في إدارة المؤسسات الصحية جهودا حثيثة ثمرات عن إيجاد بعض المقاييس¹ . و أهم هذه المقاييس²:

1- مؤشرات تقويم الموارد البشرية وهي:

-المؤشرات الخاصة بالأطباء:

* عملية / طبيب = عدد العمليات الجراحية خلال سنة / عدد الأطباء الجراحين خلال سنة

1 - المرجع نفسه، ص 38.

2- تأمر ياسر بكري ، ادارة المستشفيات ، مرجع سبق ذكره، ص ص 204 - 209.

* مراجع / طبيب = عدد المراجعين للعيادة الخارجية/ عدد الأطباء

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

* اختصاص/ طبيب = الأطباء الاختصاصيين/ مجموع الأطباء الكلي

- مؤشرات الخاصة بالطاقم الطبي:

* ممرضة/ طبيب = عدد الممرضات/ عدد الأطباء

* ممرضة/ طبيب = عدد الممرضات/ عدد الراقدين

3- مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية والمالية وهي:

* عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى

= عدد الأسرة × 360 يوما - مجموع أيام البقاء في المؤسسة / عدد المرضى الراقدين

ويقاس هذا المؤشر كفاءة إستغلال الأسرة خلال مدة زمنية محددة.

* مريض راقد في السرير خلال الفترة = عدد المرضى الراقدين/ عدد الأسرة المهيأة للرقود

4- مؤشرات تقويم جودة الخدمة

* نسبة وفيات الراقدين = عدد الوفيات من المرضى الراقدين/ عدد المرضى الراقدين

* معدل بقاء المريض في المشفى (يوم) = مجموع أيام الرقود في المشفى/ عدد المرضى ضمن الراقدين

* متوسط عدد أيام الانتظار على قائمة العمليات = مجموع أيام الانتظار للمرضى/ عدد المنتظرين للعلاج

وبطبيعة الحال فإن قائمة المؤشرات طويلة ، لكن استعمال هذا المؤشر أو ذاك يعتمد على الرغبة إدارة

المستشفى في الإستفادة من النتائج ذاك القياس. و مما سبق ذكره حول المستشفيات و رغم إختلاف في معايير

تصنيفها و وظائفها التي تمارسها ، إلا أن تقديم الخدمة الصحية هو الأساس الذي وجدت من أجله ، و هذا ما

سيتم التطرق إليه في المبحث الموالي .

المبحث الثاني: الخدمات الصحية من المنظور المفاهيمي

لقد مر قطاع الخدمات بعدة مراحل مما أدى الى تطور الخدمة خاصة في جانب الصحي ، و هذا ما جعل الخدمة الصحية تعتبر عنصرا مهما في التنمية الشاملة لأي بلد ما ، مما جعل تسابق الدول في تقديم أفضل الخدمات الصحية للمواطنين ، والعمل على تطوير المستشفيات في مجال إدارتها و الخبرات العلمية الطبية لها و على ضوء هذا سيتم التطرق مفهوم الى الخدمة الصحية وأهم الخصائص المميزة لها مع الإشارة إلى مراحل حياة الخدمة الصحية بإعتبارها منتج.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها:

سنحاول تعريف الخدمة الصحية مع إعطاء أهم خصائصها التي تمتاز عنها عن بقية السلع الخدمية التي تقدمها المؤسسات الخدمية أخرى.

الفرع الأول: تعريف الخدمة الصحية: قبل التطرق الى تعريف الخدمة الصحية سنعرف الخدمة و الصحة كمصطلحين مختلفين.

1-تعريف الخدمة.

إن رائد المدرسة الحديثة للتسويق **Philippe Kotler** عرفها على أنها: «أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف لطرف آخر يكون في جوهره غير ملموس، ولا يتربط عليه أي ملكية وأن انتاجه قد يرتبط للمنتج مادي وقد لا يكون»¹ . حيث يؤكد **Kotler** في هذا التعريف على الجانب الملموس في الخدمة وأنها لا تتم إلا بوجود فعل وطلب من طرف وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.²

كما عرفت **Shostack** بأنها «أن هذا التمييز هو أساس يمكن اعتماده لتعريف الخدمة، فالجوهر في عرض الخدمة هو عبارة عن المخرجات الضرورية لمؤسسة الخدمة والتي تستهدف لتقديم منافع غير محسوسة يتطلع إليها المستفيدون»³.

2-تعريف الصحة:

عرفت منظمة الصحة العالمية، الصحة بأنها «حالة السلامة البدنية والنفسية والإجتماعية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الإلتزان»⁴.

وتعني أيضا الصحة «غياب المرض الظاهر وخلق الإنسان من العجز والعلل»⁵.

1-Philippe Kotler, et al, **Marketing management** , puplice , paris ; 11ese dition, 2003, p 462.

2- عائشة واله، مرجع سبق ذكره، ص 4 .

3- محمود جاسم الصميدي ، إيهاب علي القرم، الأسس العلمية للتسويق الحديث، البازوري للنشر، عمان - الأردن، الطبعة العربية 2007، ص 190.

4- عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، عمان: دار مكتبة حامد، الطبعة الأولى، 2004، ص 27.

5 - عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الإجتماعي والثقافي، مصر، دار المعرفة الجامعية، 2003، ص 17.

3-تعريف الخدمة الصحية:

تعد الخدمة الصحية نوعا من أنواع الخدمات فقد عرفت بأنها : « المنفعة او مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد والتي يتلقاها عند حصوله على الخدمة وتحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية وليس فقط علاج الأمراض والعلل»¹. كما عرفت على أنها : « الخدمات الشخصية العلاجية، التأهيلية الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية»².

يمكن اعطاء تعريف مبسط للخدمة الصحية على أنها : الخدمة التي يتحصل عليها المريض من أجل علاجه بمساعدة مدخلات اخرى.

الفرع الثاني : الخصائص المميزة للخدمة الصحية:

لا تختلف خصائص الخدمات الصحية عن خصائص الخدمات بشكل عام و هي كالآتي³:

- الخدمات الصحية منتجات غير ملموسة: وهذا يتطلب مهارة في الإتصال بين مقدم الخدمة والمستفيد والحاجة إلى هذه المهارة سوف تملئ على المؤسسة الصحية السياسية توصيل الخدمات بشكل مباشر لتحقيق الإتصال الفعال.

- غير قابلة للإنفصال: إذا أن الجراح لا يقوم بالعملية إلا بوجود المريض.

- عدم التماثل (التباين): لأنها تعتمد على مهارة، أداء وسلوك مقدم الخدمة والزمان والمكان و المعلومات التي يقدمها المريض ويلعب المستفيد دورا مهما هنا إذا أنه يختلف من حيث المزاج والسلوك ومستوى التفاعل والإستجابة.

- تلاشي الخدمة الصحية: سواء تمت الإستفادة منها أولا.

- عدم إنتقال الملكية: لكن مع ذلك يمكن للمريض تحقيق إنتقال ملكية بعض السلع المساعدة كالحبوب، الحقن، والتضميد.

إعتمادا على الخصائص المميزة للخدمة الصحية التي سبق ذكرها ، تعد الحاجة والطلب عليها يتأثران بالمستوى الاجتماعي والثقافي و الاقتصادي للمستفيد منها على غرار الخدمات الأخرى ، كون المستفيد لا يعرف أساليب و مراحل العلاج المختلفة لأنها تعتبر من إختصاص الطبيب كما ان الحاجة للخدمات الصحية متذبذب و غير

1- المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى ، 1998، ص 87.

2- عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، مرجع سبق ذكره، ص 8- 9.

3- عائشة واله، مرجع سبق ذكره، ص 190.

مستقر ذلك نظرا لظروف السائدة (كوارث، حروب، تقلب الفصول)، و لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارة المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في الخدمات الأخرى في عملها، فقد يتعارض أحيانا مع الرسالة التي وجدت من أجلها.

المطلب الثاني: أنواع وعناصر إنتاج الخدمات الصحية:

سنركز في هذا العنصر على أنواع الخدمة الصحية والعناصر المكونة لها.

الفرع الأول: أنواع الخدمات الصحية:

تصنف الخدمات الصحية كما يلي ¹:

1- خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد: وتتعلق بالتشخيص والعلاج وتؤدي عبر أقسام مثل قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم العلاج الطبيعي (المعالجة الفيزيائية)، قسم الإسعاف والطوارئ بالإضافة إلى قسم التخدير والإنعاش، العيادات الخارجية وقسم الأشعة وغيرها.

2- خدمات طبية مساعدة: تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المستشفى، ويندرج ضمنها خدمات التمريض وخدمات الصيدلة.

3- الرعاية الصحية: تهدف الرعاية الصحية إلى تعزيز وتشخيص المستوى الصحي للأفراد والجماعات وترتبط بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية و الإجتماعية كافة ، ومن المفيد الإشارة إلى أن هناك خطأ شائع بين الناس وحتى بين الأطباء والمهنيين في حقل الصحة هو الخلط بين مفهومي المعالجة الطبية والرعاية الصحية حيث ينظر إليهما على أنهما متطابقان، الا أن ذلك خطأ، لأن المعالجة الطبية ما هي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية وإذا كانت المعالجة الطبية هي التي تعامل مع المرضى، فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض بل تعمل على منح حدوده بوسائل عديدة وإذا ما حدث المرض تتدخل لمعالجته، ولا ينتهي عمل الرعاية عند هذا الحد ففي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده بل يتطلب مرحلة لتأهيل المريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج.

4- يمكننا إضافة قسم آخر لا يمكن إهماله وإطلاقا يتعلق بصحة المجتمع أو ما يسمى بالخدمات الصحية البيئية وترتبط بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية، والصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات ، وهي خدمات صحية وقائية تقيه من الأمراض اللقاحات وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء وإضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

1 - عائشة واله، مرجع سبق ذكره، ص 17- 16.

كما تصنف الخدمات الصحية حسب طبيعتها وميادينها إلى ثلاثة أنواع رئيسية تحتوي بدورها أنواعا من التخصصات هي:¹

* الخدمات الباطنية: سواء كانت وقائية وعلاجية مثل الطب العام، طب الأطفال.

* الخدمات الجراحية أو الطب الجراحي: مثل جراحة العيون.

* الخدمات الطبية المساعدة: مثل الخدمات التمريضية.

كما تصنف الخدمات الصحية إلى خدمات طبية و شبه طبية ، و أخرى صيدلانية و جراحية و ترميم الأعضاء إضافة إلى خدمات وقائية و خدمات متعلقة بالبيئة .

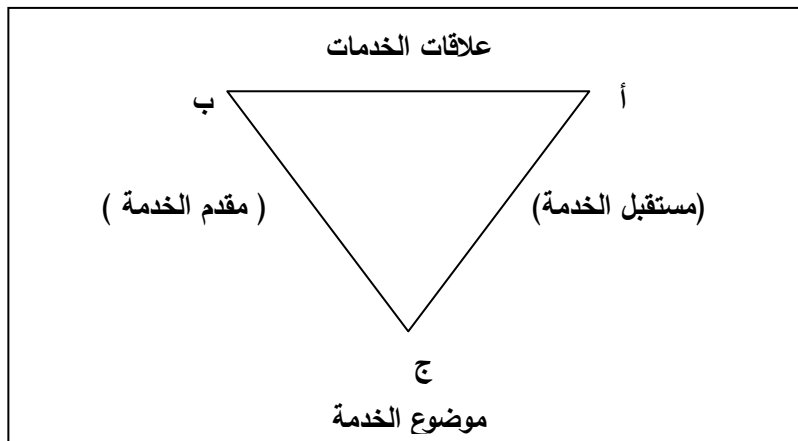
الفرع الثاني: عناصر المكونة لإنتاج الخدمة الصحية:

سنتهم بدراسة نموذجين لإبراز العناصر المكونة لإنتاج الخدمة الصحية أولها نموذج مثلث الخدمات والثاني نموذج **Langeard et Eiglier**.

1- إنتاج مكونات الخدمة الصحة حسب نموذج مثلث الخدمات:

إقتراح **Gadrey** نموذجا بإسم مثلث الخدمات إنطلاقا من رؤيته للخدمة على أنها عملية وليست نتيجة لعملية، حيث عرفها بأنها: « مجموعة من العمليات المعالجة المختلفة، المحققة من طرف مقدم الخدمة، بخصوص موضوع له علاقة مع الزبون»² ، والشكل التالي يوضح هذا النموذج.

شكل (1-2): إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات



المصدر: نجاه صغيرو، مرجع سبق ذكره، ص 22.

1 - عبد المهدي بواعنة، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية- مفاهيم و نظريات و أساسيات في الإدارة الصحية- ، دار الحامد للنشر والتوزيع. عمان، الطبعة الأولى، 2004 ، ص 91-90.

2 - نجاه صغيرو، مرجع سبق ذكره ، ص 22

يمثل هذا الشكل مجموع العناصر المكونة للخدمة بشكل عام ، إذا أسقطناه على المستشفى ، فإن رؤوس المثلث تمثل لنا :

مستقبل الخدمة (أ): و يتمثل في المستفيد من خدمات المستشفى و هو المريض.

مقدم الخدمة (ب): يتمثل في الطاقم الطبي (اطباء ، ممرضين ، مسيرين.....).

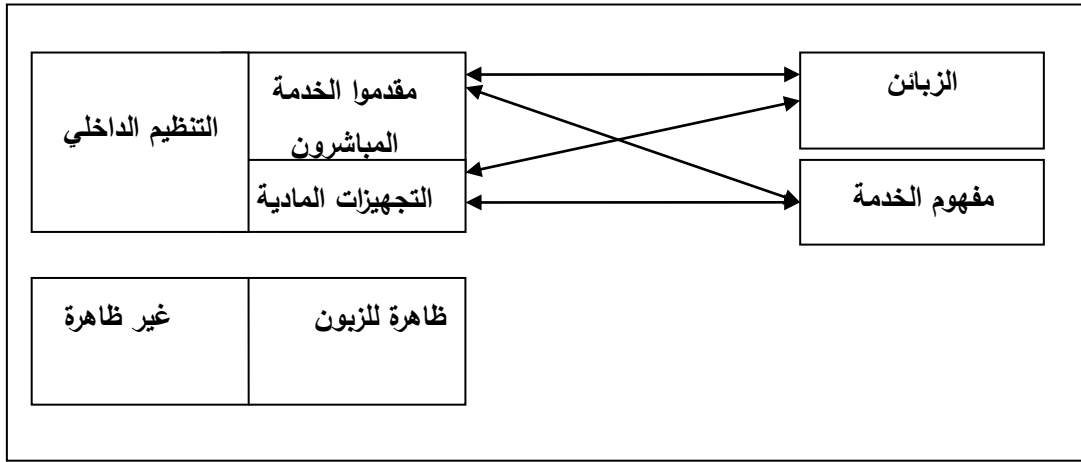
موضوع الخدمة (ج): و تتمثل في الهدف المرجو تحقيقه من لصالح المستفيد (علاج ، عمليات جراحية ، إستقبال.....).

إن إنتاج الخدمة الصحية يجب أن تتوفر على العناصر الثلاثة ، بالإضافة إلى وجود مجموعة من التفاعلات المتبادلة تحدها المستشفى عن طريق أسلوب إداري و رقابي جيد يعمل على تسخير الموارد و التقنيات الطبية اللازمة.

2- إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج Langedard et Eiglier:

قام كل من Langedard et Eiglier سنة 1978، بتقديم نموذج يعبر عن إنتاج الخدمة أو أطلقا عليه تسمية «Modèle de servuction»¹ وهو موضح في الشكل التالي:

الشكل (2-2) نموذج Langedard et Eiglier لإنتاج الخدمة.



المصدر: نجاة صغيرو، مرجع سبق ذكره، ص 23.

بإسقاط هذا النموذج على المستشفى فإن عناصر الخدمة تتكون من²:

1- المرجع نفسه ، ص 23.

2- بتصرف: المرجع نفسه، ص 24.

الزبون : يعتبر العنصر الأساسي لنظام الإنتاجي للخدمة الصحية ، و من المعروف أن الزبون يتجسد في الدور المشتري الذي لا يمكن إختراق محيط الإنتاج ، لكن في إنتاج الخدمة الصحية الأمر مختلف تماما ، وجود الزبون ضروري لإنتاج هذه الأخيرة.

عاملو الجبهة الأمامية : هم العاملون الذين لديهم علاقة مباشرة مع الزبون (الأطباء ، الممرضين ...) ، و يقع على عاتقهم أداء الجزء الظاهر للخدمة الصحية ، و إدارة العنصر البشري الخاص بهذه الجبهة لها طبيعة خاصة ، و يجب الاخذ بعين الاعتبار أن العنصر البشري العامل في الجبهة الأمامية يمثل المستشفى في أعين الزبائن.

عاملو الجبهة الخلفية : يتمثلون في العناصر البشرية غير ظاهرة للزبون .

الإجراءات : تتمثل في الإطار المحدد للعلاقات الداخلية بين عاملي الجبهة الامامية و الجبهة الخلفية.

الوسائل المادية : تتمثل في مجموع العناصر المادية الملموسة لإنتاج الخدمة الصحية، و تنقسم الى نوعين الآلات و الأجهزة الضرورية لإنتاج الخدمة و البيئة المادية التي تنتج في الخدمة .

موضوع الخدمة : أي الفكرة التي جاءت بالزبون ، و التي دفعت لمقدم الخدمة للعمل ، و المتمثلة بشكل اساسي في العلاج.

إن الفرق بين هذا النموذج وبين نماذج الإنتاج العادية هو تقديمه ضمن نظام، سلسلة الإنتاج العادية هي سلسلة خطية (بمعنى تتابع سلسلة خطية) بمعنى تتابع المراحل حيث الثانية تلي الأولى مباشرة لا يمكن تطبيقها في المجال الخدمي، أن تكون عناصر كثيرة ضرورية في وقت واحد لأداء الخدمة، وتكون مرتبطة فيما بينها، ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود الآخر، بالإضافة إلى وجود جزء ظاهر للزبائن المتمثلة في الأشخاص الذي لهم علاقة مباشرة مع الزبون أثناء تأدية الخدمة وكذلك الوسائل المادية وأحيانا التسيير العملياتي، وجزء غير ظاهر (عاملي القاعدة الخلفية، نظام المعلومات...).

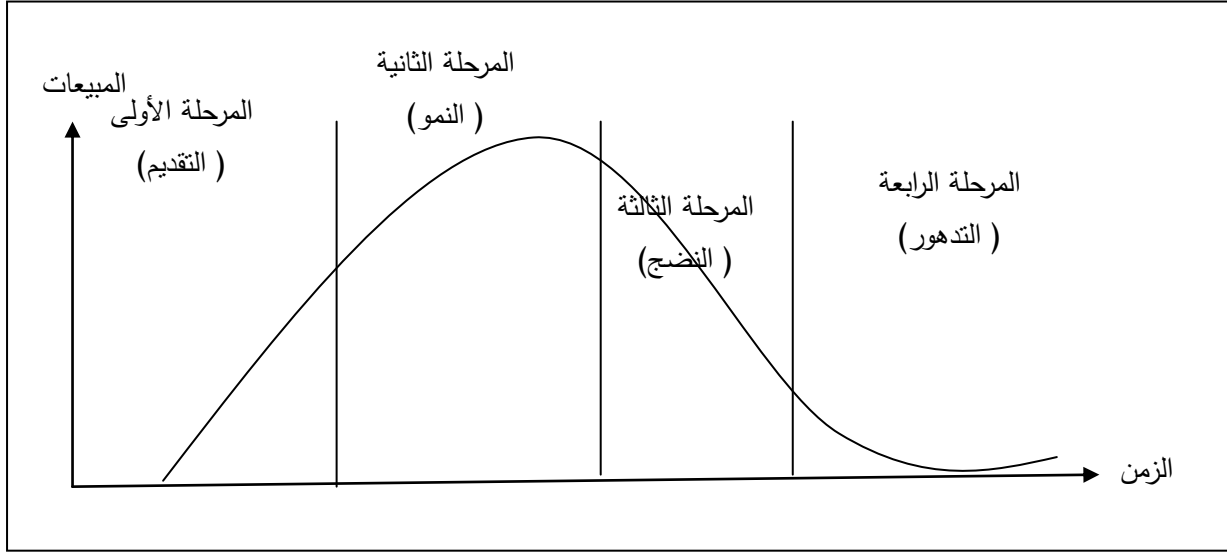
وقد فرق Gronroos بين الجزأين الجهة الأمامية والجهة الخلفية على أساس قسم الدعم (لتكنولوجيا، التسيير العملياتي و الوظيفي...)، وقسم تفاعلي (المهنيون الذين يتصلون بالزبون، أنظمة المعلومات...)¹.

المطلب الثالث: درة حياة الخدمة الصحية:

من الصعب تماما أن يبقى المنتج بخصائصه الرئيسية وطريقة تسويق قائمة بذات الصورة على مدار الوقت، بسبب التغيرات الحاصلة في البيئة العامة، (سكانية، إقتصادية، تكنولوجية، وثقافية...) فضلا عن التغيرات الحاصلة في بيئة السوق (المشترون، المنافسون الوسطاء، المجهزون) والتي تتعكس جميعها على

استمرارية المنتج في السوق بذات الخصائص، هذا ما يصطلح عليه بدرجة حياة منتج¹ وكأي حياة منتج فإن الخدمة الصحية تمر بأربع مراحل تتمثل دورة حياتها وسوق تستعرض كل دورة على حدا والشكل الموالي يمثل تمثيل للمراحل الأربعة.

الشكل (3- 2) دورة حياة المنتج .



المصدر: روية عثمان يوسف، التسويق الصحي الإجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع الأردن، بدون طبعة، 2008، ص 101.

- 1/ مرحلة التقديم:** تعتبر هذه المرحلة إكتشافا للسوق وتبرز فيه مدى قدرة المنتج الصحي على الإستمرار وتحديد المعوقات والتحسيبات المناسبة على المنتج إستنادا لردود أفعال المستفيدين وتتميز هذه المرحلة⁽²⁾ ب:
- عدم وجود معلومات كافية عن المنتج الصحي، لذلك يجب إستخدام إستراتيجية للإعلان الإجباري، الإرشادي، والتعليمي بهدف إخبار المستفيدين من الخدمة إلى السوق، كذلك إرشاد المستفيد وتعليمه سياسة سعرية مناسبة تمكن المنتج الصحي من اختراق السوق وخلق طلب أولي عليه.
 - إستخدام نقاط توزيعية محدودة مختارة إستنادا لظروف تقررها المنظمة الصحية.
 - القيام بعرض وتقديم تجريبي للمنتج الجديد.

2/ مرحلة النمو: إن النجاح الإستراتيجيات الإنتاجية الإنتاجية التوزيعية والسعرية دور مهم في زيادة كمية المبيعات من المنتجات الصحية أو زيادة المبيعات تعتبر مؤشرا مهما على انتقال المنتج من مرحلة التقديم إلى مرحلة النمو ، إستطاع المنتج أن يلبي حاجات المستفيدين منه ، وخلال هذه الفترة والتي تمثل المرحلة الأجنبي

1 - ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الاردن، المطبعة العربية، ص189.

2 - فريد النجار، مرجع سبق ذكره، ص 296 .

اقتصاديا ترغب إدارة المنظمة الصحية في إطالة عمر هذه المرحلة لكونها في نمو مستمر ومحققة عوائد متزايدة¹ ، وتتميز هذه المرحلة بمايلي:²

- السعي لتطوير الخدمة المقدمة بما يضيف عليها خصائص جديدة ، زيادة كمية الإنتاج ، زيادة عدة النقاط التوزيعية ، استخدام سياسات سعرية تتسجم وطبيعية القدرات الشرائية للمستفيدين والأهداف الربحية للمؤسسات الصحية ، التأكيد على استراتيجية الإعلان التذكيري وذلك لإملاك المستفيد معلومات كافية عن الخدمة أو في نهاية هذه المرحلة تلجأ المؤسسة إلى استخدام الإعلان التنافسي و تأكيد تبني إستراتيجية البناء.

إلا أن هذه المرحلة تمتاز أيضا بدخول منافسين جدد للمنتج الجديد في السوق، مما يجعل المنتج الجديد يقاد للانتقال إلى مرحلة لاحقة إذا ما انشددت المنافسة.

3/ مرحلة النضج: تمثل المرحلة الأطوال من بين المراحل الأربعة ، وتكون معظم المنتجات في هذه المرحلة في ذروتها وما يحصل في هذه المرحلة هو أن الأرباح المحققة تبدأ بالإنخفاض النسبي قياسا بالمرحلة السابقة رغم الارتفاع الحاصل في المبيعات، وذلك نتيجة لدخول منافسين جدد إلى السوق. وعلى إدارة التسويق في المؤسسة الصحية أن تفكر جديا في كيفية إبقاء المنتج الصحي لأطول فترة ممكنة في السوق، شريطة أن يكون ذلك البقاء ناجحا. وأن تمكن بذات الوقت من استثمار الجوانب الموجبة من المنافسة من خلال إدخال بعض التعديلات على المنتج. أو تقديمه بسعر أقل جراء القدرة على تخفيض التكاليف.

وخلال هذه المرحلة تبدأ ظواهر استقرار المبيعات وتشبع السوق من المنتجات الصحية إن هذا الاستقرار يعتبر من المؤشرات غير الإيجابية لأن عدم إمكانية المؤسسة زيادة كمية المبيعات والاحتفاظ بحصتها السوقية تقودها إلى ذاتية مرحلة التدهور³.

4/ مرحلة التدهور (الإنحدار): وهي تمثل المرحلة الاخيرة من دورة حياة المنتج والتي تؤول في نهايتها إلى خروج المنتج الصحي من السوق وتبدأ ملامح هذه المرحلة بالإنخفاض الشديد في مستوى المبيعات ، وارتفاع واضح في التكاليف ينعكس سلبيا على الإيرادات النهائية المتحققة. كما أن التقدم التكنولوجي في المجال الطبي الذي يؤول إلى إفراز منتجات طبية جديدة مناسبة تكون سببا آخر في بروز هذه المرحلة والتي قد تكون سريعة أو متباطئة. فضلا عن التغير الحاصل في سلوك المستهلك وتحولهم إلى المنتجات جديدة للمنافسة.

إن إدارة المؤسسة الصحية ستكون أمام حالتين في هذه المرحلة: الأولى تتمثل في إبقاء المنتج ومحاولة تطويره نحو الأحسن سواء كان ذلك التطوير جزئي أو كلي. وهذا الأمر قد يؤدي إلى تأخير البحث عن منتج جديد آخر

1 - ردينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص 102.

2- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 191.

3 - نجاة العامري، تسويق الخدمات الصحية دراسة حالة: مصحة أبو القاسم سكيكة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، جامعة سكيكة ، كلية علوم التسيير و الاقتصاد، 2008 /2009، ص 76.

غيره ويكون أفضل منهما، وقد يؤدي إلى خلق مزيج سلعي غير مناسب يؤدي إلى تقليل التدفق النقدي أو يضعف مكانة وقوة المؤسسة الصحية في السوق.

وقد تلجأ المستشفى إلى استراتيجيات لمعالجة مرحلة التدهور والتي تعمل على¹:

- شطب المنتج الذي لا يوجد عليه طلب لتركيز الجهود على المنتجات الأخرى وتقليل التكاليف غير مبررة.
 - تطوير المنتج من خلال شطب بعض خصائصه وإضافة خصائص جيدة تلبي حاجات المستهلك.
 - تقديم منتج جديد يلبي حاجات المستهلكين.
 - إيجاد أسواق جديدة فيها طلب على هذا المنتج.
- مما سبق ، نستخلص انه يجب ان تتميز الخدمة الصحية بالجودة لكي تلبي حاجات المريض . و عليه ، لابد من العمل على تحسينها و تطويرها و هذا ما سنتطرق إليه في المبحث الموالي.

1- ردينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص109.

المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية وأهميتها في تحسين الحوكمة:

إن جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات لزيائنها تعتبر من أهم العوامل المؤثرة على كفاءة الأداء الكلي لها، وقد أصبح الزبائن(المرضى) ، يرغبون دائماً في مستويات جودة أفضل لذلك فالرقابة عليها والإفصاح في تقديم المعلومات الكافية حول خدمات الصحية و الشفافية من طرف المستشفيات كمساهمة في تطبيق الحوكمة في المستشفيات. ومن خلال هذا المبحث سوف نحاول إبراز مفهوم جودة الخدمة الصحية ونماذج قياسها من منظور الزبائن ومنظور الشامل و كيف تساهم في تطبيق الحوكمة .

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية:

سنحاول التعريف الى الجودة و كيفية تطورها مع إسقاط الضوء على مفهوم جودة الخدمة الصحية .

الفرع الأول: تعريف الجودة وتطورها:

يستعمل مصطلح الجودة للدلالة لما هو ممتاز فقد تعرفت الجودة في قاموس Oxford: « درجة التمييز أو الأفضلية»¹، كما عرفت المنظمة الدولية للمقاييس وفق للمواصفة (ISO 8402)، الجودة على أنها مجموعة من المزايا والخصائص الخاصة بالمنتج أو الخدمة والتي تساهم في إشباع الرغبات المعلنة أو الكامنة² . وفي التعريف الحديث للجودة وفقاً للمواصفة ISO 9000 إصدار 2000 فقد عرفت على أنها عبارة عن « قابلية مجموعة من الخصائص الباطنية لمنتج الإرضاء المتطلبات»³. كما عرفت الجمعية الأمريكية للتقنيين: « هي قدرة مجموعة من الخصائص و المميزات الجوهرية على إرضاء المتطلبات المعلنة أو الضمنية لمجموعة من العملاء» ، أما المنظمة العالمية للمعايير ISO : « الجودة هي قدرة مجموعة من المميزات الجوهرية على إشباع الحاجات»⁴ . و الجدول الموالي يلخص أبرز تعاريف الجودة لأهم الرواد في الفكر الإداري :

1 - رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري لنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2003، ص29.

2 - نجاه صغيرو، مرجع سبق ذكره، ص 25.

3 - صليحة رقاد، « تقييم جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون - دراسة حالة مؤسسة البريد والمواصلات. » مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم

التجارية، تخصص: إدارة الأعمال، جامعة محمد لخضر باتنة، 2007/2008، ص 15.

4- عائشة واله، مرجع سبق ذكره ، ص48.

الجدول رقم (1-2) بعض التعاريف الجيدة لأهم الرواد.

الباحث	مفهوم الجودة
Grosby (1979)	المطابقة للمتطلبات أو المواصفات
Tagouchi (1984)	تفادي الخسارة التي يسببها المنتج بعد رسالة للمستعمل ويتضمن ذلك الخسائر الناجمة عن الفشل في تلبية توقعات العميل والفشل في تلبية خصائص الأداء والتأثيرات الجانبية الناجمة عن المنتج
Deming (1986)	إرضاء حاجيات العميل الحالية والمستقبلية.
Feiguboum	المزيج الكلي لخصائص السلعة والخدمة المتأتي من التسويق والهندسة والتصنيع والصيانة والذي من خلاله ستلبي السلعة او الخدمة في الاستعمال توقعات العميل.
Juran	مدى ملائمة المنتج للاستعمال.

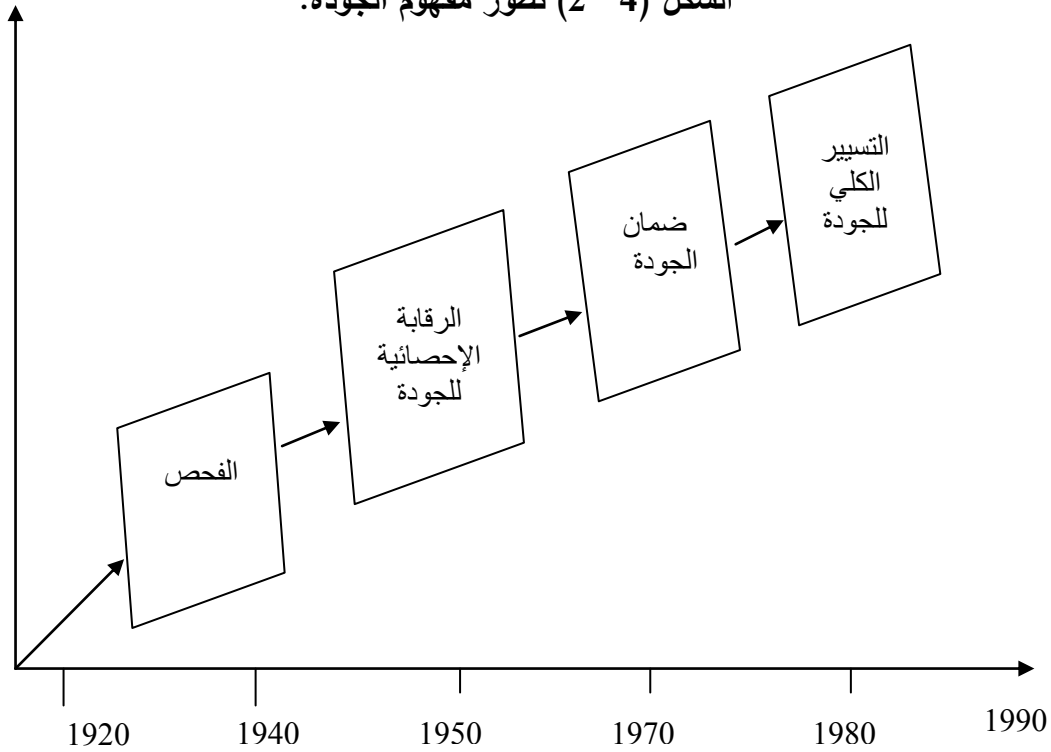
المصدر: رعد عبد الله الطائي، عيسى قدارة، مرجع سبق ذكره، ص29.

نلاحظ من الجدول أن كل تعريف ركز على وجه من أوجه الجودة، حيث ركز Crosby على المطابقة

أما Juran ,Tagoushi فركزا على جودة الأداء ، وتعريف Feignboum ركز على جودة التصميم.

حيث تعد الجودة أداة فعالة لتطبيق التحسن المستمر لجميع أوجه النظام في أي مؤسسة وذلك من خلال تحقيق التحسين المستمر في النشاط العمليات الداخلية. و تميزت أغلب الأدبيات الفكر الإداري بوجود أربع مراحل لتطور الجودة ، و يمكن تلخيصها في الشكل التالي:

الشكل (4- 2) تطور مفهوم الجودة.



المصدر: عاشور محمد الفرحي، تسيير وضمان جودة منتجات المؤسسات الصناعية الجزائرية، مجلة إقتصاديات شمال أفريقيا، العدد الثاني، ماي 2005، ص242.

نلاحظ ، من خلال الشكل أعلاه أن أول مرحلة هي مرحلة الفحص و تتميز بفحص السلعة و مدى مطابقتها للمواصفات ، ثم تليها مرحلة الرقابة الإحصائية وفيها استعملت الأساليب الإحصائية ، أما المرحلة الثالثة فتمثلت في مرحلة ضمان الجودة فهي تهدف الى ضمان جودة الإنتاج في جميع مراحلها و إكتشاف الفوري للعيوب و آخر مرحلة هي مرحلة إدارة الجودة الشاملة و التي اصبحت وظيفة أساسية في إدارة المؤسسات.

الفرع الثاني: تعريف جودة الخدمة الصحية:

إن إرتباط الخدمة الصحية بالحياة البشرية يجعل من الإهتمام بجودتها أمرا حتميا، فالأشكال المختلفة من الممارسات غير الصحيحة قد تؤدي إلى نتائج غير مرغوبة فيها. كما تعتبر جودة الخدمات الصحية من العناصر الأساسية الحاكمة في مجال التنافس بين المستشفيات فالتطور التاريخي لها يرجع إلى قانون حمورابي بابل (3000سنة قبل الميلاد). و قد وجدت عدة وجهات نظر لمفهوم جودة الخدمة الصحية ، نذكر أهمها¹ :

- **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحداث التطورات العلمية والمهنية، ويتحكم في ذلك أخلاقيات الممارسة الصحية والخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.

- **الجودة الصحية من الناحية الإدارية :** وتعني بالدرجة الأساسية كيفية إستخدام الموارد المتوفرة و القدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الإحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

1- عبد العزيز و محمد الطعمنة ، مرجع سبق الذكر ، ص 187.

-الجودة من المنظور السياسي (القيادة العليا لدولة):تمثل مدى رضا المريض عن اداء قيادته في دعم و تطور الخدمة الصحية، من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ، و مدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار و التطور الطبيعي ضمن منظومة العمل الاداري للدولة بشكل عام بجوانبه الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية .

- الجودة من منظور المستفيد (الزبون): قد تختلف عن مفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية وهنا لا يكفي التركيز على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبني على أساس مهنية أو تنظيمية محددة دون التفات إلى حاجة ورغبة المستفيد وطموح وآمال المستفيد النهائي في كل ذلك.¹

من خلال التعاريف السابقة، نجد أن أفضل تعريف لجودة الخدمة الصحية هو ذلك التعريف الذي يتيح للمستفيدين مزيدا من فرص فهم نظام الخدمات الصحية، ولذلك يعد تحديدا للمستفيدين على اختلاف أشكال أولا ثم الوقوف على وجهات نظرهم في مسألة حسن الرعاية الطبية وغير الطبية المقدمة لهم ثانيا أمر حاسم عند تقدير جودة الخدمة ، ومن الأمور التي نتوقعها نحن المستفيدين لجودة الخدمة التي تقف عندها بصدد حاجيتنا التي تلقي الرعاية الصحية، سهولة الحصول على الخدمة بأقل وقت إنتظار ممكن.²

فالجودة أسلوب تتبعه المستشفيات للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدي من مختلف جوانبه ، و اتخاذ ما يلتزم من تدابير و إجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر، و ذلك في اطار تحقيق الأهداف المتمثلة في تلبية رغبات المستفيدين على النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم و يحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة.

و ملاءمة العلاج والرعاية لمختلف الحالات المرضية، مع إعتداد الإجراءات السريرية المتميزة للحد من المضاعفات و الأحداث التي يمكن تجنبها او الوقاية منها . و كذلك تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عن تعاملهم مع المرضى على النحو الذي يضمن لهم كرامتهم الفردية ، و العمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل اطبائهم المعالجين ، و تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة مع ضمان الإستخدام المناسب للموارد المستهدفة.³

و تهدف جودة الخدمة الصحية الى ضمان الصحة البدنية و النفسية للمستفيدين (المرضى) ، تطوير و تحسين قنوات الإتصال بين المستفيدين (المرضى) من الخدمة الصحية و مقدميها ، تمكين المستشفيات من تأدية مهامها بكفاءة و فعالية ، كما تعد معرفة آراء و إنطباعات المستفيدين (المرضى) و قياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية و التخطيط للرعاية الصحية و وضع السياسات المتعلقة بها ،

1- ثامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 199.

2- نجاة صغيرو، مرجع سبق ذكره، ص36.

3- هيكوش ،ادارة الجودة: تطبيق ادارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية و ضمان الالتزام بها، ترجمة طلال بن عايد الاحمدي، الرياض، معهد الادرة العامة، 2002، ص 128.

إعتماد الإجراءات السريرية للحد من المضاعفات و الإحداث التي يمكن تحاشيها أو الوقية منها ، و ضمان الإستخدام المناسب للموارد المستهدفة مع تحقيق النتائج السريرية لمختلف الحالات المرضية¹.

المطلب الثاني: ومعايير جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها:

لكل جودة خدمة ابعاد ، حيث يرى **Swand** ان لها بعدين أساسيين يتمثلان في الجودة المادية الملموسية و الجودة التفاعلية²، أما **Growoos** فقد ميزها في نوعين هو الآخر و تمثلت في جودة فنية و هو ما سيتم تقديمه فعلا و أخرى وظيفية و هي الطريقة التي ستقدم بها الخدمة³، و هو ما ينطبق على جودة الخدمات الصحية لذلك وجدت مجموعة من المعايير تعمل على تقييمها ، مما ادى الى تعدد طرق قياس جودة الخدمات الصحية وهذا ما سيتم التركيز عليه في ما يلي :

الفرع الأول: معايير جودة الخدمات الصحية:

الخدمات الصحية لا ينتج عنها بالضرورة انتقال ملكية أي نقل ملكية شئ مادي أو حيازته ، وإنما تتضمن عملية إنتاجها للحصول على منافع وفوائد ، و حتى تتمكن المؤسسات الخدمية بصفة عامة- المستشفيات بصفة خاصة- من تقييم جودة خدماتها، فإنه يتعين عليها التعرف على معايير التقييم، والتي حددها الباحثين سنة 1985 نذكر منهم **Parasuramau, Zénithale, Taylor et Guoin Berry** فيما يلي:⁴

1- الإعتدائية: أي قدرة مقدم لخدمة على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن من الإعتداع عليها وأيضا بدرجة عالية من الدقة والصحة.

2- مدى إمكانية وتوفر الحصول على الخدمة الصحية: أي توفرها في الوقت المناسب والمكان الذي يرغبه العميل، وحول من السهل لوصول إلى مكان تلقيها. ويمكن توضيح المقصود بسهولة الوصول إلى الخدمات.

3- الأمان: أي درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة ولمن يقدمها.

4- المصداقية: درجة الثقة بمقدم الخدمة، مثلا محل سيقوم الطبيب بإجراء العملية الجراحية دون أن يلحق أي ضرر بالمريض.

5- درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات العميل: أي مدى قدرة مقدم الخدمة على تفهم إحتياجات المريض وتزويده بالرعاية والعناية.

6- الإستجابة: مدى قدرة رغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للعملاء عند إحتياجاتهم لها.

1- أحلام دريدي، مرجع سبق ذكره ، ص30-31.

2- قاسم نايف علواني المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص29.

3- أحمد بن عيشاوي، "إدارة الجودة الشاملة IQM في المؤسسات الخدمية" ، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، ص 9.

4- نجاة صغيرو، مرجع سبق ذكره، ص 48-49.

7- **الكفاءة:** أي كفاءة القائمين على أداء الخدمة من حيث المهارات والمعرفة التي تمكنهم من أداء الخدمة، وكثير ما يلجأ الزبائن لمثل هذا المعيار، فمثلا يفضلون تلقي خدماتهم من أشخاص ذوي شهادات علمية عالية المستوى.

8- **الجوانب الملموسة:** كثير ما يتم تقييم الخدمة بناء على التسهيلات المادية (الأجهزة والتكنولوجيا)، المظهر الداخلي للمؤسسة الصحية، مظهر العاملين مقدمي الخدمة... إلخ.

9- **اللباقة:** أي تمتع مقدمي الخدمات بروح الصداقة، الإحترام واللفت في التعامل والإستقبال الطيب مع التحية الإبتسام مع الزبائن .

10- **الإتصال:** أي قدرة قدم الخدمة على شرح خصائص الخدمة، فهل تم إعلام المريض بالأضرار التي يمكن أن تلحق به جراء خضوعه لعملية جراحية ما أو نتيجة عدم التزامه بما هو مطلوب منه ، هل الرسالة واضحة وبلغت بطريقة مناسبة .فالاتصال يعتبر فن استخدام المعلومة من قبل المرسل لغرض إيصالها إلى عقل الطرف الآخر وهو المستلم لإحداث استجابة¹.

وفي دراسة لاحقة تم تلخيص هذه المعايير العشر ضمن خمسة معايير أساسية أطلق عليها « نموذج الخدمة»² وهي : الإعتمادية وهي درجة ثقة المستفيد (المريض) من الخدمة في المستشفى و يعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى على الوفاء في تقديم الخدمات في الوقت المحدد ، الجانب الملموس من الخدمة وهي مجموعة التسهيلات المادية التي تزيد من إستقبال المرضى ، الإستجابة السريعة في تقديم الخدمة و حسن المعاملة ، الضمان و هو مدى شعور المريض بالأمان و الإطمئنان في التعامل اما التعاطف فيقصد به الثقة ، الاحترام و اللباقة ، وفي الجدول الموالي يوضح المعايير الخمسة لجودة الخدمة الصحية و كيفية تقييم كل معيار عن طريق مجموعة من العبارات التي تشرح مفهوم العبارة الأساسية (المعيار).

1- ثامر ياسر البكري ، الاتصالات التسويقية و الترويج ، دار الحامد للنشر و التوزيع ، الأردن، الطبعة الأولى، 2006 ، ص 34
2- الهواري معراج ، جودة الخدمات البنكية وتأثير على رضا الزبائن، المؤتمر العلمي الثاني، بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات، كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية ، 26- 27- نيسان، 2006، ص9.

جدول (2- 2): معايير جودة الخدمة الصحية:

البعد	معايير التقييم	الأسئلة
الاعتمادية	دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة صحة القوائم المالية. المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية	ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المؤسسة لديه ثقة بأن حياته بين أيدي آمنة
الإستجابة	تقديم خدمات علاجية فورية إستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية العمل على مدار ساعات اليوم	وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة غرفة العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات
الضمان	سمعة ومكانة المؤسسة العالية المعرفة والمهارات المتميزة للأطباء الصفات الشخصية للعاملين	المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء تدريب ومهارة عالية في الأداء
التعاطف	اهتمام شخصي بالمريض الإصغاء الكامل لشكوى المريض تلبية حاجات الزبون بروح من الود واللفظ	النظر للمريض بأنه دائما على حق
الملموسية	الأدوات المستخدمة من التشخيص والعلاج المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة أما من الإنتظار والإستقبال المناسبة	نظافة العيادات نوعية الطعام المقدم للمقيمين في المؤسسة

مصدر: بالتصرف عن: ثامر ياسر البكري ، مرجع سبق ذكره، ص213.

الفرع الثاني : طرق قياس جودة الخدمة الصحية:

هناك صعوبة في قياس جودة الخدمات في جميع المؤسسات الخدمية ، لذلك استوجب مجموعة من المعايير (السابقة الذكر) ، تستجيب مع متطلبات و خصوصيات كل القطاع من القطاعات على حدى ، و التي من شأنها (المعايير) ان تحقق نوع من التوازن بين أهداف مقدم الخدمة و طالبها و المؤسسة الخدمية ، و عليه يمكن التعامل مع قياس جودة الخدمات الصحية و فقا لثلاث طرق رئيسية وهي:

1- قياس جودة الخدمة الصحية من منظور الزبائن:

تتعلق جودة الخدمة الصحية بمدى مطابقة جودة الخدمات لإحتياجات و توقعات المرضى، و من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمة من هذا المنظور ما يلي :

*مقياس عدد الشكاوي: تمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها الزبائن خلال فترة زمنية معينة مقياسا مهما لقياس جودة الخدمة المقدمة، حيث يمكن المؤسسات من إتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنيب حدوث المشاكل وتحسين مستوى ما تقدمه من خدمات لزيائنها.¹

1 - نايف قاسم علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص 97.

* **مقياس الرضا الزبائن:** يتم عن طريق وضع استبيان يكشف للمؤسسة طبيعة شعور الزبائن نحو الخدمة المقدمة لهم وجوانب القوة والضعف بها, بشكل يمكن هذه المؤسسات من تبني إستراتيجية للجودة تتلاءم مع إحتياجات الزبائن، وتحقق لهم الرضا نحو ما يقدم لهم من خدمات.¹

* **مقياس القيمة:** تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أداء القيمة التي تقدمها المؤسسة لزبائنهم تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة من جانب الزبون والتكلفة للحصول على هذه الخدمات. فالعلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحقق القيمة ، فكلما زادت القيمة المقدمة للزبائن زاد إقبالهم على طلب هذه الخدمات، والعكس صحيح. هذا الأسلوب يدفع المؤسسات إلى تركيز جهودها نحو تقديم خدمة متميزة للزبائن بأقل تكلفة ممكنة.²

* **مقياس الفجوة: قام Parasuramau** عقب دراسة استطلاعه أجراها مع العديد من المؤسسات تقديم الخدمة سنة 1985 بأمريكا في محاولة لوضع مقياس لجودة الخدمة يتسم بالصدق والثبات واعتمادا على المقابلات المعمقة مع مجموعة من زبائن هذه المؤسسات أمكن التوصيل إلى خمس محددات أساسية تستخدم في قياس جودة الخدمة وهي: الجانب الملموس من تقديم الخدمة الاعتمادية ، الاستجابة السريعة ، والثقة في التعامل، والتعاطف ثم قدمها في شكل مقياس عام أطلق عليه اسم (**Servqual**) يتم استخدام المقياس مرتين الأولى قبل حصول الزبون على الخدمة لقياس ما يسمى بالجودة المتوقعة أما الثانية فهي مستوى الجودة المدركة والتي يتم قياسها بعد حصول الزبون على الخدمة ، حيث يتم بعد ذلك مقارنة المتوقع بالمدرک لتحديد ما يسمى بالفجوات والتي تعبر عن درجة رضا الزبون عن الخدمة المقدمة بأبعادها وعناصرها المختلفة.³ وهذه الفجوات تتلخص في التالي:⁴

الفجوة الأولى: الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة: تحصل عندما لا تدرك الإدارة بصورة صحيحة ما يرغبه المريض إذ ربما تفكر الإدارة بأي المرضى يرغبون في الحصول على طعام أفضل ولكن قد يكون الأمر بشكل آخر، إذ أن المرضى يرغبون في الحصول على عناية أفضل من الممرضين.

الفجوة الثانية: الفجوة بين الإدراك الإدارة ونوعية الخدمة المعيارية ربما تدرك الإدارة وبصورة صحيحة رغبات المريض، ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة. كما هو في قيام الإدارة بإختبار الممرضين بضرورة إتخاذ الإجراء التفريع في تقديم الخدمة للمرضى، إلا أنها لا تضع مقاييس لذلك الإجراء.

الفجوة الثالثة: الفجوة بين نوعية الخدمة المعيارية وتقديم الخدمات قد يكون الأفراد القائمين على خدمة المريض غير مدربين بصورة صحيحة أو غير قادرين وراغبين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية محددة كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كاف ومن ثم إنجاز الخدمة بسرعة.

1- نجاة صغبرو، مرجع سبق ذكره، ص 43.

2 - نفس المرجع اعلاه ، ص105.

3- بالتصريف عن - أحمد عيشاوي، مرجع سبق ذكره، ص 9.

4- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 216- 219.

الفجوة الرابعة: الفجوة بين الخدمة المدركة والاتصالات الخارجية تتمثل في الاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المدركة من قبل المريض وما تم الاتفاق عليه مسبقاً وعبر الاتصالات التي تمت يبدأ الإدارة و المرضى، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المؤسسة الصحية في الحصول على غرفة نظيفة و أنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمؤسسة يجد العكس من ذلك، أو دون الإتفاق المسبق بين الطرفين.

الفجوة الخامسة: الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتعددة هي نتاج واحد. أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة، ويحدث عندما لا يحصل المريض على الخدمة الصحية بالجودة المتوقعة. كما هو الحال في محاولة الطبيب الحفاظ على زيارة المريض باستمرار كجزء من واجبه، ولكن المريض يفسر ذلك بأن هناك شيء ما في حالته الصحية، حتى يمكن سد الفجوة الخامسة لأبد أولاً سد جميع الفجوات الأربعة حيث وجود أي فجوة سالبة من هذه الفجوات سوف يتسبب في إحداث قصور في الخدمة المقدمة للزبائن، ومن ثم وجود طرق سلبية بين إدراكهم للخدمة الفعلية المقدمة وبين توقعاتهم.

* **مقياس الأداء الفعلي (نموذج الاتجاه):** يعرف نموذج الاتجاه باسم Servperf * ظهر سنة 1992 نتيجة الدراسات التي قام بها كل من Taylor et Gomin، وتعتبر الجودة ، في إطار هذا النموذج - مفهوما اتجاهيا يرتبط بإدراك المستفيد للأداء الفعلي للخدمة المقدمة ، ويقوم على طريقة بسيطة في قياس جودة الخدمة، من خلال استبعاد التوقعات في القياس والتركيز فقط على إدراكات المستفيد (الأداء الفعلي)¹.

2- قياس الجودة المهنية: يرى بعض الباحثين إن تقييم الجودة من منظور الزبون يمثل جزءاً من برنامج الجودة لذلك فإن مقاييس الجودة المهنية تقوم على فكرة مفادها أن المؤسسات قادرة على الوفاء بخدماتها المتنوعة من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة، لأنه لا يكفي ان يكون المستفيد راضياً على مستوى الخدمات الصحية التي يتلقاها ، بل يجب أن يكون راضياً أيضاً على نوع الخدمة الصحية والإجراءات التي قدمت بها هذه الخدمة للوفاء بإحتياجات المرضى ، و في هذا الإطار يمكن التمييز بين ثلاث أنواع من المقاييس و هي:²

* **قياس الجودة بدلات المدخلات:** يبقى اعتبار المدخلات أو الموارد جوهر الخدمة وجودتها إذا ما توفر للمؤسسة البناء المناسب بتجهيزاته و للعدالة والقوانين والنظم المساعدة والأهداف المحددة الواضحة إذا توفر للخدمة كل هذا كانت الخدمة مميزة فعلا ، وعلى الرغم من منطقية لهذا المدخل والترحيب به من قبل الباحثين في دعم الجهود المبذولة للتواصل إلى نموذج مناسب بقياس جودة الخدمة ، إلا أنه يبقى ناقصاً فعناصر

* (Servperf): أداء الخدمة، وهي ناتجة عن دمج (Service) وتعني خدمة (Perfence) تعني الأداء.

1- عائشة واله، مرجع سبق ذكره، ص75.

2 - قاسم نايف علوان المحياوي ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 105-107.

المدخلات في جودة الخدمة لا تعد كافية في حد ذاتها لضمان الجودة إذ هناك عوامل أخرى مكملة مثل تناول المدخلات والتفاعلات فيها بينها.

***قياس الجودة بدلالة العمليات:** يركز هذا المقياس على جودة العمليات أو المراحل المختلفة لتقديم الخدمة المطلوبة وينطوي على مجموعة من المؤشرات أو المعايير التي توضح النسب المقبولة لكافة عناصر انشطة الخدمات المقدمة التي يجب أن تتسق فيها كافة هذه العناصر ليتم تصنيف هذه الخدمات كخدمات جيدة ولا يعتبر هذا المقياس دقيقاً وإن كان له بعض الجوانب المنطقية لأنه يركز على عمليات الخدمة بدلاً من التركيز على الأبعاد الكمية التي يمكن قياسها لهذه الخدمة.

***قياس الجودة بدلالة المخرجات:** وهو مقياس يتعلق بالنتائج النهائية لهذه الخدمة، والتي يمكن قياسها من خلال:

- القياس المقارن: وهو إجراء مقارنات كمية بين المستهدف والأداء الفعلي لإكتشاف جوانب الضعف ومحاولة علاجها.

- إستقصاء رضا المستفيدين بخصوص الخدمات المقدمة.

-إستقصاء العاملين في المؤسسة للوقوف على المشاكل التي حالت دون تحقيق الاداء المنشود.

3- قياس الجودة من المنظور الشامل: إذ كل المقاييس السابق ذكرها في قياس الجودة يغلب عليها الطابع الجزئي، هذا ما أدى إلى ضرورة إبراز المعالجة الشاملة في قياس جودة الخدمة و التقييم حيث يأخذ في الحسبان وجهة نظر الزبون ومقدم الخدمة معا ، توجد مجموعة من المتغيرات يمكن الإعتماد عليها لقياس جودة الخدمة ضمن برنامج متكامل لإدارة الجودة و هي و جود قيادة واعية بأهمية الجودة و التركيز على إحتياجات العميل (الداخلي و الخارجي) ، و توجيه جميع العاملين بالمؤسسة بمسؤولية الجودة المشتركة و ذلك بوجود عمل جماعي يعمل على التدريب المستمر على الجودة مع تنمية العنصر البشري ، كما يجب أن يكون هناك نظام متكامل للمعلومات لإتخاذ القرارات بناءا على الحقائق و المعلومات و مع وجود تنظيم جيد داخل المؤسسة¹.

1- بن نافلة قدور و مزريق عاشور، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، ملتقى وطني (إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة)، جامعة سعيدية ، 13 و 14/ ديسمبر 2010، ص17.

المطلب الثالث: دور جودة الخدمة الصحية في تحسين الحوكمة في المستشفيات.

إن ضمان تقديم خدمات صحية عالية الجودة مرهون و لن يتحقق إلا بوجود جهاز إداري جيد متكامل يعمل على تطبيق لمبادئ الحوكمة داخل المستشفيات ، لأن هذه الأخيرة تعتبر كمدخل لتحسين الحوكمة في المستشفيات وتحسين الأداء فيها . وبما أن أي خطأ في هذا المجال (الرعاية الصحية) لا يمكن إصلاحه في كثير من الأحيان فهو يحتاج إلى رقابة عليها . فالحوكمة جاءت كأسلوب إداري رقابي يتضمن معايير وقواعد ، كمبدأ الإفصاح والشفافية للمعلومة حول جودة الخدمة الصحية المقدمة للزبون، وصحة السجلات المالية .

الفرع الأول : الرقابة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات:

إن مفهوم الرقابة على جودة الخدمة الصحية وتكلفتها يعتبر أن العاملين الأكثر أهمية في بيئة المؤسسة الصحية (المستشفى) لتحقيق المعادلة الصعبة والمتمثلة في ضمان توفير وتقديم أعلى مستوى ممكن من الجودة.

1-تعريف الرقابة: تعرف على أنها: « عملية مقارنة للنتائج الفعلية لإنجازات مع النتائج المخططة الأهداف وإتخاذ الإجراءات اللازم في حالة الإنحراف إذا كان مطلوباً وممكناً»¹

ويتضمن رقابة جودة الخدمة الصحية الرقابة على مكونات النظام الصحي والوسائل المختلفة المستخدمة في النظام الصحي حيث يتم الرقابة على مؤهلات وخبرات وسلوكيات كافة العاملين في القطاع.² ويهدف نظام الرقابة للمستشفيات والمؤسسات الصحية إلى علاج الفساد بشكل عام وبكل أنواعه والقضاء عليها نهائياً، وذلك بالتركيز على كل جوانب ومقومات العمل في المؤسسات الصحية المختلفة.

وتسعى المؤسسة الصحية إلى تحقيق الهدف الأساسي وهو جهاز طبي منظم يكفل الراحة، وتسهيلات وخدمات طبية دائمة من خدمات الأطباء وخدمات التمريض من (تشخيص وعلاج) ، و يعد هيكل التنظيمي من المقومات الرئيسية لنظام الرقابة الداخلية (أساس عملية الرقابة) لتحديد الواجبات والمسؤوليات لكافة المستويات الإدارية والتنظيمية بالمستشفى³.

الفرع الثاني: لجان الجودة :

تساعد لجنة الجودة مجلس الإدارة على الاضطلاع بوظيفته في الإشراف على الجودة بالمستشفى، وهي مهمة أيضاً في دعم المستشفى للقيام بأفضل ممارسات الحوكمة. و المسؤوليات الرئيسية للجنة الجودة تتمثل في تحسين الأداء السريري ، سلامة ورضا المريض، اعتماد الفريق الطبي ورضائه. الإشراف على إدارة المخاطر

1- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص211.

2 - صلاح محمود نياض، إدارة المستشفيات والمركز الصحة الحديثة، دار الفكر، المملكة الهاشمية، عمان، لطبعة الأولى، 2009، ص 195.

3- عمر محمد زكي عبد الوهاب سلامة ، نظم الرقابة الداخلية بقطاع المستشفيات و المنشآت الصحية، ورقة بحثية ' شبكة الألوكة ، 2014/1013،

السريرية. و تكون لدى لجنة الجودة معرفة جماعية بالهيكل و التنظيمات القانونية، و الاتجاهات الحديثة في السوق فيما يتعلق بالجودة، و المنهجيات المعاصرة في إدارة الجودة، و العمليات المطبقة حاليًا في المستشفى.

لجنة الجودة ليست هي إدارة الجودة. فلجنة الجودة لا تتدخل في التفاصيل وإنما تتابع الصورة العامة. وهي تعمل كمساعد لإدارة الجودة، بالإضافة إلى الوظيفة الإشرافية على أداؤها. يفضل أن يكون المرشحون لعضوية لجنة الجودة من أعضاء مجلس الإدارة المستقلين غير التنفيذيين. ويكون أعضاء اللجنة مزيجًا من الأطباء وأعضاء مجلس الإدارة المستقلين وآخرين مثل المحامين. حيث تعمل لجنة الجودة كمجال للمداولة والتنسيق بين الأطراف المعنية المختلفة.¹

فالمستشفى يقدم - بطبيعته - خدمات طبية لمرضاه. ومن أجل زيادة الجودة الشاملة لأداء هذه الخدمة، يحتاج الأمر أن يعمل جميع اللاعبين في المستشفى معًا. كذلك هناك حاجة إلى تطبيق الحوكمة السريرية لضمان صلة أفضل بين المرضى والأطباء والممرضات وغيرهم من الأطراف المعنية. من ناحية أخرى تضمن حوكمة المؤسسات الاستدامة التنظيمية للمستشفى عبر تمكينه من الاضطلاع بحل المشكلات الصحية على نحو أكثر فعالية. كذلك تعمل ممارسات حوكمة المؤسسات على خلق القيمة للمريض عن طريق احتواء التكاليف والأسعار، والارتقاء بالجودة في الوقت نفسه ومن الجوانب المهمة في هذا السياق الاعتراف بالعلاقات على المستوى المفاهيمي بين حوكمة المؤسسات و الحوكمة السريرية، ولكن مع الاهتمام أيضًا بالفوارق بينهما .

لأن المهمة الرئيسية لأي نظام الصحة هو تقديم الخدمات بكفاءة للمواطنين ، على ان يكون العاملون في هذا المجال خاضعين للمساءلة من جانب الحكومة ، و المواطنين ، و المجتمع المدني . كما يعتمد توفير الخدمة الصحية على جمع بين الموارد المالية و البشرية بكفاءة ، و تقديم الخدمات في الوقت المناسب ، مع توزيع الخدمات بشكل متوازن و عادل على جميع الفئات و المناطق وفقا للاحتياجات ، و يتطلب هذا النظام توزيع الموارد بما يحفز سلوك مقدمي الخدمات ، و الافراد و العاملين في قطاع الرعاية الصحية ، و الاداريين ، و تمثل الحوكمة عاملا أساسيا لضمان تنفيذ هذا النظام بكفاءة و فعالية . و في نفس الوقت نفسه ، نجد الحوكمة في قطاع الصحة هي جزء من الحوكمة في الدولة ككل ، فعلى سبيل المثال عندما لا يكون هناك نظام فعال للمساءلة و الرقابة فان هذا يحول دون تقديم خدمة جيدة للمواطنين ، كما ان عدم وجود نظام فعال للمساءلة الاجتماعية ، و نظام واضح للشكاوي و ابداء الراي يجعل المواطنين غير قادرين على الحصول على حقوقهم.² و بالتالي الوصول الى حوكمة رشيدة في المستشفيات و اعتمادها يضمن الكفاءة و الفعالية في تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

1- مصطفى حنتر واخرون، مرجع سبق ذكره ، ص 54-55

2- مي ماهر جمال و اخرون ، مرجع سبق ذكره ، ص 21.

خلاصة :

يعتبر مفهوم الجودة الخدمة من المفاهيم الحديثة في الإدارة وقد أثبت التطبيق العملي لها في الكثير من البلدان المتقدمة تقدماً ملحوظاً في الأداء الكلي للمؤسسة ، ويمكن الاستفادة من هذا المفهوم أو المنهج في المستشفيات سواء من حيث وضع معايير ومؤشرات للأداء أو من حيث زيادة كفاءة أداء المؤسسة وجودة مخرجاتها. إن تطبيق لمبادئ الحكومة في المستشفيات يتطلب ضرورة العمل على تحقيق نظام متكامل ، بين ما يمكن أن تقدمه المؤسسة من إمكانيات وقدرات تلائم المواصفات و خصائص وأبعاد التي تريد ترسيخها في خدماتها للوصول إلى أهدافها الإنسانية ، لكن تطبيق لأليات وقواعد الحكومة في المستشفيات ليس بالأمر الهين على مستوى النظام الهيكلي للمستشفيات لذلك أصبحت المستشفيات اليوم تحاول قدر الامكان تحاول تطبيق هذه المبادئ من أجل الحصول على جودة خدمة صحية جيدة و ذلك بوضع الاهداف الاستراتيجية و استقلالية في ادارتها ، و الالتزام بمعايير الشفافية و المسائلة و الرقابة على ادائها ، و هذا ما سنحاول اثباته في الفصل التطبيقي في المستشفى محل الدراسة .

تمهيد:

تم التوصل في دراستنا النظرية الى أن حوكمة المستشفيات عبارة عن نهج منظم لضمان تقديم جودة خدمات صحية عالية ، بإعتبارها هذه الأخير مؤسسات يجب أن تعمل على الحفاظ على نموها و إستقرارها بالإعتماد على جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف هذه المستشفيات ، و ما تم التوصل إليه في الدراسة النظرية سيتم دعمه بإسقاطه على الجانب الميداني بدراسة تطبيقية قصد الوقوف على صحة فرضيات الدراسة النظرية و تطابقها مع الواقع في المستشفى ، حيث تم إتباع منهجية دراسة حالة ، و قد كانت الحدود الزمنية التي تم فيها الدراسة كانت إبتداءا من 16-30 أبريل 2014، و قد ضم مجتمع الدراسة المرضى الماكثين في هذه الفترة أما عينة الدراسة فحددت ب 100 مريض ، و بخصوص طرق جمع البيانات كانت تتمثل أساسا في مصادر أولية متمثلة في إستبيان موجه للمرضى ، أما المصادر الثانوية تمثلت في مقابلات و الملاحظة المباشرة و تحليل المحتوى إضافة إلى معالجة المعطيات بالمنهج الكمي (SPSS) ، ولتحقيق ذلك تم تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين ، حيث تناولنا في المبحث الأول بتقديم مؤسسة محل الدراسة من خلال التعريف بها وبهيكلها التنظيمي ، و مختلف المصالح فيها و الاختصاصات التي تحتويها ليعرض المبحث الثاني الدراسة الميدانية ، و يبلور النتائج النهائية و الإجابة على الفرضيات .

المبحث الاول : تقديم عام للمؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة:

يرتكز قطاع الصحة في الجزائر على نوعين من المؤسسات الصحية الناشطة في القطاع وهو، مؤسسات عمومية إستشفائية ، و أخرى للصحة الجوارية ، و تم فصل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية عن المؤسسات العمومية الإستشفائية سنة 2007 ، وذلك من أجل تحسين في جودة الخدمات الصحية، و سيتم التعرف على المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية بسكرة في هذا المبحث .

المطلب الأول: تعريف ودور المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة:

تعد المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر بسكرة أحد أهم المؤسسات العمومية في الولاية التي تعمل جاهدة في تحقيق مستوى جيد من الخدمات الصحية التي تقدمها عمليات جراحية و إستعدادات .

الفرع الأول : تعريف المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة:

تم إنشاء مستشفى عام بشير بن ناصر بسكرة بموجب المرسوم رقم 140/07 في 19 مايو 2007 لإنشاء تنظيم وسير عمل المؤسسات المستشفى العام و المرافق الصحية العامة القريبة النظر في المرسوم رقم 19 لسنة 30 يناير 2013 المعدل و المكمل ل مرفق اللائحة رقم 2685 من 20 يناير 2008 إنشاء خدمات والوحدات المكونة لها داخل المستشفى العام بن بشير ناصر بسكرة ، ذات طابع جراحي لضمان مهمة الرعاية العلاجية وتتكون من جناحين ،الأول : خاص للإدارة المؤسسة و كذلك يضم المصالح الاستشفائية ، و المنصات التقنية (مصلحة المخبر مصلحة الاشعة و غرفة العمليات) بالإضافة الى المصالح المساعدة (المغسلة ، المطبخ ، مصلحة حفظ الجثث ، موقف سيارات الاسعاف ، و المخازن) و الثاني : جناح الاستعدادات الجراحية الطبية

الموقع الجغرافي : تقع المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة جغرافيا في شمال الولاية يحدها من الشمال المؤسسة الاستشفائية للأمراض النساء والتوليد و من الجنوب جامعة محمد خيضر و من الغرب الحديقة البلدية بشير بن ناصر و تتربع على مساحة قدرها 23809 m².

الفرع الثاني:مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة :

يضم نظريا 248 سريرا وفقا للمرسوم رقم 2685 من 20 يناير 2008 المعدل والمتمم بالمرسوم رقم 19 لسنة 30 يناير 2013 إنشاء الخدمات والوحدات المكونة لها داخل المؤسسة حيث يحتوي على 9 مصالح استشفائية و غرفتان للعمليات الجراحية في مجموعهما يعطيني 07 غرف عمليات . الاختصاصات الموجودة فعلا في المؤسسة الجراحة العامة ، امراض الثدي ، جراحة الاطفال ، جراحة العظام و الرضوض ، جراحة الأنف

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمؤسسة الإستشفائية بشير بن ناصر لولاية بسكرة

و الحنجرة ، جراحة الوجه والفك ، تصفية الدم، التأهيل الوظيفي، الرعاية المركزة و الإستجالات الطبية الجراحية (مديرية الموارد البشرية للمؤسسة)، والجدول الموالي يوضح بإختصار المصالح التي تحتويها المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر.

جدول رقم (01-03) المصالح الاستشفائية للمؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر

المصالح الاستشفائية	الوحدات	الاسرة النظرية	الاسرة الفعلية
مصحة التخدير و الانعاش	-التخدير -الانعاش و الرعاية المركزة	20 سريرا	7 اسرة
الجراحة العامة و امراض الثدي	-جراحة النساء -جراحة الرجال -امراض الثدي	60 سريرا	62 سريرا
الطب الشرعي	-الخبرة الطبية الشرعية -الطب الاصلاحى	06 اسر حسب الطلب	
امراض الكلى	-امراض الكلى -تصفية الدم	10 اسرة 18 سرير	00 19 سرير
جراحة الاعصاب		18 سرير	18 سرير
جراحة العظام و الكسور	-جراحة العظام نساء -جراحة العظام رجال	32 سرير	50 سرير
جراحة الاطفال		00	34 سرير
جراحة الانف والحنجرة		32 سرير	26 سرير
جراحة المسالك البولية		32 سرير	00
جناح الاستجالات الطبية والجراحية	-الاستقبال - الاستشفاء	20 سرير	20 سرير
علم الاوبئة	-معلومات صحية -نظافة المستشفيات		
الصيدلة	-تسيير مواد الصيدلة - توزيع مواد الصيدلة		
علم التشريح المرضى	-علم امراض النساء -امراض المعدة		
الفحص بالأشعة المركزية	-الفحص بالأشعة (x) -الفحص الماسح الضوئي		
المختبر المركزي	-علم الجراثيم -الكيمياء الحيوية - حقن الدم		

المصدر : مصحة الموارد البشرية للمؤسسة

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمؤسسة الإستشفائية بشير بن ناصر لولاية بسكرة

يتضح من الجدول أعلاه أن المؤسسة العمومية الاستشفائية بسكرة تتوفر على 09 مصالح مختلفة التخصصات وهذا حسب المرسوم التنفيذي لسنة 2008 المذكور أعلاه ، إلا أن هناك بعض المصالح غير متواجدة ، و هذا ما يستدعي بعض المرضى لتنتقل إلى الولايات المجاورة لتلقي العلاج. للإشارة ، فإن مستشفى "بشير بن ناصر" يشرف على تأطيره 60 طبيب عام و 27 طبيب خاص إضافة إلى 06 أطباء أسنان و 2 صيادلة ، كما تتوفر المستشفى على 8 سيارات إسعاف وشاحنتين ، وسيارة رباعية الدفع و الجدول الموالي يوضح الاطباء الممارسين كل حسب تخصصه.

جدول رقم (02-03): يوضح عدد الأطباء الممارسين في المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر لسنة

2013

المصالح	الاطباء الممارسين
الطب الشرعي	02
الجراحة العامة	06
الانعاش والتخدير	04
جراحة العظام	03
الفحص بالأشعة المركزي	03
جراحة الأعصاب	01
أمراض الأذن والأنف والحنجرة	06
جراحة اطفال	02
طب الأسنان	06
طبيب عام	60
الصيدلية	03
Hematologiste	01
Bacteriologue	01
المجموع	

المصدر : مديرية الموارد البشرية للمؤسسة العمومية بشير بن ناصر

أما القطاع الشبه الطبي الذي يشرف على المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بسكرة فهو يضم 355 ممرض حسب الاختصاصات التالية و الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (03-03) يوضح عدد العاملين في القطاع الشبه طبي لسنة 2013

العدد	الممارسين الشبه الطبيين
22	مساعد التخدير
01	فني أسنان
08	سكرتيرة طبية
16	مساعدو الاشعة
24	المخبريين
197	المرضين
02	فني الصيدلة
02	مساعدين الاجتماعيين
03	مساعدين نفسيين
03	مساعدو العلاج الطبيعي
72	مساعد تمريض

المصدر: مديرية الموارد البشرية للمؤسسة العمومية بشير بن ناصر

أما موظفين الإدارة الذين يشتغلون في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بسكرة، قد بلغ عددهم 146

موظف موزعين كما يلي :

جدول رقم (03-04): يوضح عدد العاملين الإداريين

عمال الخدمات	العمال التقنيين	العمال الاداريين	EPH
109	09	28	المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة

المصدر : مديرية الموارد البشرية للمؤسسة العمومية بشير بن ناصر

المطلب الثاني : الهيكل التنظيمي و تسييري للمؤسسة العمومية بشير بن ناصر بسكرة :

إن الهيكل التنظيمي عبارة عن بناء أو إطار يحدد مستويات الإدارة و الأجزاء الداخلية فيها كما أنه يحدد خطوط السلطة و المسؤوليات و مواقع اتخاذ القرار، ويرى البعض أن الهيكل التنظيمي عبارة عن هيكل يوضح ويحدد كيفية توزيع المهام و الواجبات و أدوات التنسيق و أنماط التفاعل الواجب إتباعها¹. حدد الهيكل التنظيمي اعتمادا الى القرار الوزاري المشترك بين وزارتي المالية و وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات الذي يتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسة ، و تسيير المؤسسة.

الفرع الأول : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية بشير بن ناصر بسكرة :

تتكون المؤسسة العمومية بشير بن ناصر لولاية بسكرة من :

1-مجلس الإدارة : يتكون من الوالي المنتدب أو ممثله ، أستاذ في الطب ، المدير ، ممثل إداري ، ممثل شبه الطبي ، ممثل عن صندوق التأمينات.

2-الإدارة : يديرها مدير و ثلاثة مدراء نائبين.

3-المديرية : و تتكون من مكتب المدير ، مكتب التنظيم ، مكتب الإستقبال.

أ-نيابة مديريةية النشاطات الصحية : و تتكون من أربعة مكاتب:

- مكتب التنظيم و التقديم و النشاطات الصحية .
- مكتب الإستقبال و الإعلام و التوجيه.
- مكتب قبول المرضى .
- مكتب الوقاية.

ب-نيابة مديريةية المصالح الإقتصادية و المنشآت و التجهيزات : و تتكون من مكاتبين :

- مكتب المصالح الإقتصادية
- مكتب المنشآت و التجهيزات

ج-نيابة مديريةية الإدارة و الوسائل : و تتكون من ثلاث مكاتب :

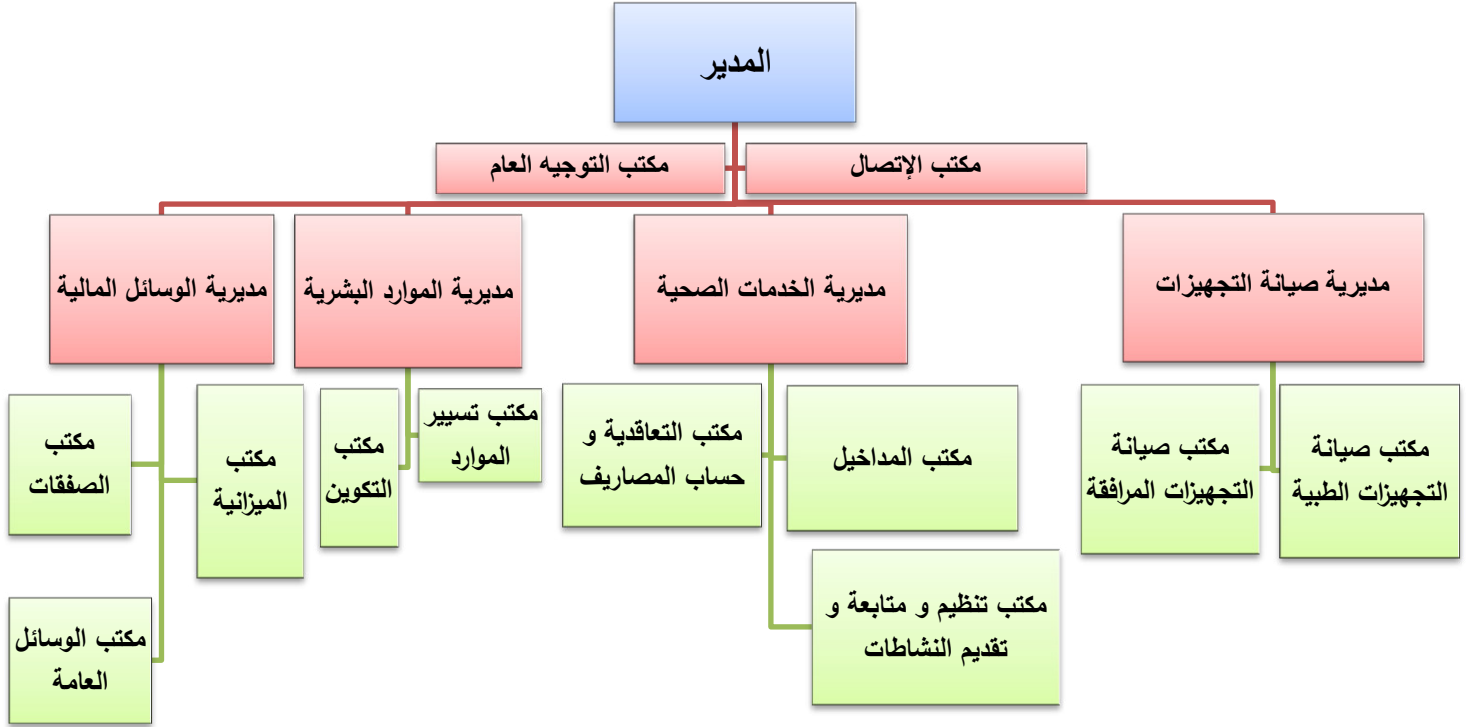
- مكتب محاسبة الأجور
- مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات

1- بشير كاوجة ، مرجع سبق ذكره ، ص 114.

• مكتب تكاليف الصحة

و الشكل الموالي يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية بشير بن ناصر بسكرة

الشكل رقم (01-03): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بسكرة لسنة 2013



المصدر : المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بسكرة مديرية الوسائل المادية

الفرع الثاني: تنظيم المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير بن ناصر بسكرة:

بموجب المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في : 19 ماي 2007 المتضمن انشاء المؤسسة الإستشفائية العمومية بسكرة الخاص بتسيير المؤسسة نجد¹ :

1-المهام:

المؤسسة الاستشفائية العمومية بشير بن ناصر هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري ، تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، و هي تحت وصاية والي ولاية بسكرة ، و هي تتكون من هياكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء .

تتمثل مهامها في التكفل بصفة كاملة و متسلسلة بالاحتياجات الصحية للسكان في هذا الإطار تتولى المهام التالية:

-ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الاستشفائي و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي؛
-تطبيق البرامج الوطنية للصحة .

-ضمان حفظ الصحة و النظافة و مكافحة الأمراض و الآفات الاجتماعية .

-ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم .

-تستخدم كميدان للتكوين الطبي و الشبه الطبي، و التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين .

2-التنظيم الإداري:

تسير المؤسسة الاستشفائية بواسطة مجلس إدارة يترأسه ممثل للوالي، و يختلف أعضاؤه من حيث انتمائهم ، فهناك ممثلين عن القطاع الاقتصادي و الجماعات المحلية و ممثلين عن مؤسسات التكوين والمجتمع المدني، و ممثلي المستخدمين في المؤسسة ، و يمكن حصر أعضائه على النحو التالي:

1- مرسوم تنفيذي رقم 07-140 مؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق ل19مايو سنة 2007 ، يتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها. الجريدة الرسمية، العدد 33 ، الصادر بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 20 مايو 2007

*ممثل عن الوالي رئيسا.

*ممثل عن إدارة المالية.

*ممثل عن التأمينات الاقتصادية.

*ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي.

*ممثل عن المجلس الشعبي الولائي.

*ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة.

*ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه.

*ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه.

*ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة.

*ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة.

*ممثل عن رئيس المجلس الطبي.

و يحضر كل من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية و مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مداولات مجلس الإدارة برأي استشاري و يتوليان أمانتهما.

و يتداول في المجلس ما يخص:

-مخطط تنمية المؤسسة؛

-مشروع ميزانية المؤسسة، الحسابات التقديرية، و الحساب الإداري؛

-مشاريع الاستثمار؛

-مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة؛

-البرامج السنوية لحفظ البيانات و التجهيزات و صيانتها؛

-الاتفاقيات المتعلقة بالتكوين، و عقود تقديم العلاج مع هيئات الضمان الاجتماعي، و التأمينات والصفقات؛

-مشروع جدول تعداد المستخدمين، و النظام الداخلي للمؤسسة؛

-اقتناء و تحويل المنقولات و العقارات و قبول الهبات و الوصايا أو رفضها؛

و هذه المؤسسة تدار من طرف مدير معين من وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات،

وهو المسؤول عن حسن سير المؤسسة، فهو الممثل لها أمام العدالة، و هو الأمر بالصرف و مكلف بإعداد مشاريع الميزانيات و حسابات المؤسسة، و ينفذ مداورات مجلس الإدارة، كما يمارس السلطة السلمية على المستخدمين و له سلطة التعيين.

و يساعد المدير أربعة نواب مديرين مكلفون على التوالي:

-نائب المدير مكلف بالمالية و الوسائل؛

-نائب المدير مكلف بالموارد البشرية؛

-نائب المدير مكلف بالمصالح الصحية؛

-نائب المدير مكلف بصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة لها؛

3- المجلس الطبي:

هو هيئة استشارية مكلف بدراسة كل المسائل التي تتعلق بالمؤسسة و إبداء رأيه الطبي و التقني فيها، فهو آلية رقابية توفر المعلومات لدعم جودة الخدمة الصحية

ويمكن حصر هذه المسائل في ما يلي:

-التنظيم و العلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية؛

-مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية و بناء المصالح و إعادة تهيئتها؛

-برامج الصحة و السكان؛

-برامج التظاهرات العلمية و التقنية؛

-إنشاء الهياكل الطبية أو إلغائها؛

كما يقترح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة و سيرها ،لاسيما مصالح العلاج والوقاية، و هو يظم مسؤولي المصالح الطبية، و الصيدلي و جراح الأسنان ، وممثل عن سلك الشبه الطبي.

4- التنظيم المالي:

تحدد مدونة الميزانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار مشترك من وزير الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات و وزير المالية، و هي تشمل باب الإيرادات و باباً للنفقات. يقوم مدير المؤسسة بإعداد مشروع الميزانية ، و يعرضه على مجلس الإدارة للمداولة ، و يرسل بعد ذلك إلى السلطة الوصية (الوالي) للموافقة عليه ،و تمسك محاسبتها حسب قواعد المحاسبة العمومية، ويسند تداول الأموال إلى عون محاسب يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية.

المبحث الثاني: خطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير النتائج:

بالرغم من صعوبة حكم المرضى على الجوانب الفنية والتقنية للخدمات المقدمة في المستشفى و ذلك لعدم توافر المعلومات لديهم حول هذه الجوانب التخصصية الدقيقة و المعقدة ، و انطلاقا من معرفتنا بأن هناك مبادئ يمكن من خلالها الحكم على جودة الخدمة الصحية ، فإننا سنركز على هذه المبادئ التي تعتبر معايير تقيس مستوى الجودة في الخدمة، وما كان علينا سوى تضمين هذه الأبعاد في الدراسة الميدانية لاستقصاء الزبائن المرضى عن مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى ومدى توافر هذه الأبعاد فيها لتحسين الحوكمة .

المطلب الاول : منهجية الدراسة التطبيقية:

إن ما تم التوصل إليه في الدراسة النظرية يبقى مجرد نظري ما لم يدعم بدراسة تطبيقية قصد الوقوف على صحة فرضيات الدراسة النظرية و تطابقها مع الواقع في المستشفى المعني ، و المنهجية المتبعة في دراسة الحالة في هذه الدراسة التطبيقية كانت التالي :

-أدوات جمع المعلومات:

نظرا لخصوصية موضوع البحث المتعلق علاقة الحوكمة بجودة الخدمات الصحية في المستشفيات، اعتمادنا على المنهج الكمي لتحليل البيانات الإحصائية وتفسير العلاقات بين مختلف المتغيرات باستخدام البرنامج الإحصائي المعروف باسم الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) version 17 ، الذي يستعمل بكثرة في إجراء التحليلات الإحصائية بكافة أشكالها، للكشف عن العلاقة بين الحوكمة جودة الخدمات الصحية .

تحصلنا على المعلومات والبيانات الخاصة بالدراسة الميدانية على مرحلتين:

المرحلة الأولى كانت دراسة استطلاعية الى المستشفى محل الدراسة و كيفية العمل فيها و كيفية اجراء استقبال المرضى و مراجعتهم و اوقات العمل بالنسبة الكوادر التي تعمل في المستشفى ، بالإضافة إلى بعض البيانات عن المستشفى كتقديمه، إلى جانب مختلف الأقسام التي تنتمي إليه.

المرحلة الثانية تعتبر دراسة ميدانية لجمع البيانات الأولية من خلال توزيع الاستبيان على مختلف المصالح المتواجدة في مستشفى البشير بن ناصر بسكرة لاختبار صحة او خطأ فرضيات الدراسة و لقد اعتمدت الباحثة على :

المقابلة : تعد المقابلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات والمعطيات في دراسة الأفراد والسلوك الإنساني وتعرف بأنها " حوار أو محادثة أو مناقشة موجهة ، تكون بين الباحث عادة وبين جهة أخرى تمثل شخص أو

مجموعة أشخاص ، وذلك بغرض التوصل إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة يحتاج الباحث للتوصل إليها في ضوء أهداف معينة¹.

كما قمنا بمقابلة بعض المرضى قصد معرفة آرائهم حول الخدمات المقدمة لهم حيث يعتبر هذا الجزء أهم المراحل التي تخص موضوع الدراسة، بالإضافة إلى أهم المشاكل التي تواجههم للحصول على الخدمة داخل المستشفى، ومدى رضاهم عنها ، ومدى رغبتهم في المشاركة في تحسين هذه الخدمات .

الملاحظة : بالإضافة إلى المقابلة استخدمنا الملاحظة كطريقة في البحث، وكوسيلة لإنشاء استبيان صحيح .

الاستبيان : تم تصميم هذا الاستبيان انطلاقا من دراسة بحثت في نفس الموضوع لعتيق عائشة بعنوان جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة - مذكرة لنيل شهادة ماجستير 2012/2011 مع تعديل لبعض الاسئلة² و تم تقسيم الاستبيان إلى قسمين ، القسم الأول يخص البيانات الديمغرافية للعينة كالجنس والسن و المستوى التعليمي مدة الإقامة ، والقسم الثاني يقوم على تحديد ادراكات أفراد عينة الدراسة لا بعاد جودة الخدمة الصحية وذلك من خلال 32 عبارة تعكس المؤشرات الرئيسية الخمسة لأبعاد جودة الخدمات الصحية .و بعض الاسئلة الفردية .

الفرع الثاني: مجتمع وعينة الدراسة: يضم مجتمع هذه الدراسة على المرضى المقيمين في المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بسكرة . في الفترة الممتدة من 16 افريل الى غاية 30 افريل 2014 و نظرا لضيق الوقت لم نستطع تمديد هذه لفترة ، حيث تم توزيع ما يقارب 100 استبيان على المرضى المقيمين في هذه الفترة على مختلف المصالح التي تحتوى عليها المستشفى ، حيث طلب من المرضى الاجابة على اسئلة الاستبيان بكل حرية دون أي ضغط او توجيه اجابة معينة لسؤال معين ، وقد عرضت جميعها باستخدام مقياس (likert) ليكتر الخماسي المتدرج من "لا أعرف " إلى " غير موافق تماما ، والذي يتكون من الأوزان التالية:

الوزن	الراي
1	موافق تماما
2	موافق
3	محايد
4	غير موافق
5	غير موافق تماما

1-عائشة عتيق ، مرجع سبق ذكره ، ص 155.

2- انظر الملحق رقم 1

كما قمنا بتقسيم السلم إلى خمسة مجالات لتحديد علاقة جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بسكرة على تحسين الحوكمة فيها:

- المجال [1-2.59]: علاقة قوية

- المجال [2.60-3.39]: علاقة متوسطة .

-المجال [3.39-15]: علاقة سيئة جدا

ثبات الاستبيان: يقصد بثبات الاستبيان أن يعطي نفس النتيجة لو تم توزيعه أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى أن ثبات الاستبيان يعني الاستقرار في النتائج وعدم تغيرها بشكل كبير فيما لو تم إعادة توزيعها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة. و قد تم تحقيق من ثبات الاستبيان الموجه للدراسة من خلال طريقة معامل الفاكرونباخ (Cronbach's Alpha Coefficient) الذي بلغت قيمته 0.883 وبذلك نكون قد تأكدنا من صدق وثبات الاستبيان الموجه للدراسة، مما يجعلنا على ثقة تامة بصحة الاستبيان وصلاحيته لتحليل النتائج والإجابة على أسئلة الدراسة واختبار الفرضيات.

المطلب الثاني : المعالجة الاحصائية :

الفرع الأول : وصف خصائص العينة و توزيع افراد ها .

• افراد العينة حسب متغير الجنس :

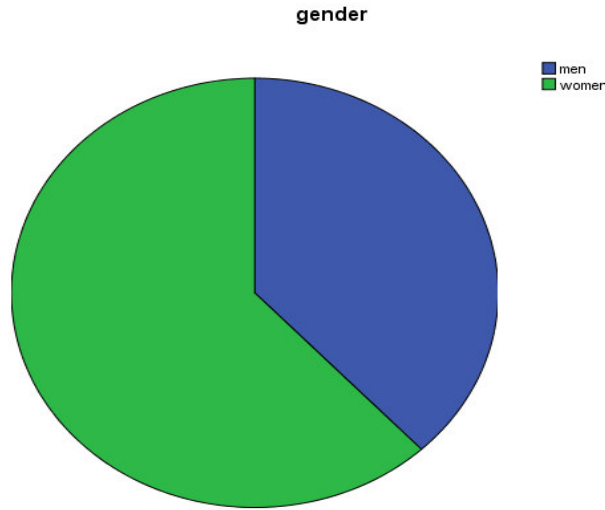
جدول رقم (3-5) توزيع افراد العينة حسب الجنس :

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
ذكر	38	%38.0	%38.0
انثى	62	%62.0	%62.0
المجموع	100	100	100

المصدر: اعد الجدول بالاعتماد على برنامج spss

يلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان عدد الاناث عالية مقارنة مع عدد الذكور , حيث بلغت الاولى بنسبة %26 اما الثانية فبلغت بنسبة % 38 من افراد العينة.

الشكل رقم(2-3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس



• توزيع أفراد العينة حسب متغير فئات أعمارهم.

يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب فئات أعمارهم:

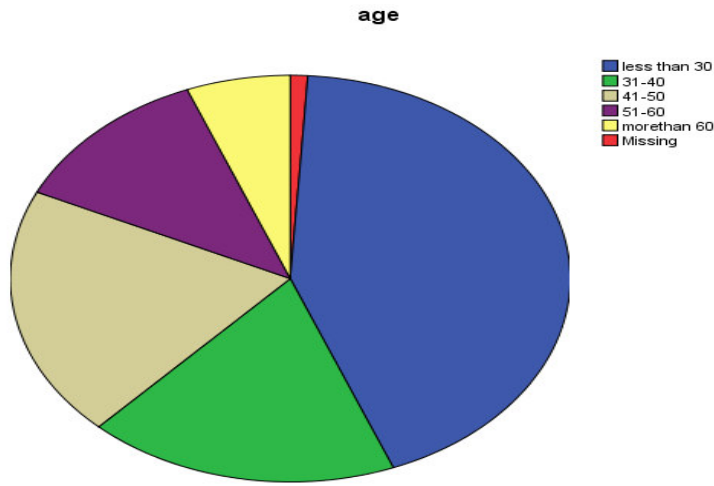
جدول (3-6) : توزيع افراد العينة حسب فئات اعمارهم

السن	التكرارات	النسبة المئوية (%)	النسبة التراكمية (%)
اقل من 30 سنة	43	%43.4	%43.3
من 31 الى 40 سنة	18	%18.2	%61.6
من 41 الى 50 سنة	20	%20.2	%81.8
من 51 الى 60 سنة	12	%12.1	%93.9
اكثر من 60 (متقاعد)	6	%6.1	%100
المجموع	99	%99	%100
خطا	1	%1	
المجموع الكلي	100	%100	

المصدر : اعد الجدول بالاعتماد على برنامج spss

يوضح الجدول اعلاه توزيع افراد العينة حسب متغير السن فكانت افراد العينة التي يتراوح اعمارهم اقل من 30 سنة اكبر حيث بلغت 43 فرد اي بنسبة 43% , في حين تقاربت افراد العينات التي يتراوح اعمارهم ما بين 31 الى 40 سنة , و 41 الى 50 سنة , و الذي بلغ عددهم 18 و 20 فرد اي بنسبة 18.2% و 20.2% على التوالي من افراد العينة , في المقابل كانت افراد العينة التي يتراوح اعمارهم من 51 الى 60 سنة اي 12 فرد من العينة اي بنسبة 12.2%, و اقل فئة كانت افراد العينة التي يتراوح اعمارهم اكثر من 60 سنة حيث بلغت 6 افراد اي بنسبة 6.1% من افراد العينة .

الشكل رقم (3-3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب فئات اعمارهم



• توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

يبين الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

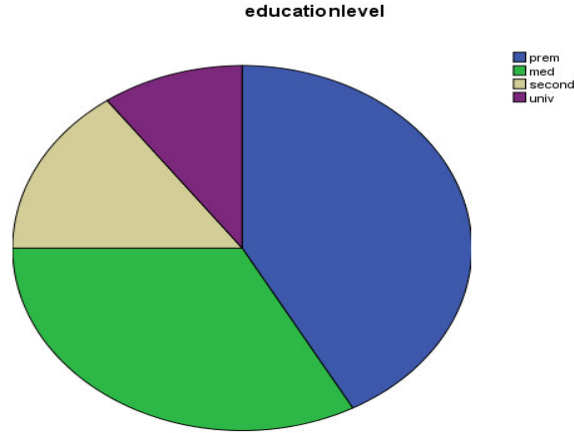
جدول رقم (7-3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرارات	نسبة المئوية	نسبة المئوية التراكمية
ابتدائي	42	42%	42%
متوسط	33	33%	75%
ثانوي	15	15%	90%
جامعي	10	10%	100%
المجموع	100	100	

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على برنامج spss

يتضح من الجدول ان اغلبية افراد العينة من فئة المستوى الابتدائي حيث بلغت 42 فرد اي بنسبة 42% , تليها فئة ذات المستوى متوسط بلغت 33 فرد من العينة اي بنسبة 33% , اما فئة ذات المستوى الثانوي فبلغت

15 فرد من العينة اي بنسبة 15% , و اقل فئة كانت ذات المستوى الجمعي حيث بلغت 10 من افراد العينة اي بنسبة 10% , و يدلان المستوى التعليمي يلعب دور مهم في جانب الصحة
الشكل رقم (3-4) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي



• توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم.

يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة إقامتهم:

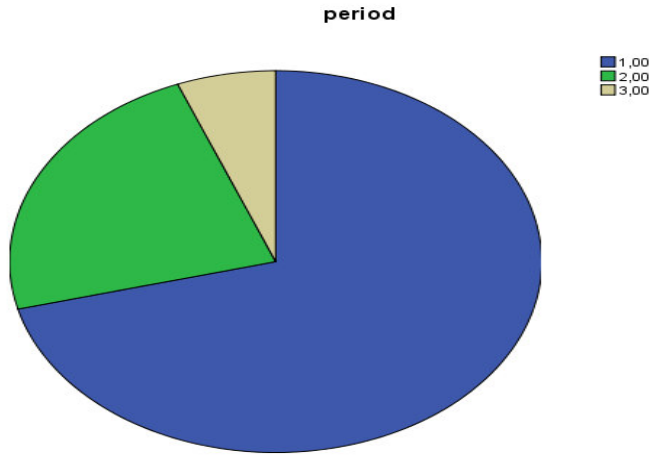
الجدول رقم (3-8): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم

مدة الإقامة	التكرارات	نسبة المئوية	نسبة المئوية التراكمية
يوميين الى 7 ايام(1)	71	71%	71%
8 ايام الى 15 يوم (2)	23	23%	94%
اكثر من 15 يوم (3)	6	6%	100%
المجموع	100	100	

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على برنامج spss

يوضح الجدول اعلاه ان افراد العينة التي بلغت فترة اقامتهم من يومين الى 7 ايام بلغت 71 فرد اي بنسبة 71% ، تليهم افراد العينة التي بلغت فترة اقامتهم في المستشفى من 8 ايام الى 15 يوم 23 فرد اي بنسبة 23% أما افراد العينة التي بلغت فترة اقامتهم اكثر من 15 يوم قليلة 6 افراد اي بنسبة 6%.

الشكل رقم(5-3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة



• توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة.

يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب محل إقامتهم:

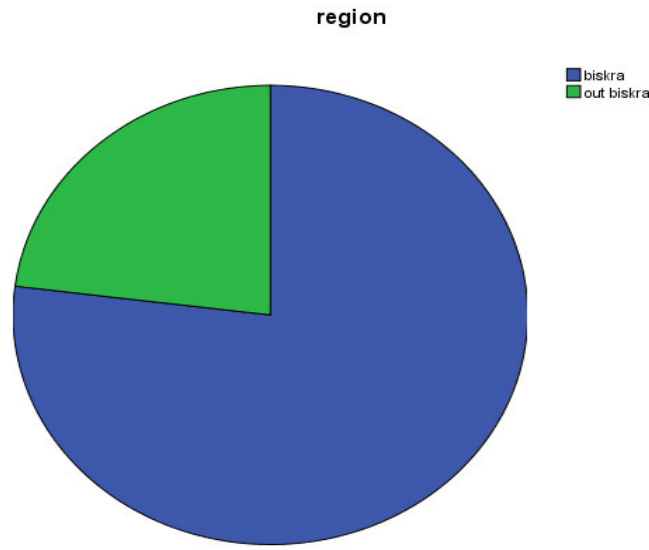
الجدول رقم (9-3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب محل إقامتهم

محل القامة	التكرارات	النسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
بسكرة	77	%77	%77
خارج بسكرة	23	%23	%100
المجموع	100	%100	

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على نتائج برنامج spss

من خلال الجدول نلاحظ ان اكبر عدد من افراد العينة يقطنون في بسكرة حيث بلغت 77 فرد اي بنسبة %77 و الباقي خارج بسكرة 23 فرد اي بنسبة %23 , تفسر الاقلية التي تعالج في بسكرة راجع الى وجود تخصصات خاصة الانف و الحنجرة و جراحة الفك.

الشكل رقم (6-3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة



• هل تعالج اول مرة في مستشفى بسكرة .؟

يبين الجدول الموالي توزيع عينة المرضى المقيمين حسب أسبقية العلاج بالمستشفى

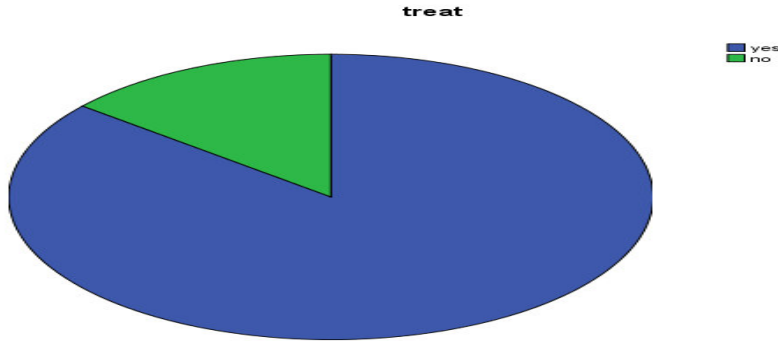
الجدول رقم (10-3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب اسبقية العلاج بالمستشفى

البيان	التكرارات	نسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
نعم	86	%86	%86
لا	14	%14	%100
المجموع	100	%100	

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على نتائج برنامج spss

هو عبارة عن سؤال تمهيدي لكسب رضى الزبائن المرضى الذين صعب فعلا إستقصاءهم ,ونلاحظ من خلال الجدول أن أغلب أفراد عينة الدراسة سبق لهم العلاج بالمستشفى.

الشكل رقم(7-3): يوضح توزيع أفراد العينة حسب اسبقية العلاج بالمستشفى



• من خلال تعاملك مع المستشفى سابقا و حاليا، هل ترى تحسنا في الخدمات المقدمة؟

الجدول رقم (11-3): يوضح مدى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا وحاليا بالنسبة للمرضى المقيمين

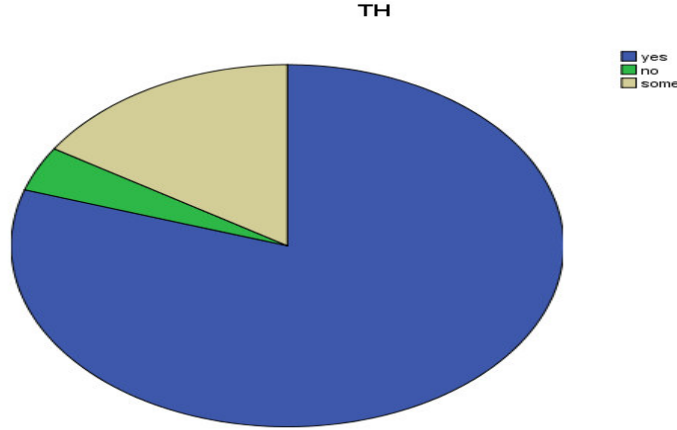
البيان	التكرارات	نسبة المئوية	نسبة المئوية التراكمية
نعم	80	%80	%80
لا	4	%4	%84
نوعا ما	16	%16	%100
المجموع	100	%100	

المصدر: اعد الجدول اعتمادا على نتائج برنامج spss

أجمع اغلب أفراد العينة على التحسن في مستوى الخدمات المقدمة بالمقارنة مع فترة سابقة، ما يعني أن المستشفى أصبح يولي اهتماما بالغا بعنصر تقديم الخدمة، كما أكد بعض المستجوبين من قسم سرطان الثدي أن المستشفى احدث هذا القسم جديد و هذا دليل على تحسن في الخدمات الصحية و ذلك بفتح تخصصات جديدة .

الشكل رقم (8-3): يوضح مدى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا وحاليا بالنسبة للمرضى

المقيمين



• هل تبقى كمستشفى لمستشفى بسكرة ؟

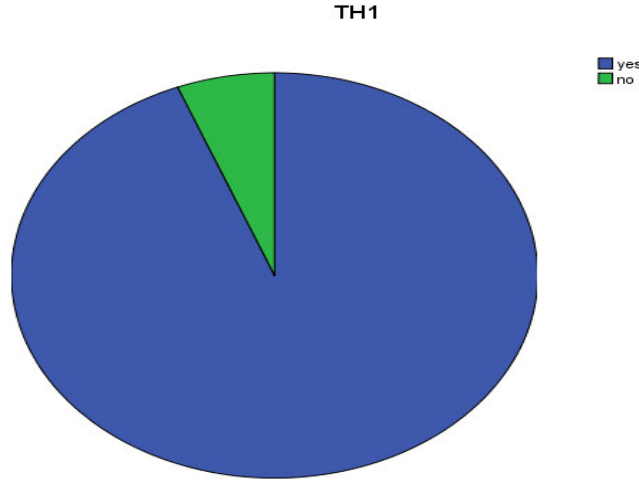
الجدول رقم (12-3): يوضح مدى نية المرضى البقاء مستترفين لمستشفى بسكرة

البيان	التكرارات	نسبة المئوية	نسبة التراكمية المئوية
نعم	94	%94	%94
لا	6	%6	%6
المجموع	100	%100	

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على نتائج برنامج spss

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان اغلبية المرضى المستجوبين ابودا موافقتهم ان يبقوا مستترفين للمستشفى حيث بلغت نسبتهم 94 % , اما الاقلية منهم لم يوافقوا و بلغت 6 % .

الشكل رقم(9-3): يوضح مدى نية المرضى البقاء مستترفين لمستشفى بسكرة



• هل تنصح اقربائك بالتعامل مع مستشفى بسكرة؟

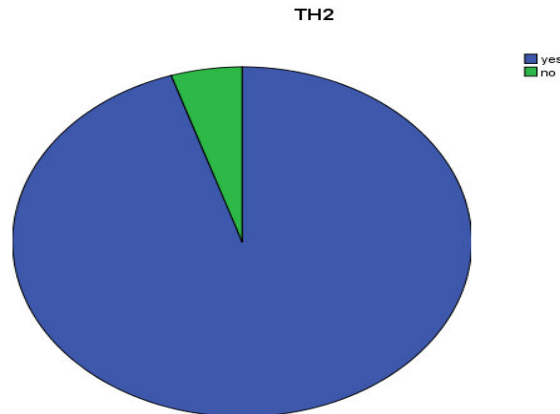
الجدول رقم (13-3): يوضح مدى نية المرضى في ان ينصحوا اقربائهم بالتعامل مع مستشفى بسكرة

البيان	التكرارات	نسبة المئوية	نسبة التراكمية المئوية
نعم	95	%95	%95
لا	5	%5	%100
المجموع	100	%100	

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على نتائج برنامج spss

من خلال الجدول اعلاه يتضح ان اغلبية افراد العينة اجابوا بنعم اي ان ينصحوا اقربائهم بالتعامل مع مستشفى بسكرة حيث بلغت %95, و اقلية القليلة ابدت رايها عكس ذلك و بلغت %5.

الشكل رقم(10-3): يوضح مدى نية المرضى في ان ينصحوا اقربائهم بالتعامل مع مستشفى بسكرة



الفرع الثاني : لتحليل الوصفي لإجابات أفراد العينة واختبار الفرضية الرئيسية

- الفرضية الرئيسية: يرتبط كل معيار من معايير جودة الخدمة الصحية (الإعتمادية ، الإستجابة ، الضمان الملموسية، التعاطف) بحوكمة المستشفى .

و يندرج تحت هذه الفرضية خمسة فرضيات فرعية و هي :

H_a : يرتبط معيار الإعتمادية لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

H_0 : لا يرتبط معيار الإعتمادية لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

و يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية خلال بالاعتمادية.

الجدول رقم (14-3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية

بعد الاعتمادية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	طبيعة العلاقة
العبارة رقم 1	1.85	0.76	قوية
العبارة رقم 2	1.66	0.83	قوية
العبارة رقم 3	1.93	1.11	قوية
العبارة رقم 4	1.70	0.77	قوية
العبارة رقم 5	1.77	0.88	قوية
المتوسط الحسابي العام و الانحراف المعياري العام	1.72	0.68	قوية

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على برنامج spss

من خلال الجدول اعلاه يتضح ان العبارة رقم 2 و العبارة رقم 4 و العبارة رقم 5 وقعت في المجال موافق تماما بمتوسطات بلغت 1.66, 1.70, 1.77, على الترتيب بانحرافات تقدر ب 0.83, 0.77, 0.88, على التوالي اما العبارتين رقم 1 و رقم 3 فقد وقعت في المجال موافق, اما العبارتين رقم 1 و رقم 3 وقعت في المجال موافق تماما , بمتوسطات حسابي 1.85, 1.93, على الترتيب , بانحرافات معيارية تقدر ب 0.76, 1.11, على التوالي , اما المتوسط الحسابي العام لجميع العبارات فقد وقعت في المجال الاول موافق تماما , و بانحراف معياري قدر ب 0.68, و هذا يدل على ان علاقة الحوكمة بجودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية قوي جدا .

• الفرضية الفرعية الثانية

H_a : يرتبط معيار الإستجابة لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

H_0 : لا يرتبط معيار الإستجابة لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية بعد الاستجابة.

الجدول رقم (15-3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاستجابة

بعد الاستجابة	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	طبيعة العلاقة
العبارة رقم 1	1.99	1.06	قوية
العبارة رقم 2	1.69	0.80	قوية
العبارة رقم 3	1.78	0.82	قوية
العبارة رقم 4	2.02	1.10	قوية
المتوسط الحسابي العام و الانحراف المعياري العام	1.87	0.71	قوية

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على نتائج برنامج SPSS

من خلال الجدول اعلاه يتضح لنا ان العبارة رقم 1, والعبارة رقم 4, وقعت في المجال موافق بمتوسطات حسابية 1.99, 2.02, على التوالي , و بانحرافات معيارية قدرت ب 1.06, 1.01, على التوالي , اما العبارة رقم 2 و العبارة رقم 3 و وقعت في المجال موافق تماما بمتوسطات حسابية 1.69, 1.78, على التوالي بانحرافات معيارية 0.80, 0.82, على التوالي ' اما المتوسط الحسابي العام لجميع العبارات قدر ب 1.87 و بانحراف المعياري العام قدر ب 0.71 و هذا يدل على هناك علاقة قوية جدا بين الحوكمة و بعد الاستجابة

• الفرضية الفرعية الثالثة:

H_a : يرتبط معيار الضمان لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

H_0 : لا يرتبط معيار الضمان لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية بعد الضمان .

الجدول رقم (16-3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الضمان

طبيعة العلاقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	بعد الضمان
علاقة قوية	0.83	1.56	العبارة رقم 1
علاقة قوية	0.64	1.51	العبارة رقم 2
علاقة قوية	0.69	1.53	العبارة رقم 3
علاقة قوية	0.82	2.00	العبارة رقم 4
علاقة قوية	0.83	1.99	العبارة رقم 5
علاقة قوية	0.80	1.76	العبارة رقم 6
علاقة قوية	0.75	1.56	العبارة رقم 7
علاقة قوية	0.53	1.70	المتوسط الحسابي العام و الانحراف العام

المصدر : اعد هذا الجدول اعتمادا على نتائج برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان كل من العبارات رقم 1, و رقم 2, و رقم 3, و رقم 6, و رقم 7, ذات علاقة قوية جدا مع الحوكمة , بمتوسطات حسابية 1.56, 1.51, 1.53, 1.76, 1.56, على التوالي بانحرافات معيارية تقدر ب 0.83, 0.64, 0.69, 0.82, 0.83, على التوالي , اما العبارتين رقم 4, و رقم 5, فعلاقتها بالحوكمة قوية بمتوسطات حسابية 2.00, 1.99, على التوالي , بانحرافات معيارية تقدر ب 0.82, 0.83, على التوالي , اما المتوسط الحسابي العام لجميع العبارات فقدر ب 1.70 , و بانحراف معياري 0.53, و هذا يدل على وجود علاقة قوية جدا بين الحوكمة و بعد الضمان.

• الفرضية الفرعية الرابعة:

H_a : يرتبط معيار الملموسية لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

H_0 : لا يرتبط معيار الملموسية لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية بعد الملموسية.

الجدول رقم (17-3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الملموسية

بعد الملموسية	متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	طبيعة العلاقة
العبارة رقم 1	1.44	0.70	قوية
العبارة رقم 2	1.59	0.77	قوية
العبارة رقم 3	1.87	1.021	قوية
العبارة رقم 4	2.1	1.096	قوية
العبارة رقم 5	1.63	0.79	قوية
العبارة رقم 6	2.15	1.16	قوية
العبارة رقم 7	2.12	1.33	قوية
العبارة رقم 8	1.39	0.52	قوية
العبارة رقم 9	1.39	0.70	قوية
المتوسط الحسابي العام و الانحراف المعياري	1.74	0.63	قوية

المصدر : اعد الجدول اعتمادا على نتائج برنامج spss

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان العبارات رقم 1, رقم 2, رقم 5, رقم 8 , رقم 9 , لها علاقة قوية جدا مع الحوكمة بمتوسطات حسابية 1.44, 1.59, 1.63, 1.39, 1.39, على التوالي بانحرافات معيارية 0.70, 0.77, 0.79, 0.52, 0.70, اما العبارات الاخرى رقم 3, رقم 4, رقم 6, رقم 7, بمتوسطات حسابية 1.87, 2.1, 2.15, 2.12, على التوالي , وانحرافات معيارية 1.021, 1.096, 1.16, 1.33, على التوالي ' لها علاقة قوية مع الحوكمة ، اما المتوسط الحسابي العام فقدر ب 1.75, اما الانحراف المعياري العام 0.63, و هذا يدل على ان بعد الملموسية له علاقة قوية بالحوكمة .

• الفرضية الفرعية الخامسة:

H_a : يرتبط معيار الملموسية لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

H_0 : لا يرتبط معيار الملموسية لجودة الخدمات الصحية بحوكمة المستشفى

يعبر الجدول الموالي عن تقييم جودة الخدمة الصحية من ناحية بعد التعاطف.

الجدول رقم (18-3): يوضح تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد التعاطف

طبيعة العلاقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	بعد التعاطف
قوية	0.86	1.59	العبارة رقم 1
قوية	0.88	1.76	العبارة رقم 2
قوية	0.99	1.91	العبارة رقم 3
قوية	0.77	1.62	العبارة رقم 4
قوية	0.72	1.61	العبارة رقم 5
قوية	1.01	1.69	العبارة رقم 6
قوية	0.63	1.69	العبارة رقم 7
قوية	0.59	1.6957	المتوسط الحسابي العام والانحراف المعياري العام

المصدر: اعد الجدول اعتمادا على نتائج برنامج spss

من خلال الجدول نلاحظ ان جميع العبارات ماعدا العبارة رقم 3 لهم علاقة قوية جدا مع الحوكمة حيث بلغت متوسطات حساباتهم 1.59، 1.76، 1.62، 1.61، 1.69، 1.69، 1.69 على التوالي بانحرافات معيارية 0.86، 0.88، 0.99، 0.77، 0.72، 1.01، 0.63 على التوالي اما العبارة رقم 3 فلها علاقة قوية مع الحوكمة بمتوسط حسابي قدر ب 1.91 وانحراف معياري 0.99، اما متوسط الحسابي العام للعبارة فقدر ب 1.6957، و انحراف معياري عام 0.59، و هذا يدل على ان هناك علاقة قوية جدا بين الحوكمة و بعد التعاطف .

يتضح على ضوء النتائج السابقة ، بأنه هناك ارتباط وقوي بين كل معيار من معايير قياس جودة الخدمة الصحية (الإعتمادية ، الإستجابة، الضمان ، الملموسية، التعاطف) بحوكمة المستشفى و بالتالي قبول الفرضية الرئيسية .

اما السؤال الذي كان ما الذي تقترحه على المستشفى حتى تحسن من جودة خدماتها ؟

كانت اغلب اجابات المرضى على خلق تخصصات جديدة ، وزيادة في عدد المناوبين خاصة الطاقم الشبه الطبي لان عددهم قليل (ممرض او ممرضة) خاصة في الفترة الليل ، كذلك تحسين المعاملة مع المرضى خاصة في مصالحة جراحة الرجال و جراحة العظام رجال ، كما اقترح المرضى تجهيز غرف المريض كالتلفاز لان المريض يمكث مدة لا بأس بها في المستشفى لذلك حسب رأيهم ان يكون تلفاز لتسليتهم مدة اقامتهم ، كذلك اقترحوا وجود ثلاثيات وذلك لحفظ الماء بارد في الصيف ، و توفير الاختصاصيين في جميع المجالات ، و زيادة عدد ساعات الزيارة لان وقتها غير مناسب للجميع .

تحليل نتائج إتجاهات أفراد عينة الدراسة تعزى الى السمات الديمغرافية (الجنس، السن، بالمستوى التعليمي، مدة الإقامة، محل الإقامة) نحوى المتغير المستقل جودة الخدمة الصحية والمتغير التابع الحوكمة ، باستخدام تحليل التباين ANOVA .

تحليل التباين ANOVA (analysis of variance) : هو مجموعة من النماذج الإحصائية مع إجراءات مرافقة لهذه النماذج تمكن من مقارنة المتوسطات لمجموعات إحصائية مختلفة عن طريق تقسيم التباين variance الكلي الملاحظ بينهم إلى أجزاء مختلفة. ويعتبر تصميم التجارب جزء أساسي في الأبحاث العلمية، فتصميم التجارب يشير إلي خطة بحث ماونلك بهدف اختبار فرض معين أو فروض معينه. ونجد أن أحد الأدوات الأساسية لتصميم التجارب هي تحليل التباين أو بصورة أخرى معرفة هل هناك فرق بين العينات وبعضها البعض أو هل هناك فروق بين المجموعات وبعضها البعض¹.

• اختبار وجود فوارق دالة احصائيا تعزى الى متغير الجنس : نستخدم تحليل التباين ANOVA ، حيث يوضح نتائج هذا الإختبار في الجدول التالي :

الجدول رقم (19-3): الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية والحكومة ، وفقا لمتغير الجنس

البيان	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	
					القيمة	مستوى الدلالة
الإعتمادية	بين المجموعات	1	5,45	5,54	12,99	غير دالة
	داخل المجموعات	98	41,14	0,42		
الإستجابة	بين المجموعات	1	3,58	3,58	7,36	غير دالة
	داخل المجموعات	98	47,72	0,48		
الضمان	بين المجموعات	1	2,86	2,86	10,98	غير دالة
	داخل المجموعات	98	25,55	0,26		
الملموسية	بين المجموعات	1	6,59	6,59	19,08	غير دالة
	داخل المجموعات	98	33,85	0,34		
التعاطف	بين المجموعات	1	4,86	4,86	15,56	غير دالة
	داخل المجموعات	98	30,63	0,31		

الساعة 20:35، تاريخ الإطلاع عليه 2014/05/18، <http://statistics.ahlamontada.com/t4-topic> - 1

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمؤسسة الإستشفائية بشير بن ناصر لولاية بسكرة

غير دالة	20,30	4,73	4,73	1	بين المجموعات	معايير جودة الخدمة الصحية و الحكومة
		0,23	22,86	98	داخل المجموعات	

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على SPSS

يتبين من خلال الجدول أعلاه ، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين إتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحكومة وفقا لمتغير الجنس، لأن قيم (F) المحسوبة أكبر من قيم (F) الجدولة التي تساوي 3,93 إنطلاقا من درجة حرية 98/1 على التوالي .

- اختبار وجود فروق دالة احصائيا تعزى الى متغير السن : نستخدم تحليل التباين ANOVA ، حيث يوضح نتائج هذا الإختبار في الجدول التالي :

الجدول رقم (20-3): الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحكومة، وفقا لمتغير السن

البيان	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (F)	
					قيمة	مستوى الدلالة
الإعتمادية	بين المجموعات	4	2,21	0,55	1,18	دالة
	داخل المجموعات	94	43,85	0,46		
الإستجابة	بين المجموعات	4	1,70	0,42	0,81	دالة
	داخل المجموعات	94	49,58	0,52		
الضمان	بين المجموعات	4	0,96	0,24	0,83	دالة
	داخل المجموعات	94	26,97	0,28		
الملموسية	بين المجموعات	4	5,37	1,34	3,60	دالة
	داخل المجموعات	94	35,06	0,37		
التعاطف	بين المجموعات	4	2,30	0,57	1,64	دالة
	داخل المجموعات	94	32,98	0,35		
معايير جودة الخدمة الصحية و الحكومة	بين المجموعات	4	2,31	0,57	2,15	دالة
	داخل المجموعات	94	25,26	0,26		

المصدر : من إعداد الطالبة اعتمادا على SPSS

الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمؤسسة الإستشفائية بشير بن ناصر لولاية بسكرة

يتبين من خلال الجدول أعلاه ، أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين إتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحكومة لمتغير السن ، لأن قيم (F) المحسوبة اقل من قيم (F) الجدولة التي تساوي 2.56 إنطلاقا من درجة حرية 98/4 على التوالي.

- اختبار وجود فوارق دالة احصائيا تعزى الى متغير محل الإقامة : نستخدم تحليل التباين ANOVA حيث يوضح نتائج هذا الإختبار في الجدول التالي:

الجدول رقم (21-3): الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحكومة، وفقا لمتغير محل الإقامة

الأبعاد	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (F)	
					قيمة	مستوى الدلالة
الإعتمادية	بين المجموعات	1	3,38	3,38	7,67	غير دالة
	داخل المجموعات	99	43,21	0,44		
الإستجابة	بين المجموعات	1	3,85	0,85	7,95	غير دالة
	داخل المجموعات	99	47,45	0,48		
الضمان	بين المجموعات	1	1,50	1,50	5,45	غير دالة
	داخل المجموعات	99	26,94	0,27		
الملموسية	بين المجموعات	1	1,04	1,041	2,58	غير دالة
	داخل المجموعات	99	39,40	0,42		
التعاطف	بين المجموعات	1	1,75	1,75	5,09	غير دالة
	داخل المجموعات	99	33,74	0,34		
معايير جودة الخدمة الصحية و الحوكمة	بين المجموعات	1	1,89	1,89	7,23	غير دالة
	بين المجموعات	99	25,70	0,26		

مصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على SPSS

يتبين من خلال الجدول أعلاه ، أنه لا توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين إتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحكومة لمتغير محل الإقامة ، لأن قيم (F) المحسوبة اقل من قيم (F) الجدولة التي تساوي 3,93 إنطلاقا من درجة حرية 99/1 على التوالي

- اختبار وجود فوارق دالة احصائيا تعزى الى متغير المستوى التعليمي : نستخدم تحليل التباين ANOVA

حيث يوضح نتائج هذا الإختبار في الجدول التالي:

الجدول رقم (22-3): الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة، وفقا لمتغير المستوى التعليمي

المعايير	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (F)	
					قيمة	مستوى الدلالة
الإعتمادية	بين المجموعات	3	5,833	1,94	4,57	دالة
	داخل المجموعات	96	40,769	0,425		
الإستجابة	بين المجموعات	3	6,557	2,18	4,68	دالة
	داخل المجموعات	96	44,75	0,466		
الضمان	بين المجموعات	3	3,659	1,22	4,72	دالة
	داخل المجموعات	96	24,786	0,231		
الملموسية	بين المجموعات	3	7,164	2,38	6,88	دالة
	داخل المجموعات	96	33,278	0,231		
التعاطف	بين المجموعات	3	5,056	1,68	5,31	دالة
	داخل المجموعات	96	30,440	0,231		
معايير الجودة الخدمة الصحية وعلاقتها بالحوكمة	بين المجموعات	3	5,432	1,81	7,83	دالة
	داخل المجموعات	96	22,173	0,231		

المصدر من إعداد الطالبة إعتمادا على SPSS

يتبين من خلال الجدول أعلاه ، أنه توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين إتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة لمتغير المستوى التعليمي ، لأن قيم (F) المحسوبة اكبر من قيم (F) الجدولة التي تساوي 2,75 إنطلاقا من درجة حرية 96/3 على التوالي.

- اختبار وجود فوارق دالة احصائيا تعزى الى متغير مدة الإقامة : نستخدم تحليل_التباين ANOVA حيث يوضح نتائج هذا الإختبار في الجدول التالي:

الجدول رقم (23-3): الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة، وفقا لمتغير مدة الإقامة

المعيار	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة (F)	
					قيمة	مستوى الدلالة
الاعتمادية	بين المجموعات	2	1,509	0,75	1,62	دالة
	داخل المجموعات	97	45,09	0,465		
الاستجابة	بين المجموعات	2	4,426	2,12	4,57	دالة
	داخل المجموعات	97	64,88	0,483		
الضمان	بين المجموعات	2	0,060	0,30	0,10	دالة
	داخل المجموعات	97	28,38	0,293		
الملموسية	بين المجموعات	2	0,838	0,41	1,02	دالة
	داخل المجموعات	97	39,60	0,408		
التعاطف	بين المجموعات	2	0,712	0,35	0,99	دالة
	داخل المجموعات	97	34,78	0,359		
معايير جودة الخدمة و علاقتها بالحوكمة	بين المجموعات	2	0,844	0,42	1,53	دالة
	داخل المجموعات	97	26,76	0,276		

المصدر : من اعداد الطالبة اعتمادا على SPSS

يتبين من خلال الجدول أعلاه ، أنه توجد فوارق ذات دلالة إحصائية بين إتجاهات أفراد العينة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة لمتغير مدة الإقامة ، لأن قيم (F) المحسوبة اكبر من قيم (F) الجدولة التي تساوي 3,05 إنطلاقا من درجة حرية 97/2 على التوالي.

المطلب الثالث: حوصلة لنتائج الدراسة وتحليل نتائج الاستبيان :

تم التوصل الى النتائج التالية التي تم الحصول عليها من الدراسة التطبيقية التي خصت بها المؤسسة العمومية بشير بن ناصر بسكرة فكانت النتائج التالية :

1- نتائج مستمدة من خصائص العينة محل الدراسة :

تمثلت كالآتي :

✓ كانت نسبة جنس الإناث اكبر من نسبة جنس الذكور ، حيث بلغت الاولى 62 % و الثانية بنسبة 38% و هذا راجع الوجود ثلاث مصالح لجراحة النساء و هم الجراحة العامة ، جراحة السينولوجي و جراحة العظام بالإضافة الى جراحة الاطفال و الأنف و الحنجرة مقابل مصلحتين مخصصة للرجال وهي الجراحة العامة و جراحة العظام بالإضافة الى جراحة الاطفال و الأنف و الحنجرة المختلط.

✓ أغلبية العينة تنتمي الى فئة الشباب اقل من 30 سنة بنسبة 43% و فسر ذلك لوجود مصلحة الاطفال و مصلحة الانف والحنجرة و اقلية الاطفال قاموا باستئصال اللوزتين ، و الباقي موزع على مختلف العمار .

✓ أغلبه افراد العينة ذات المستوى الابتدائي بنسبة 42% ثم تليها ذات المستوى المتوسط 33% و الباقي من افراد العينة بنسب متقاربة ذات المستوى الثانوي و الجامعي .

✓ أغلبه افراد العينة يقطنون في بسكرة و اقلية خارج بسكرة اتو للعلاج بها.

✓ أغلبه افراد العينة كانت مدة الإقامة في المستشفى بين يومين و 7 ايام و ذلك راجع الى ان اغلبية العمليات كانت ناجحة و الطريقة التي استعملت فيها متطورة مثل الجراحة بالمنظار و التي لا تتطلب المكوث كثيرا في المستشفى ، اما الباقي يعود مدة اقامتهم اكثر من 15 يوم و ذلك راجع الى الحوادث السيارات.

✓ اغلبية افراد العينة اول مرة يعالجون في المستشفى.

2- نتائج اجابات افراد العينة محل الدراسة:

تتمثل في ما يلي :

✓ قبول الفرضية الفرعية الاولى و الثانية و الثالثة و الرابعة و الخامسة و التي تدل على وجود علاقة بين الحوكمة و بين كل بعد من ابعاد جودة الخدمة الصحية ، و منه صحة الفرضية الرئيسية ان يرتبط كل معيار من معايير قياس جودة الخدمة الصحية بحوكمة المستشفى .

✓ توجد فوارق ذات دلالة لمتغير الجنس و مدة الإقامة ، و المستوى التعليمي نحو متغيري الدراسة الحكومة و الجودة الخدمة الصحية ، اما متغير السن و محل الإقامة لا توجد فوارق ذات دلالة .

✓ تلخصت معظم انشغالات المرضى حول خلق مصالح جديدة و زيادة في عدد الشبه الطبي المناوبين ، و زيادة الرقابة مما يؤدي الى الفاعلية العمل و رفع من جودة الخدمة المقدمة ، و يجب ان تكون شفافية في المعلومات المقدمة للمريض عند دفعه للفاتورة ، كل هذا يؤدي التحسين نوعيو الخدمة الصحية المقدمة.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل اخذنا فكرة عن المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بولاية بسكرة ، و تم اختبار فرضيات الدراسة من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات والتي تمت عن طريق البرنامج الإحصائي المعروف باسم الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) ، و توصلنا إلى النتائج التالية:

صحة الفرضية الفرعية الاولى : ان هناك علاقة قوية وطرديّة بين الحوكمة و بعد الاعتمادية .

صحة الفرضية الفرعية الثانية .: انه هناك علاقة قوية و طردية بين الحوكمة و بعد الاستجابة.

صحة الفرضية الفرعية الثالثة : انه هناك علاقة قوية و طردية بين الحوكمة و بعد الضمان.

صحة الفرضية الفرعية الرابعة : انه هناك علاقة قوية و طردية و بين الحوكمة و بعد الملموسية.

صحة الفرضية الفرعية الخامسة : انه هناك علاقة قوية و طردية بين الحوكمة و بعد التعاطف .

مما يدل انه هناك علاقة قوية وتداخلية بين الحوكمة و جودة الخدمة الصحية محل الدراسة .

الخاتمة :

يعد قطاع الصحة الأكثر القطاعات خدماتية و ذو اهمية كبيرة في حياة افراد المجتمع ، فهو يؤثر على نمط حياة الفرد من حيث الانتاجية و النمو الاقتصادي بشكل مباشر و قطاع الصحة في الجزائر-كما هو الحال في البلدان النامية - يعيش الكثير من المشاكل , خاصة منها التوجيه الرشيد للأغلفة المالية و انخفاض أجور ممارسي الخدمة من أطباء وممرضين و اداريين مما ينعكس على مستوى المردودية في العمل بالسلب لذلك فمسئولية ادارة المستشفيات هو رفع مستوى ادائها على نحو مستدام عبر تبني العمل بنظام مبادئ الحكومة و اعتمادها كاستراتيجية و منهج اداري في القطاع الصحي باعتبارها مجموعة من الادوات و العمليات التي تؤدي الى اتخاذ القرارات السليمة لتسيير مختلف الانشطة الصحية في المستشفيات .

بما انه لا يمكن القضاء على المشاكل التنظيمية و التسييرية التي يعاني منها قطاع الصحة الا بالرجوع الى نظام الحكومة من اجل تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطن و التي هي من بين أولويات السلطات الوصية في البلاد ، و هذا لن يتم إلا بإعادة الإعتبار لمفهوم الحكومة و تطبيقه على مستوى المستشفيات و نظام الخدمة العمومية فيها لكي تصبح الخدمات الإستشفائية و نظام الخدمة العمومية فيها منال رضا كل الطموحات المشروعة للمرضى.

رغم ضخ السلطات المعنية بمبالغ مالية ضخمة لهذا القطاع لعصرنة المرافق الصحية و تزويدها بكل التجهيزات الضرورية الخاصة ،الا أنها لم تجد بدا من تطبيق نظام الحكومة وإبراز دور إطارات القطاع و مساهمتها في تحديد الإجراءات الهيكلية المؤدية إلى تحقيق الهدف المنشود منها و هو تحقيق الجودة في تقديم الخدمات الصحية في القطاع الصحي العمومي ، و لن يتأتى إلا بحظور اخلاقيات المهنة و تحسين ظروف العمل داخل المؤسسة ، و تنمية البحث العلمي و تعميم إستعمال الإعلام الالي ، و تعزيز الحوار الإجتماعي ، و الاخذ بالتوصيات الهادفة الفاعلة التي ستأخذنا لا محالة الى توفير الاليات الضرورية لتغيير وجه المنظومة الصحية الوطنية عن طريق حوكمة المؤسسات للوصول الى تقديم الخدمة الجيدة للمواطن و تطبيق الحكم الراشد في البلاد .

ومن خلال اشكالية هذه الدراسة : مساهمة جودة الخدمة الصحية في تحسين حوكمة المستشفيات
المستشفيات ؟

تم البحث في كيفية اسقاط مفهوم الحوكمة على المستشفيات باعتبارها مؤسسة كباقي المؤسسات والتي تحتاج الى اسلوب الحوكمة باعتبار جودة الخدمة الصحية كأحد الادوات الفاعلة لصناعة الحوكمة , وكذلك تمت دراسة مدى تداخل العلاقة بينهما , اي ان هناك علاقة تأثر وتأثير ; و لقد استطعنا من خلال هذا البحث التوصل الى وجود علاقة طردية بين مبادئ الحوكمة و معايير جودة الخدمة الصحية فكلما كان التطبيق الجيد

لمبادئ الحوكمة في المستشفيات انعكس بالإيجاب على جودة الخدمة الصحية و العكس صحيح ، كما اثبتت الدراسة التطبيقية ايضا و التي اجريت في مستشفى بشير بن ناصر بسكرة في حصول المرضى على جودة عالية للخدمات الصحية المقدمة من طرف المستشفى مما يدل على ان المستشفى _محل لدراسة_ تطبق فيه مبادئ الحوكمة رغم ان مصطلح الحوكمة غير واضح الى حد بعيد لدى الطاقم الطبي و الاداري في المستشفى .

نتائج الدراسة:

حاولنا من خلاله الدراسة ابراز بعض النتائج النظرية لهذا البحث و التي تمثلت في :

-اعطاء مفهوم صحيح لحوكمة المستشفيات و مفهوم واضح للحوكمة السريرية (الكلينيكية) , وذكرنا ان هناك حاجة ملحة إلى تطبيق الحوكمة السريرية (لضمان علاقة أفضل بين المرضى والأطباء والمرضى وغيرهم من الأطراف المعنية, و من ناحية أخرى تضمن حوكمة المؤسسات الاستدامة التنظيمية للمستشفى عبر تمكينه من الاضطلاع بحل المشكلات الصحية على نحو أكثر فعالية. و الاعتراف بالعلاقة ضمن المستوى المفاهيمي بين حوكمة المؤسسات والحوكمة السريرية (الكلينيكية)، ولكن مع الاهتمام أيضاً بالفوارق بينهما.

- تميز الخدمات الصحية عموما بمميزات خاصة تختلف عن جودة الخدمة في مؤسسات اخرى و العمل في المستشفيات يكون تحت ضغط احتياجي شديد , مما ينعكس على الجودة المقدمة للخدمة الصحية , لذلك وجب على المؤسس تحفيز العمال بزيادة اجورهم و العمل بشفافية و وضوح من خلال نشر بيانات صحيحة لكافة الاطراف المعنية , و مراجعتها تتضمن التحقق النظامي والموضوعي للحصول على الأدلة, وتستخدم هذه الأدلة لدعم المعلومات والعمليات ونظم الرقابة فيما يختص بالأداء المالي والتشغيلي للمؤسسة.

-تعتبر جودة الخدمة الصحية من أهم عنصر لتحسين وتطبيق لمبادئ الحوكمة في المستشفيات.

نتائج الدراسة التطبيقية:

يمكن تلخيصها كالتالي :

-يهتم مستشفى بشير بن ناصر بسكرة بتقديم خدمات صحية ذات جودة, سواء من طرف الطاقم الطبي او الشبه الطبي .

-اغلب المرضى المستجوبين خلال فترة الدراسة اكدوا ان معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة موجودة , و هذا يدل على ان ادارة المستشفى تطبق مبادئ الحوكمة من اجل الحصول على مرضات الزبون (المريض) و ترفع من كفاءة المستشفى في أدائها .

-رغم غياب بعض الاختصاصات في مستشفى بسكرة الا ان الطاقم الطبي و الشبه الطبي و ادارة المستشفى يسعون قدر الامكان في التكفل بالحالات التي تصل اليهم حسب قدرة الاطباء المختصين المتوفرين لدى المؤسسة , وحسب المهارة التي يتمتعون بها و حسب فعالية العلاج المقدم .

إقتراحات:

يمكن لنا صياغة مجموعة من الاقتراحات و التي نرجو ان تلقى صدى إيجابي لدى الباحثين و اصحاب القرار في هذا الميدان :

-مراجعة النظام القانوني في المؤسسات العمومية للصحة بما يتماشى مع متطلبات الحوكمة قصد دعم الاستقلال المالي و الاداري .

-اعتماد آليات حوكمة المؤسسات التي من شأنها أن تعمل على زيادة جودة وشفافية الإفصاح في المستشفيات .

-تحسين أداء الحوكمة السريرية من خلال برامج جودة الخدمات السريرية وسلامة المرضى.

-وضع معايير واضحة تضمن تفعيل مبادئ الحوكمة المختلفة في مجال الخدمات الصحية .

-زيادة الانفاق الحكومي على قطاع الصحة مع اتخاذ التدابير و الاجراءات اللازمة التي تضمن المساءلة و الشفافية في هذا القطاع , و بالتالي ضمان وصول الموارد للجهات المقصودة و المجالات الأكثر احتياجا و بالتالي تحسين الجودة.

-زيادة الشفافية و التوعية و نشر المعلومات عن طريق استخدام طرق مبتكرة مثل التوعية الشفاهية عن طريق المتطوعين و الاعلانات التليفزيونية و الاداعية .

- اجراء دورات تدريبية للمدراء و أعضاء مجلس الادارة للمستشفيات حول مبادئ الحوكمة و الياتها من اجل رفع من كفاءتهم الادارية .

- اجراء دورات تدريبية للطاقم الطبي و الشبه الطبي في مجالاتهم المتخصصة , لان مخال الصحة و التداوي يشهد تطورات و اكتشافات جديدة و ذلك من اجل فاعلية هذا الطاقم و التخفيض من المخاطر التي قد تصيب المريض بسبب قلة المعرفة .

-زيادة الرقابة من طرف وزارة الصحة و المديریات على ممارسي الخدمات لضمان جودة خدمة صحية عالية الجودة.

-وضع دليل يتضمن و يحدد قواعد الحوكمة في القطاع الصحي يوضح و يشرح بطريقة سلسلة وإعطاء الموظفين دورات في آليات العمل ضمن مبادئ و قواعد الحوكمة.

آفاق البحث:

نأمل أن يفتح هذا البحث مجالا واسعا لبحوث تتناول الموضوع من جوانب أخرى، و تثري نقاط لم يسعنا المجال لذكرها،أملين أن لا يتوقف البحث في المجال الصحي وأفاقه عند هذه المذكرة، ونفترح جملة من المواضيع ، لعل أن تجد لها صدا بين الباحثين:

- حوكمة المستشفيات العمومية .
- أثر تبني المؤسسات الصحية لنظام الحوكمة على رضا الزبون .
- واقع وآفاق الإصلاح الصحي في الجزائر وإنعكاساته على جودة الخدمات في المستشفيات.
- دراسة مقارنة بين تطبيق الحوكمة في المستشفيات العمومية والمستشفيات الخاصة .

قائمة المراجع

أولاً: بالعربية :

1. الكتب:

- 1) أحمد محمد غنيم ، ادارة المستشفيات، رؤية معاصرة ، مصر ، المكتبة العصرية.
- 2) ثامر ياسر البكري ، الاتصالات التسويقية و الترويج ، دار الحامد للنشر و التوزيع ، الأردن، الطبعة الأولى، 2006 .
- 3) ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات ، دار اليازوري للنشر والتوزيع ، لاردن،2005 .
- 4) ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية ، دار اليازوري للنشر والتوزيع ، الأردن، الطبعة العربية، 2007.
- 5) ردينة عثمان يوسف ، التسويق الصحي والاجتماعي ، دار المناهج للنشر والتوزيع، الاردن، 2008.
- 6) رعد عبد الله الطائي، عيسى قداة، إدارة الجودة الشاملة ، دار اليازوري لنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة العربية، 2003.
- 7) سليم بطرس جلدة ، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، الاردن ،طبعة الأولى، 2007.
- 8) سليمان محمد مصطفى، حوكمة الشركات ومعالجة الفساد المالي والإداري- دراسة مقارنة، الدار الجامعية، مصر ، 2006.
- 9) سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات ، إدارة الجودة الشاملة في الصناعة والتعليم، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2007.
- 10) سيد محمد جاد الرب ، الإتجاهات الحديثة لإدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، مصر، 2008.
- 11) صلاح محمود ذياب ، إدارة المستشفيات والمركز الصحة الحديثة، دار الفكر، المملكة الهاشمية، عمان، الطبعة الأولى، 2009.
- 12) طارق عبد العال حماد ، حوكمة الشركات، المفاهيم- المبادئ-التجارب-المتطلبات ، دار الجامعية، القاهرة، 2008.
- 13) طلعت الدمرداش إبراهيم ، إقتصاديات الخدمات الصحية"، الطبعة الثانية، مكتب القدس، مصر، 2006.
- 14) عبد العزيز المخيمر ومحمد الطامنة , الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و تطبيقات) ، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2003.

- 15) عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الإجتماعي والثقافي ، مصر، دار المعرفة الجامعية،مصر، 2003.
- 16) عبد المهدي بواعنة ، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية ، دار مكتبة حامد، الطبعة الأولى، عمان، 2004.
- 17) عدنان بن حيدر درويش ، حوكمة الشركات ودور مجلس الإدارة، إدارة المصارف العربية، 2007.
- 18) عمر وصفي عقيلي، مدخل إلى المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة -جهة نظر- ، دار الوائل، للنشر، الطبعة الأولى، عمان، 2001.
- 19) عوض بدير الحداد ، تسويق الخدمات المصرفية ، دار البيان للطباعة و النشر و النشر ، الطبعة الاولى ، 1999.
- 20) فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2004.
- 21) فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، الطبعة الأولى، 2008.
- 22) فوزي مذكور شعبان ، تسويق الخدمات الصحية ، إيتراك للنشر و التوزيع ، مصر الجديدة، الطبعة الاولى، 1998.
- 23) قاسم نايف علوان ، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001، 2000، دار النشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2005.
- 24) محمد الصيرفي، الجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الإيزو، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، الطبعة الاولى، 2006.
- 25) محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال التعليم ، المنظمة العربية للدراسات، الإسكندرية، بدون طبعة، 2005.
- 26) محمد فريد صحن، قراءات في ادارة التسويق، الدار الجامعية، الاسكندرية، بدون طبعة، 2002.
- 27) محمد فريد صحن، قراءات في إدارة التسويق ، الدار الجامعية الإسكندرية، طبعة الاولى، 2002.
- 28) محمد نذير حريستاني: ادارة المستشفيات، نشر و توزيع معهد الادارة العامة للبحوث، المملكة العربية السعودية، بدون طبعة، 1999.
- 29) محمود جاسم الصميدي، إيهاب علي القرم، الأسس العلمية للتسويق الحديث،، اليازوري للنشر، عمان الأردن، الطبعة العربية، 2007.

30) المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات الصحية، دار الحامد للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، عمان ، الاردن، 1998.

31) مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، جديد للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2007.

32) هيكوش ، ادارة الجودة: تطبيق ادارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية و ضمان الالتزام بها ، ترجمة طلال بن عايد الاحمدي ، الرياض ، معهد الادرة العامة، 2002.

33) يوسف محمد حسن ، محددات الحوكمة ومعاييرها مع اشارة خاصة لنمط في مصر، بنك الاستثمار القومي، 2007.

II. مذكرات وأطروحات:

1) أحلام دريدي، دور استخدام صفوف الإنتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس)-، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير ، تخصص : الاساليب الكمية في التسيير ، 1014/2013.

2) أمال كحيلة ، استخدم الأدوات الإحصائية في الرقابة على جودة المنتجات، دراسة حالة: الشراكة الحذف الصحة S. C. S السليبية ، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في تخصص تسيير و اقتصاد المؤسسات، جامعة سكيكدة، 2006.

3) بشير كاوجة ، دور تكنولوجيا المعلومات والإتصال في تحسين الإتصال الداخلي في المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية، دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بورقلة ، مذكر لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص: نظم المعلومات ومراقبة التسيير، جامعة ورقلة 2012 /2013.

4) دلال سوسي ، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات ماجستير في علوم التسيير تخصيص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، 2011 /2012.

5) سهيلة حداد، "فعالية البيع الشخصي في تسويق الخدمات"، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، تخصص تسويق، جامعة الجزائر، 2006.

6) صليحة رقاد، تقييم جودة الخدمة من وجهة نظر الزبون - دراسة حالة مؤسسة البريد والمواصلات ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم التجارية، تخصص: إدارة الأعمال، جامعة محمد لخضر باتنة، 2007 /2008.

7) عائشة واله، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لعين طاية ، مذكرة تدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير تخصص تسويق، جامعة الجزائر 3، 2010/2012.

8) مصباح عبد الهادي حسن الدويك ، نظم المعلومات الصحية المحوسبة وأثرها على القرارات الإدارية والطبية - دراسة تطبيقية على مستشفى غزة الأوروبي ، مذكرة لاستكمال متطلبات درجة الماجستير الجامعة الإسلامية - غزة- كلية التجارة ، قسم إدارة الأعمال ، 2010.

9) منصف ملوك، أثر شهادة الجودة على أداء لمؤسسات الجزائرية حالة المواصفة (2000) ISO9001، دراسة احصائية بالمؤسسة الوطنية لأجهزة القياس والمراقبة، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماجستير، تخصص التقنيات الكمية في التسيير جامعة سطيف، 2009/2010.

10) نجاة العامري ، تسويق الخدمات الصحة دراسة حالة: مصحة أبو القاسم سكيكدة ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، جامعة سكيكدة، كلية علوم التسيير والاقتصاد ، 2008/2009.

11) نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علوم التسيير تخصص: إقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة محمد خيضر، 2011/2012.

12) نسيم غلاي، فعالية حوكمة الشركات- دراسة ميدانية لمؤسسات تلمسان، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص حوكمة الشركات، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2010/2011.

13) نعيمة عبيدي، دور آليات الرقابة في تفعيل حوكمة الشركات- دراسة حالة الجزائر، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص مالية مؤسسة، جامعة

III. المؤتمرات والملتقيات:

1) جوهرة أفطي، فوزية مكراش، أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية جيجل، الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة محمد خيضر بسكرة، 06-07 ماي 2012.

2) حسين عثمانى و سعاد شعابنية، النظام المحاسبي كأحد أهم المتطلبات حوكمة الشركات وأثره على بورصة الجزائر، الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة محمد خيضر بسكرة، 06/07 ماي 2012.

3) خليفة محمد ناجي حسن، الإشراف والحوكمة في البنوك، المؤتمر العربي الأول حول التدقيق في إطار حوكمة الشركات ، مصر ، 2005.

4) دلال طبي وعزيزة بن سمينة, حوكمة الشركات ودورها في تفعيل نظام الرقابة على شركات التأمين التعاوني، الملتقى الدولي السابع حول الصناعة التأسيسية الواقع العلمي وآفاق التطوير- تجارب الدول- جامعة حسية بن بوعلي بالشلف، يومي 03-04 ديسمبر 2012.

5) عبد الفتاح بوخمخ، نظريات الفكر الإداري تطور وتباين أم تنوع وتكامل ، المؤتمر العلمي ، عولمة الإدارة في عصر المعرفة ،جامعة الجنان، طرابلس، لبنان، (17/15 ديسمبر 2012).

6) العياشي زرار، اثر تطبيق قواعد الحوكمة الشركات على الإفصاح المحاسبي وجودة التقارير المالية للشركات، ملتقى الدولي الثامن، الحوكمة المحاسبية للمؤسسة ، واقع ورهانات وآفاق، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، يومي 07-08 ديسمبر 2010.

7) قدور بن نافلة وعاشور مزريق،إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، ملتقى وطني (إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة)، جامعة سعيدة ، 13 / 14 ديسمبر 2010.

8) محمد غادر محمد ياسين ، محددات الحوكمة ومعاييرها "، المؤتمر العلمي دولي ، عولمة المعرفة الادارة في عصر المعرفة ، جامعة الجنان ، طرابلس ، لبنان ، (15-17 ديسمبر 2012).

9) الهواري معراج، جودة الخدمات البنكية وتأثير على رضا الزبائن، المؤتمر العلمي الثاني، بعنوان: إدارة الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات، كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية 26- 27- نيسان، 2006.

IV. مجالات و تقارير:

1) أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة TQM في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، جامعة ورقلة.

2) حنان الأحمد، المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، الرياض، مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000.

3) علي عبد الغني اللايد و آخرون، اثر تطبيق قواعد حوكمة الشركات على جودة التقارير المالية (دراسة ميدانية) ، مجلة التقني، المجلد السادس والعشرون ،العدد الرابع ، 2013،

4) م. علي سكر عبود و آخرون ، تقييم جودة الخدمات الصحية في المستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الادارية و الاقتصادية ، العراق 'كلية الادارة و الاقتصاد ، المجلد حادي عشر ، العدد الثالث 2009.

5) مركز أبو ضبي للحوكمة، أساسيات الحوكمة: مصطلحات ومفاهيم، سلسلة النشرات التثقيفية لمركز أبو ظبي للحوكمة.

6) مصطفى حنتر و آخرون ، مبادئ و قواعد في الحوكمة المستشفيات، جمعية الحوكمة والشفافية في قطاع الصحة، 2014.

7) مصطفى عنتر ، نحو الوصول للتركيبة المثالية للمهارات داخل مجالس إدارة المؤسسات الصحية، مجلة التنفيذي، ريع سنوية، العدد الخامس، ابريل 2009.

8) مي ماهر الجمال و اخرون، تقييم الحومة في قطاع الرعاية الصحية الاولية (محافظة الفيوم)، مركز العقد الاجتماعي ، 2014.

V. القوانين:

1) ج.ج.د.ش، مرسوم تنفيذي رقم 07-140 مؤرخ في 02 جمادى الاولى عام 1428 الموافق ل 19مايو سنة 2007 , يتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها .الجريدة الرسمية، العدد 33 ،الصادر بتاريخ 03 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 20 مايو 2007

فهرس المحتويات

	شكر و تقدير
	المخلص
ح-ا	مقدمة
	الفصل الأول : الإطار المفاهيمي لحوكمة المؤسسات و تطبيقاتها على المستشفيات
2	تمهيد
3	المبحث الأول: الإطار الفكري للحوكمة
3	المطلب الأول: ماهية حوكمة المؤسسات
8	المطلب الثاني: مبادئ ومحددات حوكمة المؤسسات
12	المبحث الثاني : تطبيقات حوكمة المؤسسات في المستشفيات
12	المطلب الأول : الإطار المفاهيمي الحوكمة في المستشفيات
15	المطلب الثاني: مكونات الرئيسية للحوكمة الجيدة في المستشفيات
17	المطلب الثالث: مؤشرات قياس اداء الحوكمة في المستشفيات
19	المبحث الثالث: الحوكمة السريرية (الكلينيكية)
19	المطلب الأول: ماهية الحوكمة السريرية (الكلينيكية) Gouvernance Clinique
21	المطلب الثاني: مكونات الحوكمة السريرية
25	المطلب الثالث: معايير الحوكمة السريرية
27	خلاصة
	الفصل الثاني: جودة الخدمات الصحية وعلاقتها في تحسين الحوكمة في المستشفيات
29	تمهيد
30	المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المستشفيات
30	المطلب الأول: مفهوم المستشفيات
32	المطلب الثاني: وظائف ومعايير تصنيف المستشفيات
36	المطلب الثالث : معايير تقييم اداء المستشفيات
39	المبحث الثاني: الخدمات الصحية من المنظور المفاهيمي
39	المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
41	المطلب الثاني: أنواع وعناصر إنتاج الخدمات الصحية
44	المطلب الثالث: دورة حياة الخدمة الصحية
48	المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية وأهميتها في تحسين الحوكمة

48	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية
52	المطلب الثاني: ومعايير جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها
58	المطلب الثالث: دور جودة الخدمة الصحية في تحسين الحوكمة في المستشفيات
60	خلاصة
	الفصل الثالث: دراسة ميدانية للمؤسسة الإستشفائية بشير بن ناصر لولاية بسكرة
62	تمهيد
63	المبحث الاول : تقديم عام للمؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة
63	المطلب الأول: تعريف ودور المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة
67	المطلب الثاني : الهيكل التنظيمي و تسييري للمؤسسة العمومية بشير بن ناصر بسكرة
73	المبحث الثاني: خطوات إجراء الدراسة الميدانية وتحليل وتفسير النتائج
73	المطلب الاول : منهجية الدراسة التطبيقية
75	المطلب الثاني : المعالجة الاحصائية
94	المطلب الثالث: حوصلة لنتائج الدراسة وتحليل نتائج الاستبيان
95	خلاصة
97	خاتمة
102	قائمة المراجع
111	فهرس المحتويات
114	قائمة الجداول و الأشكال
118	قائمة المختصرات
120	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
(1-1)	المبادئ الستة للحوكمة حسب منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية OECD 2004	9
(2-1)	بعض التعاريف الجودة لأهم الرواد	49
(2-2)	معايير جودة الخدمة الصحية	54
(3-1)	المصالح الاستشفائية للمؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر	64
(3-2)	عدد الأطباء الممارسين في المؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر لسنة 2013	65
(3-3)	عدد العاملين في القطاع الشبه طبي لسنة 2013	66
(3-4)	عدد العاملين الإداريين لسنة 2013	66
(3-5)	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	75
(3-6)	توزيع أفراد العينة حسب فئات اعمارهم	76
(3-7)	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	77
(3-8)	توزيع أفراد العينة حسب مدة إقامتهم	78
(3-9)	توزيع أفراد العينة حسب محل إقامتهم	79
(3-10)	توزيع أفراد العينة حسب اسبقية العلاج بالمستشفى	80
(3-11)	يوضح مدى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا وحاليا بالنسبة للمرضى المقيمين	81
(3-12)	يوضح مدى نية المرضى البقاء مستترفين لمستشفى بسكرة	82
(3-13)	مدى نية المرضى في ان ينصحوا اقبائهم بالتعامل مع مستشفى بسكرة	83
(3-14)	تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاعتمادية	84
(3-15)	تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الاستجابة	85
(3-16)	تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الضمان	86
(3-17)	تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد الملموسية	87
(3-18)	تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال بعد التعاطف	88
(3-19)	الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة ، وفقا لمتغير الجنس	89
(3-20)	الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة، وفقا لمتغير السن	90

91	الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة، وفقا لمتغير محل الإقامة	(3-21)
92	الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة، وفقا لمتغير المستوى التعليمي	(3-22)
93	الفوارق بين إتجاهات عينة الدراسة نحو كل معيار من معايير الجودة الخدمة الصحية و الحوكمة، وفقا لمتغير مدة الإقامة	(3-23)

قائمة الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
(1-1)	أهم النظريات المترجمة للحوكمة	6
(1-2)	المستلزمات الخارجية والداخلية للحوكمة	12
(1-3)	تداخل ادوار الاطراف الفاعلة في المستشفى	14
(1-4)	العناصر المكونة للحوكمة السريرية	22
(2-1)	إنتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات	42
(2-2)	نموذج Langeard et Eiglier لإنتاج الخدمة	43
(2-3)	دورة حياة المنتج	45
(2-4)	تطور مفهوم الجودة	50
(3-1)	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بسكرة لسنة 2013	70
(3-2)	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	78
(3-3)	توزيع أفراد العينة حسب فئات اعمارهم	79
(3-4)	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	80
(3-5)	توزيع أفراد العينة حسب مدة الإقامة	81
(3-6)	توزيع أفراد العينة حسب محل الإقامة	82
(3-7)	توزيع أفراد العينة حسب اسبقية العلاج بالمستشفى	83
(3-8)	مدى التحسن في مستوى الخدمات المقدمة سابقا وحاليا بالنسبة للمرضى المقيمين	84
(3-9)	مدى نية المرضى البقاء مستترفين لمستشفى بسكرة	84
(3-10)	مدى نية المرضى في ان ينصحوا اقربائهم بالتعامل مع مستشفى بسكرة	85

قائمة المختصرات

المختصر	المختصر بالكامل
O.M.S	منظمة الصحة العالمية
OCED	منظمة التعاون الإقتصادي و التنمية
IFC	مؤسسة التمويل الدولي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

استمارة الاستبيان الموجهة للمرضى

أخي المريض / أختي المريضة

السلام عليكم :

في إطار تحضير رسالة ماستر تحت عنوان "جودة الخدمات الصحية مدخل لتحسين الحوكمة في المستشفيات دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية بسكرة" ، فلکم جزيل الشكر مسبقا على مساهمتكم القيمة وعلى مشاركتكم الفعالة في إثراء هذا الموضوع بأجوبتكم على أسئلة هذا الاستبيان ، مع العلم أن إجابتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

عند الإجابة على أسئلة الاستبيان .الرجاء وضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

أولا : معلومات شخصية :

الجنس :

انثى

ذكر

السن : أقل من 30 سنة من 31 الى 40 سن من 41 سنة الى 50 سنة

من 51 سنة الى 60 سنة أكثر من 60 سنة (متقاعد)

محل الإقامة : بسكرة خارج بسكرة

المستوى التعليمي : ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

مدة الإقامة :

هل تعالج اول مرة بمستشفى بسكرة نعم لا

ثانيا : أبعاد جودة الخدمة:

هي المعايير التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة المقدمة من قبل المستفيد من الخدمة . أو هي المعايير أو المقاييس التي يتم من خلالها تحديد الفجوة أو التطابق بين توقعات الزبون لمستوى الخدمة المنتظرة وإدراكه لمستوى الخدمة المقدمة بالفعل

اولا : الاعتمادية : درجة الاعتماد المقدم الخدمة و دقة انجازه للخدمة المطلوبة					
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	
					1- يلتزم المستشفى بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة
					2- يحرص المستشفى على تقديم الخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة (عدم وجود أخطاء)
					3- يستجيب المستشفى بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى
					4- يحظى المستشفى بثقة المستفيدين من خدماتها الصحية
					5- تقدم المستشفى الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة
ثانيا : الاستجابة: سرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مقدم الخدمة					
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	
					6-- تقوم المستشفى بإبلاغ المرضى بموعد تقديم الخدمة بدقة
					7- يرغب العاملين في المستشفى الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى
					8- تبسط المستشفى إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية
					9- ينشغل العاملون في المستشفى بتلبية طلبات المرضى فورا
ثالثا : الضمان " الجدارة ، المصداقية ، والأمان : " معلومات القائمين على تقديم الخدمة وقدرتهم على استلهاهم الثقة والانتان					
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما	
					10- يتقن المرضى بخبرات ومهارات ومؤهلات الإطارات الصحية " الطبي ، التمريضي ، وغيرهم " في المستشفى
					11- يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع موظفي المستشفى
					12- يتسم سلوك العاملين في المستشفى بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى
					13- تحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة وموثقة عن المرضى
					14- تحافظ المستشفى على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى
					15- يتمتع العاملون في مستشفانا بالمعرفة والمهارة والخبرة الصحية المناسبة
					16- تمتاز المستشفى بسمعة ومكانة جيدة لدى أفراد

المجتمع				
رابعا : الأشياء الملموسة : وهي تشتمل على العناصر المادية للخدمة " المباني ، الأجهزة والمعدات ، والمرافق الصحية ومظهر العاملين الخ "				
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
				17- يتمتع المستشفى بموقع ملائم ويسهل الوصول إليها بسرعة
				18- تتوفر في المستشفى كل الأدوية التي يحتاجها المريض
				19- تمتلك المستشفى تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة
				20- تتوفر في المستشفى خدمات مرافقة (صيدلية ، موقف سيارات...)
				21- يحرص العاملون في المستشفى على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر
				22- توفر المستشفى صالات انتظار بها كل المرافق
				23- تمتلك المستشفى دورات مياه صحية نظيفة وبما يحقق راحة المرضى
				24- تضع المستشفى لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة
				25- الممرات في المستشفى واسعة ومريحة وبما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة
خامسا : التعاطف " الفورية ، الاتصالات ، وتفهم احتياجات الزبون : " درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص ، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية				
موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
				26- يولي الطبيب للمريض اهتماماً وانبهاهاً فردياً
				27- تناسب " تلام " أوقات المعاينة الطبية كافة المرضى
				28- يمتلك العاملون في المستشفى المعرفة والدراية باحتياجات ورغبات المرضى
				29- يتصف العاملون في المستشفى بالروح المرحة والصدقة في التعامل مع المرضى
				30- تراعي المستشفى العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع
				31- يوضح العاملون في المستشفى للمرضى المشاكل الصحية التي يعانون منها بطريقة يفهمها المريض
				32- تحرص المستشفى على احترام أخلاقيات المهنة في كافة المجالات (ادارية و الطبية)

من خلال تعاملك مع مستشفى بسكرة, هل ترى تحسنا في الخدمات المقدمة ؟

نوعا ما

لا

نعم

هل تنوي البقاء كمسترفق لمستشفى بسكرة

لا

نعم

هل ستصح اقربائك بالتعامل مع المستشفى بسكرة

لا

نعم

ما الذي تقترحه على المستشفى حتى تحسن من جودة خدماتها ؟

.....
.....
.....

و شكرا لكم